

# HVORDAN HAR DU DET? 2021

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

Karina Friis, Martin Mejlby Jensen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Finn Breinholt Larsen,  
Sarah Skov Jørgensen, Kristine Toftegaard Frandsen og Jes Bak Sørensen





# **HVORDAN HAR DU DET? 2021**

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

## **UDARBEJDET AF**

Karina Friis  
Martin Mejlby Jensen  
Marie Hauge Pedersen  
Mathias Lasgaard  
Finn Breinholt Larsen  
Sarah Skov Jørgensen  
Kristine Toftegaard Frandsen  
Jes Bak Sørensen

**DEFACTUM** | Marts 2022

## **TITEL**

Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

## **FORFATTERE**

Karina Friis (projektleder)  
Martin Mejlby Jensen  
Marie Hauge Pedersen  
Mathias Lasgaard  
Finn Breinholt Larsen  
Sarah Skov Jørgensen  
Kristine Toftegaard Frandsen  
Jes Bak Sørensen

## **COPYRIGHT**

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2022

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  
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

## **DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:**

Friis K, Jensen MM, Pedersen MH, Lasgaard M, Larsen FB, Jørgensen SS, Frandsen KT, Sørensen JB. Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022.

ISBN-nr: 978-87-93657-30-4

## **UDGIVELSE**

Marts 2022

## **OPLAG**

1.500

## **LAYOUT**

2.1hartwork

## **FORSIDE**

Malene Hald

## FORORD

Dette er Region Midtjyllands femte sundhedsprofil. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2021* – en spørgeskemaundersøgelse blandt knap 34.000 borgere i Region Midtjylland. Sundhedsprofilen giver rig mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden, som den opleves og beskrives af borgerne selv. De fire tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010, 2013 og 2017.

I rapporten kan man se opgørelser på både regionalt og kommunalt niveau, og man kan se udviklingen i befolkningens sundhed og trivsel i perioden fra 2010 til 2021.

Det særlige ved *Hvordan har du det?* er først og fremmest det store antal borgere, der medvirker i spørgeskemaundersøgelsen, samt at undersøgelsen gennemføres i hele Danmark på samme tid. Sundhedsprofilen er den største sundhedsundersøgelse af sin art i Danmark, og den giver en unik mulighed for at følge udviklingen i danskernes sundhed og trivsel på tværs af regioner og kommuner i hele landet.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen, idet de giver et indblik i de udfordringer, som regionen og kommunerne står over for på forebyggelsesområdet. Sundhedsprofilen kan derved bruges til at planlægge, prioritere og gennemføre de regionale og kommunale forebyggelses- og behandlingsopgaver, som skal løfte borgernes sundhed i de kommende år.

Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig på at inddrage emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. I rapporten belyses emner, som også har været med i de tidligere sundhedsprofiler, og som fortsat har en central betydning for folkesundheden. Det drejer sig om følgende temaer: rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost, overvægt, fysisk og mentalt helbred, kronisk sygdom og social og geografisk ulighed i sundhed.

Af nye emner indgår denne gang et kapitel om COVID-19 (pandemiens påvirkning af befolkningens trivsel mv.), og der er ligeledes som noget nyt tilføjet særskilte kapitler om henholdsvis seksuelle krænkelser, søvn og unges sundhed.

Undersøgelsen indeholder en kerne af spørgsmål, der er stillet til borgere i hele landet. Desuden indeholder undersøgelsen en række spørgsmål, der er særlige for Region Midtjylland.

*Hvordan har du det? 2021* har i høj grad været præget af coronapandemien. Dataindsamlingen fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der i Danmark en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Vi vil gerne rette en stor tak til de mange borgere, der har brugt tid på at svare på spørgeskemaet, og som dermed har medvirket til, at særligt regionen og kommunerne i dag med sundhedsprofilen i hånden har et vigtigt redskab til at igangsætte initiativer til fremme af borgernes sundhed og trivsel.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	6
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	12
Baggrund og formål .....	12
Metode .....	12
Beskrivelse af baggrundsvariable .....	16
Læsevejledning .....	21
2. RYGNING	24
3. ALKOHOL	46
4. FYSISK AKTIVITET	64
5. KOST	86
6. OVERVÆGT	98
7. SELVVURDERET HELBRED	114
8. MENTAL SUNDHED	122
Trivsel og livskvalitet .....	127
Stress .....	134
Generet af angst og anspændthed .....	140
Ensomhed .....	146
Depression .....	154
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	166
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom .....	172
Sundhedsvaner hos personer med kronisk sygdom og multisygdom .....	190
Fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom ....	201
Behandlingsbyrde og sundhedskompetence .....	212
10. UNGES SUNDHED	236
Unge risikoadfærd .....	242
Unge sundhedsvaner .....	248
Unge mentale sundhed .....	252

<b>11. COVID-19</b>	<b>264</b>
Hvor mange har haft COVID-19? .....	270
Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens dagligdag? .....	272
Hvor mange vurderer, at de er i risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19? ....	276
Hvor mange har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus på grund af pandemien? .....	279
Hvordan har COVID-19 påvirket livskvaliteten? .....	282
<b>12. SEKSUELLE KRÆNKELSER</b>	<b>290</b>
<b>13. SØVN</b>	<b>302</b>
<b>14. SOCIAL OG GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED</b>	<b>318</b>
Social ulighed i sundhed .....	324
Geografisk ulighed i sundhed .....	326
Sundhed på én side .....	334
Kommuner	
Favrskov Kommune .....	336
Hedensted Kommune .....	338
Herning Kommune .....	340
Holstebro Kommune .....	342
Horsens Kommune .....	344
Ikast-Brande Kommune .....	346
Lemvig Kommune .....	348
Norddjurs Kommune .....	350
Odder Kommune .....	352
Randers Kommune .....	354
Ringkøbing-Skjern Kommune .....	356
Samsø Kommune .....	358
Silkeborg Kommune .....	360
Skanderborg Kommune .....	362
Skive Kommune .....	364
Struer Kommune .....	366
Syddjurs Kommune .....	368
Viborg Kommune .....	370
Aarhus Kommune .....	372
Sundhedsklynger	
Horsensklyngen .....	374
Midtklyngen .....	376
Randersklyngen .....	378
Vestklyngen .....	380
Aarhusklyngen .....	382
Region Midtjylland .....	384

## 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? 2021*. 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 har multisygdom, dvs. at de har to eller flere kroniske sygdomme, hvilket kan give særlige udfordringer både for den enkelte borger og for sundhedsvæsenet.

I *anden sektion* beskrives sundhedsvaner hos borgere med kronisk sygdom og multisygdom. 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 og multisygdom kan understøtte den patientrettede forebyggelse.

I *tredje sektion* beskrives det fysiske og mentale helbred hos borgere med kronisk sygdom og multisygdom. 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 helbred og 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. Der fokuseres på to aspekter, som er vigtige i den enkelte kontakt med sundhedsvæsenet. *Behandlingsbyrde*: Hvor stor en indsats kræver det i hverdagen at følge sin behandling? *Sundhedskompetence*: Hvor svært er det at læse og forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonalet? En stor behandlingsbyrde kan gøre det svært for nogle at følge deres behandling. En lav sundhedskompetence kan vanskeliggøre kontakten med sundhedspersonalet og forringe borgerens udbytte af behandlingen. Begge dele kan føre til forringet helbred og livskvalitet og øge sygdomsrisikoen.

Kapitlets oplysninger kan understøtte indsatsen for bedre behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom og multisygdom.

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

Både emner og mål præsenteres nærmere i de enkelte sektioner. I rapportens øvrige kapitler kan man læse mere om de anvendte mål for sundhedsvaner (kapitel 2-6), dårligt selv vurderet helbred (kapitel 7), ensomhed og symptomer på depression (kapitel 8) og dårlig søvnkvalitet (kapitel 13).



**Boks 9.1**

Kronisk sygdom og multisygdom – oversigt over indholdet i kapitel 9

**SEKTION 1****FOREKOMST**

- 18 kroniske sygdomme
- Multisygdom

**SEKTION 2****SUNDHEDSVANER**

- Dagligrygere
- Drikker mere end 10 genstande om ugen
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt

**SEKTION 3****HELBRED**

- Dårligt selv vurderet helbred
- Nedsat arbejdsevne
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål
- Ensomhed
- Symptomer på depression
- Dårlig søvnkvalitet

**SEKTION 4****BEHANDLINGSBYRDE OG SUNDHEDSKOMPETENCE**

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

**Kronisk sygdom og multisygdom i en coronapandemi**

Som redegjort for i rapportens indledning er data til *Hvordan har du det? 2021* indsamlet under coronapandemien. De fleste deltagere besvarede spørgeskemaundersøgelsen under den anden nationale nedlukning, hvor en række restriktioner og tiltag var gældende, og hvor samfundet var væsentligt påvirket af pandemien. Mange personer med kronisk sygdom og multisygdom har været i særlig risiko – og/eller følt sig særligt bekymret – for at få et alvorligt sygdomsforløb, hvis de blev smittet med COVID-19 (se kapitel 11 om COVID-19). Man kan derfor formode, at denne gruppe har været ekstra påvirket af coronapandemien i deres dagligdag.

Derudover har nogle af tiltagene undervejs i pandemien blandt andet omhandlet midlertidig suspendering af udrednings- og behandlingsgarantien i sygehusvæsenet for at sikre kapacitet til behandling af akutte og livstruende sygdomme. Sygehuskapaciteten har – af flere årsager – været under pres, mange planlagte behandlinger har været og er fortsat udskudt, og afviklingen af ventelister forventes muligvis at strække sig helt ind i 2023. Ligeledes har adgang til andre behandlingsmuligheder, herunder hos alment praktiserende læge, været påvirket i varierende grad, blandt andet som følge af midlertidige krav om negative coronatest før fremmøde samt et generelt ønske om at reducere antallet af personer i venteværelset for at mindske risikoen for smittespredning (2-4).

Kombinationen af disse forhold og generelt ændrede levevilkår for mange mennesker under pandemien har givet en bekymring for, at det har forstærket den sociale ulighed i sundhed hos borgere med kronisk sygdom og multisygdom (3, 4). Nogle af kapitlets resultater er med stor sandsynlighed mere påvirket end andre. Det er dog på nuværende tidspunkt svært at afgøre, hvor stor indflydelse pandemien har haft på de forskellige mål, der er anvendt, og om der er tale om forbigående eller længerevarende påvirkninger.

## Udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen

Sundhedsvæsenet har igennem de seneste årtier været igennem en omstillingsproces fra først og fremmest at tage sig af akut behandling og enkeltstående sygdomsepisoder til at kunne yde en længerevarende, kontinuerlig indsats for personer med kroniske sygdomme (5).

I løbet af denne omstillingsproces er der kommet øget fokus på borgerens udbytte af behandlingen, ikke blot i form af overlevelse og afhjælpning af akutte sundhedsproblemer, men også med hensyn til, hvordan personen 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 personen 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 (6). 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, der blev aftalt mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening i 2016. Ud over kravet om et mere effektivt sundhedsvæsen har målene 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 understøtte, 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 (5, 7, 8). Ved en populationsbaseret tilgang tilrettelægges sundhedsydelse med udgangspunkt i sygdomsmønstre, 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 (5). 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 diagnosticerede patienter, som ikke selv kontakter lægen, før de er akut syge (5). Populationsperspektivet kan dermed understøtte en mere forebyggende og proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side.

**Behandlingsbyrde hos personer med multisygdom – en udfordring og en målestok.** En patientgruppe, der er særligt udfordret, er personer med to eller flere samtidige kroniske sygdomme – dvs. personer med multisygdom (7). En stor andel af personer med multisygdom er hyppigt i kontakt med sundhedsvæsenet og risikerer at opleve usammenhængende og ukoordinerede behandlingsforløb som følge af dels siloop-

delingen af den specialiserede del af sundhedsvæsenet, dels behandlingsforløb, der ofte går på tværs af sektorer (7, 9, 10). 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 egenomsorgsopgaver (eksempelvis medicinering, hjemmemonitoreringer, 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 (11, 12). Personer med multisygdom, hvis sygdomme går på tværs af faglige specialer, har desuden større risiko for at opleve bivirkninger og utilsigtede hændelser pga. mangelfuld koordinering af behandlingen (13).

Den patientoplevede behandlingsbyrde anses derfor i stigende grad som et vigtigt aspekt i forbindelse med behandling af og forskning i multisygdom (14). Samtidig kan opgørelse af behandlingsbyrde i en befolkning være med til at belyse, hvor godt sundhedsvæsenet imødekommer borgernes behandlingsbehov under hensyntagen til den enkeltes ressourcer og velbefindende (15, 16).

**Nye modeller for kronikerindsatsen og initiativer til mere sammenhængende patientforløb.** 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 (17-19).

I Danmark har det øgede fokus på at skabe mere sammenhængende patientforløb og bedre tiltag for personer med kronisk sygdom og især multisygdom gennem de senere år afspejlet sig i såvel nationale som regionale politikker og tiltag.

Eksempelvis blev ordningen med patientansvarlige læger udrullet til alle landets sygehuse i 2017 efter en række forudgående pilotprojekter (20), og på tværs af de fem regioner er der etableret i alt 23 såkaldte

‘samedagsløsninger’ på flere hospitaler (21). Samedagsløsningerne er organiseret forskelligt og inkluderer ikke alle de samme sygdomme. Fælles for dem er, at de er målrettet borgere med multisygdom med det formål fysisk at samle (dele af) patienternes forløb samme sted med koordinering af behandling mellem relevante specialer. Dertil kommer andre tiltag som etableringen af Steno Diabetes Centre og afprøvning af ændret klinisk indsats for personer med multisygdom i almen praksis – f.eks. ‘Lægefællesskabet’ i Grenå og nye tiltænkte pilotprojekter indskrevet i overenskomsten for almen praksis 2022 (21, 22).

I 2020 præsenterede Danske Regioner deres anbefalinger af tiltag til en forbedret indsats for at forebygge og behandle multisygdom i publikationen “360 grader rundt om multisygdom” (21). Og i sommeren 2021 offentliggjorde regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening en aftale om etablering af nye sundhedsklynger med det formål at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb (23). Sundhedsklyngerne etableres omkring landets 21 akuthospitaler og indeholder både et fagligt og et politisk niveau med repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis, mens et overordnet sundhedssamarbejdsudvalg i hver region skal koordinere arbejdet i den enkelte regions sundhedsklynger.

I Region Midtjylland er der desuden fokus på sammenhængende patientforløb, håndtering af multisygdom, patientinddragelse og indsatser tilpasset den enkelte i sundhedsaftalen for 2019 til 2023 (24) og i regionens sundheds- og hospitalsplan fra 2020 (25).

**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 (7). 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* (7, 26, 27). 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 (28, 29). 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 (30).

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. Et vigtigt PRO-mål for helbredsrelateret livskvalitet er SF-12, som også indgår i *Hvordan har du det? 2021*. Af pladsmæssige grunde har vi valgt ikke at medtage SF-12 i nærværende rapport (se i stedet kapitel 7 og 9 i *Hvordan har du det? 2017*, bind 1).



## 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?* 2021 indeholder oplysninger om forekomsten af 19 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 funktionsevne 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 (31). WHO's strategi (oprindeligt gældende for 2013-2020, i 2019 forlænget til at gælde for 2013-2030) 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 udgør hjerte-kar-sygdomme, kræft og luftvejssygdomme de hyppigste dødsårsager sammen med psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Tilsammen var disse sygdomme årsager til to ud af tre dødsfald i 2020 (32).

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, der medfører store begrænsninger i livsudfoldelse og risiko for varig funktionsnedsættelse. Her drejer det sig om at fremme livskvalitet og funktionsevne.

Det har således været en målsætning i dansk sundhedspolitik både at mindske sygdomsbyrden af kroniske sygdomme, der forkorter livet, og ikke-livstruende kroniske sygdomme, der forringer livskvaliteten og funktionsevnen (33).

I tråd hermed indeholder *Hvordan har du det?* både oplysninger om, hvad man kan betegne som potentielt livstruende, og om ikke-livstruende kroniske sygdomme. Blandt de kroniske sygdomme, der spørges til i undersøgelsen, kan 7 betegnes som potentielt livstruende og 12 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 sygdomme og ikke-livstruende kroniske sygdomme er en grov opdeling. F.eks. er kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark, men den mest udbredte kræftform er almindelig hudkræft, som kun forårsager få dødsfald (34).

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 (35). Astma regnes her til de ikke-livstruende sygdomme, men forårsager ligeledes enkelte dødsfald (36), ligesom knoglebrud som følge af knogleskørhed kan være livstruende.

Opdelingen er imidlertid relevant, når man skal prioritere 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.

**Figur 9.1**Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det? 2021*

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	Angst Depression Psykiske lidelser (af mindre eller mere end 6 måneders varighed)
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	Migræne, hyppig hovedpine Tinnitus Grå stær

Det er vanskeligt at sammenligne belastningen af forskellige sygdomme, hvis man skal tage højde for både sygelighed og dødelighed. I WHO's projekt *Global Burden of Disease* har man siden 1990 undersøgt, hvor meget sygdomme og ulykker bidrager til den samlede sygdomsbyrde i en række lande, ved hjælp af begrebet tabte sygdomsjusterede leveår (disability adjusted life years, DALY) (37).

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 sygdomme, som forårsagede flest tabte sygdomsjusterede leveår i 2019 – nævnt i

aftagende rækkefølge – kronisk obstruktiv lungesygdom, iskæmiske hjertesygdomme (blodprop i hjertet og hjertekrampe), kræft i luftveje (luftrør, bronkier og lunger), ryg- og nakkesmerter, slagtilfælde (hjerneblødning/blodprop i hjernen), diabetes, depressive lidelser og tarmkræft (38).

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

rer. En indsats i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost vil derfor have en forebyggende effekt i forhold til mange sygdomme (39).

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 obstruktiv lungesygdom (herefter benævnt KOL), hjertesygdom, lænderygmerter og depression (40). 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 sygdommene bygger på svarpersonernes egne oplysninger. Besvarelserne afspejler dermed deltagernes egen sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering.

Ved hver sygdom 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.

I og med at opgørelserne baseres på svarpersonernes selvrapporteringer, er det en naturlig følge, at borgere, der er døde som følge af (akut) sygdom, ikke indgår. Det kan have en påvirkning på forekomsten, særligt af sygdomme med høj dødelighed som f.eks. hjerneblødning eller blodprop i hjernen og blodprop i hjertet. Opgørelserne omfatter derfor borgere, der aktuelt lever med sygdom eller eftervirkninger heraf,

hvilket kan være relevant både i et forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsperspektiv.

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 (41). 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.

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.



## Boks 9.2

### Nye spørgsmål om angst og depression

I *Hvordan har du det? 2021* er der medtaget to nye spørgsmål om selvrapporteret angst og depression. I rapporteringen her i bind 1 er de medtaget i stedet for den tidligere anvendte sygdomsgruppe 'psykiske lidelser'. Dermed rapporteres der i alt om 18 sygdomme i 2021 (16 fysiske sygdomme samt angst og depression).

Ligesom ved foregående undersøgelser er der også spurgt til psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed og mere end 6 måneders varighed (tidligere samlet betegnet som 'psykiske lidelser'). Af hensyn til sammenligneligheden med foregående undersøgelser er 'psykiske lidelser' anvendt i rapporteringen af udviklingen over tid i bind 2, idet der ikke kan vises udvikling for de nye spørgsmål om angst og depression. I rapporteringen i bind 2 indgår dermed 17 sygdomme (de 16 fysiske sygdomme, som også indgår i bind 1, samt psykiske lidelser).

### Betydning for opgørelse af multisygdom

Opgørelsen af multisygdom 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 (42).

I *Hvordan har du det? 2021* beregnes forekomsten af multisygdom i bind 1 ved at tælle antallet af kroniske sygdomme for hver person ud af de 18 sygdomme, der indgår i bind 1 (de 16 fysiske sygdomme samt angst og depression).

I analyserne af udviklingen over tid i bind 2 beregnes forekomsten af multisygdom – af hensyn til sammenligneligheden med de foregående undersøgelser – ved at tælle antallet af kroniske sygdomme for hver person ud af de 17 sygdomme, der indgår i bind 2 (de 16 fysiske sygdomme samt psykiske lidelser).

Beregningen af forekomsten af multisygdom er derfor forskellig i bind 1 (status for 2021) og bind 2 (udviklingen over tid fra 2010 til 2021), hvorfor der forekommer mindre forskelle i forekomsten af multisygdom i 2021 på tværs af de to rapporter.

**Figur 9.2**

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

Kroniske sygdomme	Heraf multisyge		Antal personer i Region Midtjylland
	Pct.	Pct.	
<b>Hjerte-kar</b>			
Forhøjet blodtryk	20	85	200.000
Hjertekrampe	2	97	22.000
Blodprop i hjertet	1	95	12.000
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2	93	20.000
<b>Diabetes</b>			
	5	90	54.000
<b>Kræft</b>			
	4	88	36.000
<b>Luftveje</b>			
KOL	5	94	50.000
Astma	8	92	81.000
<b>Allergi</b>			
	22	72	219.000
<b>Muskel-skelet</b>			
Slidgigt	21	89	215.000
Leddegigt	7	95	70.000
Knogleskørhed	5	93	47.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	88	146.000
<b>Psykiske lidelser</b>			
Angst	12	88	121.000
Depression	14	89	136.000
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>			
Migræne, hyppig hovedpine	17	80	175.000
Tinnitus	15	83	158.000
Grå stær	5	92	49.000
<b>Antallet af kroniske sygdomme</b>			
Ingen af de 18 sygdomme	28		290.000
En sygdom	25		258.000
To-tre sygdomme	31		315.000
Fire+ sygdomme	15		158.000
	<b>Multisygdom</b>	<b>46 %</b>	

## Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland

Figur 9.2 viser forekomsten af 18 kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland i 2021. 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 på tidspunktet for undersøgelsen havde en befolkning på ca. 1.094.000 personer 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, to til tre eller fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme. De sidste to grupper udgør tilsammen andelen med multisygdom (to eller flere sygdomme).

Kolonnen 'Heraf multisyge' viser ud for hver sygdom, hvor stor en andel af borgerne med sygdommen der er multisyge. Eksempelvis, at der blandt borgere med forhøjet blodtryk er 85 %, som også har én eller flere andre sygdomme end forhøjet blodtryk.

### De enkelte kroniske sygdomme

Af de 18 kroniske sygdomme er de hyppigst forekommende allergi, slidgigt og forhøjet blodtryk, som optræder hos hver femte borger eller flere på 16 år og derover i Region Midtjylland. Det svarer til omtrent 219.000 personer med allergi, 215.000 personer med slidgigt og 200.000 personer med forhøjet blodtryk. Dernæst kommer migræne eller hyppig hovedpine (hos 17 %), tinnitus (hos 15 %) og diskusprolaps eller andre rygsygdomme samt depression (hos 14 %).

Generelt dominerer de ikke-livstruende sygdomme i det samlede sygdomsbillede, idet de udgør ni ud af de ti hyppigst forekommende sygdomme, mens hjerte-kar-sygdommene (undtaget forhøjet blodtryk) er de mindst forekommende sygdomme. Denne fordeling af sygdommenes forekomst i befolkningen skal ses som en kombination af, hvor mange borgere der rammes af de enkelte sygdomme, og hvor længe en borger gennemsnitligt forventes at kunne leve med sygdommen – jf. den tidligere beskrivelse af, at eksempelvis hjerte-kar-sygdommene forårsager en stor andel af dødsfaldene i Danmark.

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

- 21 % har slidgigt, svarende til ca. 215.000 personer
- 14 % har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, svarende til ca. 146.000 personer
- 7 % har leddegigt, svarende til ca. 70.000 personer
- 5 % har knogleskørhed, svarende til ca. 47.000 personer

Knap hver femte borger (19 %) har én af de fire muskel-skelet-sygdomme, og mere end hver tiende borger (12 %) har to eller flere (ikke vist). Alt i alt betyder det, at næsten hver tredje borger (31 %) har mindst én muskel-skelet-sygdom (svarende til omtrent 320.000 personer).

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er ligeledes hyppige.

- 17 % har migræne eller hyppig hovedpine, svarende til ca. 175.000 personer
- 15 % har tinnitus, svarende til ca. 158.000 personer
- 5 % har grå stær, svarende til ca. 49.000 personer

Mere end hver fjerde borger (26 %) har én af de tre sygdomme i nervesystem og sanseorganer, og 5 % har to eller alle tre (ikke vist). Ligesom ved muskel-skelet-sygdomme er det dermed næsten hver tredje borger (32 %), som har mindst én af de tre sygdomme i nervesystem og sanseorganer (svarende til omtrent 323.000 personer).

Af de nye spørgsmål om angst og depression fremgår det, at:

- 12 % har angst, svarende til ca. 121.000 personer
- 14 % har depression, svarende til ca. 136.000 personer

Mere end hver tiende borger (12 %) har rapporteret at have én af de to sygdomme eller eftervirkninger heraf, og 7 % har rapporteret at have dem begge (ikke vist). Samlet set er det knap hver femte borger (19 %), der har angivet at have angst og/eller depression (svarende til omtrent 189.000 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. Af figur 9.2 fremgår det, at der er stor forskel på forekomsten af forhøjet blodtryk i forhold til de andre hjerte-kar-sygdomme.

- 20 % har forhøjet blodtryk, svarende til ca. 200.000 personer
- 2 % har hjertekrampe, svarende til ca. 22.000 personer
- 2 % har hjerneblødning eller blodprop i hjernen, svarende til ca. 20.000 personer
- 1 % har blodprop i hjertet, svarende til ca. 12.000 personer

Knap hver femte borger (19 %) har én af de fire hjerte-kar-sygdomme eller eftervirkninger heraf (forhøjet blodtryk i 91 % af tilfældene), og 3 % af borgerne har to eller flere (ikke vist). Alt i alt har mere end hver femte borger (22 %) mindst én af de fire hjerte-kar-sygdomme.

Mere end hver tiende borger i Region Midtjylland (11 %) lever med mindst én af de to luftvejssygdomme, svarende til omtrent 113.000 personer (ikke vist).

- 8 % har astma, svarende til ca. 81.000 personer
- 5 % har KOL, svarende til ca. 50.000 personer

Knap hver tiende borger (9 %) har én af de to luftvejssygdomme, og knap 2 % har dem begge (ikke vist).

Diabetes optræder hos 5 % af regionens borgere, svarende til omtrent 54.000 personer. Der er i undersøgelsen ikke sondret mellem diabetestyper. Det vides fra andre undersøgelser, at ca. 90 % af diabetespatienterne har type 2-diabetes (43).

Knap 4 % af borgerne lever med eller har eftervirkninger af kræft, svarende til omtrent 36.000 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 28 % af borgerne i Region Midtjylland (svarende til omtrent 290.000 personer) ikke har nogen af de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2021*. Hver fjerde borger (25 %) har én kronisk sygdom, mens næsten dobbelt så mange (46 %) har multisygdom, svarende til omtrent 473.000 personer. Knap hver tredje (31 %) har to til tre kroniske sygdomme, og knap hver syvende (15 %) har fire eller flere kroniske sygdomme. Samlet set har knap tre ud af fire borgere (72 %) én eller flere af de 18 sygdomme.

### Multisygdom blandt de enkelte sygdomsgrupper

Af kolonnen 'Heraf multisygge' i figur 9.2 fremgår det, at der blandt de enkelte sygdomsgrupper generelt er en meget stor andel, der har multisygdom. Andelen med multisygdom varierer fra 72 % blandt personer med allergi til 97 % blandt personer med hjertekrampe.

For alle sygdomsgrupper – bortset fra allergi – er det fire ud af fem personer eller flere, der har multisygdom, og for ni af sygdomsgrupperne er det ni ud af ti personer eller flere.

De ni sidstnævnte sygdomsgrupper omfatter borgere med hjerte-kar-sygdommene hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning eller blodprop i hjernen, borgere med luftvejssygdommene KOL og astma, borgere med muskel-skelet-sygdommene leddegigt og knogleskørhed samt borgere med grå stær og borgere med diabetes.

Uddybende analyser viser, at der blandt de samme ni sygdomsgrupper er de største andele af borgere med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme, varierende fra halvdelen (50 %) blandt personer med diabetes og personer med astma til tre ud af fire (75 %) blandt personer med hjertekrampe (ikke vist). Til sammenligning ses den laveste andel med fire eller flere kroniske sygdomme (30 %) blandt personer med allergi.

### ► Udvikling fra 2010 til 2021. Kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af 14 ud af de 16 kroniske sygdomme, der er sammenlignelige i perioden (der er ikke beregnet udvikling for psykiske lidelser i

perioden). De to sygdomme, hvor der ikke er nogen signifikant udvikling, er: hjertekrampe og blodprop i hjertet. Se [figur 9.1.S i bind 2](#).

*Multisygdom.* I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 36 % til 44 %. Der har været en stigning både i andelen med to til tre kroniske sygdomme (fra 27 % til 30 %) og i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme (fra 9 % til 13 %). Modsat har der været et fald både i andelen, der ikke har en kronisk sygdom (fra 35 % til 30 %), og et fald i andelen, der har én kronisk sygdom (fra 29 % til 27 %). Se [figur 9.2.S i bind 2](#). ◀

At andelen med multisygdom i 2021 er større i bind 1 (jf. figur 9.2) end i bind 2 skyldes, at der i bind 1-opgørelsen indgår de to nye spørgsmål om angst og depression, hvilket øger forekomsten af multisygdom sammenlignet med opgørelsen i bind 2, hvor det er den tidligere anvendte sygdomsgruppe 'psykiske lidelser', som indgår (jf. boks 9.2). Forekomsten af multisygdom er dermed en anelse mindre i udviklingsanalyserne i bind 2, men tendenserne i udviklingen er den samme.

► **Udvikling fra 2013 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af 15 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i udviklingsopgørelserne (jf. boks 9.2). De to sygdomme, hvor der ikke ses nogen signifikant udvikling, er: blodprop i hjertet og diabetes. Se [figur 9.1.S i bind 2](#).

*Multisygdom.* I perioden fra 2013 til 2021 har udviklingen været den samme som i perioden fra 2010 til 2021 (se beskrivelsen heraf ovenfor). Se [figur 9.2.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af 13 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i udviklingsopgørelserne (jf. boks 9.2). De fire sygdomme, hvor der ikke ses nogen signifikant udvikling, er: hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning eller blodprop i hjernen og diabetes. Se [figur 9.1.S i bind 2](#).

*Multisygdom.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 40 % til 44 %. Der har været en stigning både i andelen med to til tre kroniske sygdomme (fra 29 % til 30 %) og i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme (fra 11 % til 13 %). Modsat har der været et fald både i andelen, der ikke har en kronisk sygdom (fra 32 % til 30 %), og et fald i andelen, der har én kronisk sygdom (fra 28 % til 27 %). Se [figur 9.2.S i bind 2](#). ◀

## Forekomsten af kronisk sygdom og multisygdom i kommunerne

Man kan se sygdomsprofilerne for de enkelte kommuner i Region Midtjylland i kommunebilagene på hjemmesiden [www.hvordanhardudet.rm.dk](http://www.hvordanhardudet.rm.dk). Hver kommunes profil omfatter de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2021*, samt en opgørelse over antallet af kroniske sygdomme/multisygdom svarende til profilen for hele regionen. For hver sygdomsgruppe 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 omtrent drejer sig om, og om kommuneandelen afviger signifikant fra andelen i hele Region Midtjylland.

Nedenfor gives en sammenfatning af sygdomsforekomsterne i 2021 i de 19 kommuner i regionen samt en kort sammenfatning af udviklingen i forekomsterne fra 2010 til 2021 i kommunerne. For yderligere detaljer angående de kommunale sygdomsforekomster og udviklingen heri henvises til kommunebilagene på hjemmesiden.

Det fremgår af boks 9.3, at der er stor forskel på, hvor meget den enkelte kommunes sygdomsprofil afviger fra den generelle sygdomsprofil i regionen: fra Odder Kommune, der ikke har nogen signifikante afvigelser fra regionen som helhed, til Aarhus Kommune, der adskiller sig signifikant ved 15 ud af de 18 enkelte sygdomme – hvoraf de 13 afvigelser skyldes en mindre forekomst i Aarhus end i regionen som helhed. Aarhus Kommune har dermed generelt set den mindste sygdomsforekomst blandt de 19 kommuner.

Af boksen fremgår det også, at sygdomsprofilen i adskillige kommuner overordnet set ligner regionens profil: Foruden Odder, der ikke adskiller sig, har ti kommuner signifikante afvigelser fra regionen ved én til fire ud af de 18 kroniske sygdomme. De resterende syv kommuner (Lemvig, Randers, Norddjurs, Samsø, Skive, Struer og Syddjurs) har signifikante afvigelser ved en tredjedel til halvdelen af de 18 kroniske sygdomme.

**Store forskelle i sygdomsforekomster mellem kommunerne.** Af kommunebilagene fremgår det, at der ved nogle af sygdommene er store forskelle i de kommunale forekomster. I det følgende ses de største forskelle mellem kommunerne i sygdomsforekomst:

- Forhøjet blodtryk: 14 % i Aarhus mod 26 % i Lemvig og Struer
- Diabetes: 4 % i Aarhus og Silkeborg mod 8 % på Samsø
- Allergi: 16 % i Struer mod 25 % i Aarhus
- Slidgigt: 16 % i Aarhus mod 32 % på Samsø
- Leddegigt: 5 % i Aarhus mod 10 % på Samsø
- Knogleskørhed: 3 % i Aarhus mod 7 % i Skive
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme: 11 % i Aarhus mod 20 % på Samsø
- Angst: 8 % i Lemvig og Ringkøbing-Skjern mod 15 % i Aarhus
- Tinnitus: 14 % i Aarhus mod 19 % på Samsø

**Forskelle i forekomsten af multisygdom mellem kommunerne.** Det fremgår ligeledes af kommunebilagene, at Aarhus Kommune har en signifikant mindre andel af borgere med multisygdom og en større andel af borgere med ingen eller én kronisk sygdom end i hele regionen. Nedenfor vises forskellene mellem kommunerne i forekomsten af ingen, en, to til tre og fire eller flere sygdomme:

- Ingen af de 18 sygdomme: 21 % på Samsø mod 32 % i Aarhus
- Én sygdom: 21 % i Norddjurs mod 27 % i Aarhus
- To til tre sygdomme: 29 % i Aarhus mod 35 % på Samsø
- Fire eller flere sygdomme: 13 % i Aarhus mod 19 % i Norddjurs, Samsø, Skive og Struer

Foruden Norddjurs, Samsø, Skive og Struer er der en større andel med fire eller flere sygdomme i Randers og Viborg Kommune (18 %).

► **Udvikling fra 2010 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i sygdomsforekomsten i alle 19 kommuner i Region Midtjylland. I alle kommuner er forekomsten steget ved mindst fire sygdomme. Kommunerne med færrest stigninger i sygdomsforekomst er Favrskov og Silkeborg. Kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst er Hedensted (13 sygdomme), Viborg (11 sygdomme), Norddjurs (10 sygdomme) og Holstebro og Struer (9 sygdomme). Der ses i perioden ingen signifikante fald i forekomsten af sygdommene på kommuneniveau. Se [kommunebilagene på www.hvordanhardudet.rm.dk](http://www.hvordanhardudet.rm.dk).

**Boks 9.3**

Forekomsten af kroniske sygdomme i kommunerne i 2021.

Sammenfatning af signifikante kommuneafvigelser fra hele befolkningen i Region Midtjylland

Kommune	STØRRE forekomst i kommunen end i Region Midtjylland	MINDRE forekomst i kommunen end i Region Midtjylland	Samlet antal forskelle mellem kommunen og Region Midtjylland
Favrskov		Kræft	1
Hedensted	Forhøjet blodtryk og slidgigt	Angst	3
Herning	Forhøjet blodtryk og slidgigt	Astma og allergi	4
Holstebro	Forhøjet blodtryk, slidgigt og grå stær		3
Horsens	Hjertekrampe og depression		2
Ikast-Brande	Forhøjet blodtryk og diskusprolaps eller andre rygssygdomme	Allergi og depression	4
Lemvig	Forhøjet blodtryk, KOL, slidgigt, leddegigt og grå stær	Allergi, angst og depression	8
Norrdjurs	Forhøjet blodtryk, kræft, KOL, slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygssygdomme og grå stær		7
Odder			0
Randers	Forhøjet blodtryk, diabetes, KOL, diskusprolaps eller andre rygssygdomme, angst, depression og migræne eller hyppig hovedpine		7
Ringkøbing-Skjern	Slidgigt	Allergi, angst og depression	4
Samsø	Forhøjet blodtryk, diabetes, slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygssygdomme og tinnitus		6
Silkeborg		Angst	1
Skanderborg	Tinnitus	Blodprop i hjertet og depression	3
Skive	Forhøjet blodtryk, KOL, astma, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygssygdomme og grå stær	Allergi	9
Struer	Forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, kræft, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygssygdomme og grå stær	Allergi	9
Syddjurs	Forhøjet blodtryk, slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygssygdomme og tinnitus	Allergi og angst	7
Viborg	Knogleskørhed og tinnitus		2
Aarhus	Allergi og angst	Forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning eller blodprop i hjernen, diabetes, kræft, KOL, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygssygdomme, tinnitus og grå stær	15

*Multisygdom.* I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i alle 19 kommuner. Den mindste stigning ses i Aarhus Kommune og den største i Samsø Kommune. Se [figur 9.5.S og 9.6.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i sygdomsforekomsten i alle 19 kommuner i Region Midtjylland. I alle kommuner er forekomsten steget ved mindst to sygdomme. Kommunen med færrest stigninger i sygdomsforekomst er Ringkøbing-Skjern. Kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst er Struer (12 sygdomme), Lemvig, Norddjurs og Skive (9 sygdomme) og Horsens, Randers og Viborg (8 sygdomme). Der ses i perioden ingen signifikante fald i forekomsten af sygdommene på kommuneniveau. Se [kommunebilagene på www.hvordanhardudet.rm.dk.](#)

*Multisygdom.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i alle 19 kommuner. Den mindste stigning ses i Ringkøbing-Skjern, Skanderborg og Aarhus Kommune og den største i Norddjurs Kommune. Se [figur 9.5.S og 9.6.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i sygdomsforekomsten i 16 ud af de 19 kommuner i Region Midtjylland (undtagelserne er Holstebro, Odder og Ringkøbing-Skjern). Blandt de 16 kommuner varierer antallet af signifikante stigninger fra én sygdom i Herning, Ikast-Brande og Silkeborg til seks sygdomme i Randers Kommune. Foruden Randers er kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst Norddjurs, Skanderborg, Skive og Struer. I tre kommuner har der været et signifikant fald i forekomsten af en enkelt sygdom: diabetes i Odder og Silkeborg og allergi i Struer Kommune. Der har i perioden ikke været nogen signifikant ændret forekomst af hjertekrampe eller hjerneblødning eller blodprop i hjernen på kommuneniveau. Se [boks 9.2.S i bind 2 og kommunebilagene på www.hvordanhardudet.rm.dk.](#)

*Multisygdom.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i otte kommuner. Den mindste stigning ses i Aarhus Kommune og den største i Norddjurs Kommune. Forekomsten af fire eller flere kroniske sygdomme er steget signifikant i 11 kommuner med den mindste stigning i Aarhus Kommune og den største i Viborg Kommune. Se [figur 9.5.S og 9.6.S i bind 2.](#) ◀



## Kroniske sygdomme – køn, alder og sociale forhold

Figur 9.3 viser forekomsten af de 18 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.** Figuren viser en større forekomst blandt mænd af potentielt livstruende kroniske sygdomme end blandt kvinder, idet der blandt mænd er en større andel med forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, hjerneblødning eller blodprop i hjernen, diabetes og KOL.

Der er til gengæld en større forekomst blandt kvinder af ikke-livstruende kroniske sygdomme: astma, allergi, slidgigt, knogleskørhed, angst, depression, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær. Det gælder dog ikke leddegigt og tinnitus, hvor andelen blandt mænd er størst.

Ved nogle af sygdommene er der stor forskel i forekomsten hos mænd og kvinder. Eksempelvis diabetes (kvinder 4 %, mænd 7 %), slidgigt (mænd 18 %, kvinder 24 %), knogleskørhed (mænd 2 %, kvinder 7 %), angst (mænd 9 %, kvinder 15 %), migræne eller hyppig hovedpine (mænd 11 %, kvinder 23 %) og tinnitus (kvinder 12 %, mænd 19 %).

**Alder.** Der er en meget markant sammenhæng mellem alder og forekomsten af de 18 kroniske sygdomme. Den eneste undtagelse er astma, hvor der stort set ikke ses variation på tværs af alder.

Ved alle syv potentielt livstruende sygdomme stiger sygdomsandelene med alderen. Op til aldersgruppen 45-54 år er andelen med den enkelte sygdom mindre end i befolkningen generelt, mens der ved aldersgrupperne fra 55-64 år og derover generelt er en større andel med den enkelte sygdom end i befolkningen som helhed.

Ved seks ud af de 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme stiger sygdomsandelene ligeledes markant med alderen. Det drejer sig om de fire muskel-skelet-sygdomme (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed og diskusprolaps eller andre rygsygdomme), tinnitus og grå stær.

Ved de sidste fire ikke-livstruende kroniske sygdomme falder sygdomsandelene markant med alderen. Det drejer sig om allergi, angst, depression og migræne eller hyppig hovedpine.

De største forskelle i sygdomsforekomsterne, opgjort som forskel i procentpoint, ses ved forhøjet blodtryk (fra 1 % blandt de 16-24-årige til 49 % blandt personer på 75 år og derover), slidgigt (fra 1 % blandt de 16-24-årige til 46 % blandt personer på 75 år og derover) og grå stær (fra 0,1 % blandt de 16-24-årige til 21 % blandt personer på 75 år og derover).

**Uddannelsesniveau.** Der er ligeledes en meget tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af 17 ud af de 18 kroniske sygdomme.

Ved alle syv potentielt livstruende sygdomme falder sygdomsandelene med stigende uddannelsesniveau.

Ved ni ud af de 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme falder sygdomsandelene ligeledes med stigende uddannelsesniveau.

Som den eneste sygdom er forekomsten af allergi stigende med stigende uddannelsesniveau, mens der ved migræne eller hyppig hovedpine ikke ses nogen signifikant forskel på tværs af uddannelsesniveau.

Alt i alt betyder det, at der blandt borgere med lavt uddannelsesniveau er en større forekomst af 16 ud af de 18 kroniske sygdomme, end der er blandt befolkningen generelt (undtagelserne er allergi og migræne eller hyppig hovedpine).

De største forskelle i sygdomsforekomsterne, opgjort som forskel i procentpoint, ses ved forhøjet blodtryk (fra 13 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 36 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau), slidgigt (fra 16 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 35 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau) og leddegigt (fra 4 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 14 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau). Derudover er andelen blandt personer med lavt uddannelsesniveau mere end fire gange så stor sammenlignet med andelen blandt personer med højt uddannelsesniveau ved fire af de potentielt livstruende kroniske sygdomme (hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes og KOL).

**Figur 9.3**

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

	Potentielt livstruende kroniske sygdomme							Ikke-livstruende kroniske sygdomme										
	Forhøjet blodtryk	Hjertekrampe	Blodprop i hjernen	Hjerneblødning, blodprop i hjernen	Diabetes	Kræft	KOL	Astma	Allergi	Slidgigt	Leddegigt	Knogleskørhed	Diskusprolaps, andre ryggsygdomme	Angst	Depression	Migræne, hyppig hovedpine	Tinnitus	Grå stær
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
<b>Alle</b>	20	2	1	2	5	4	5	8	22	21	7	5	14	12	14	17	15	5
<b>Køn</b>																		
Mand	20	2	2	2,3	7	4	5,3	7	19	18	8	2	14	9	11	11	19	4
Kvinde	19	2	0,7	1,6	4	3	4,5	9	23	24	6	7	14	15	16	23	12	6
<b>Alder</b>																		
16-24 år	1	0,5	0,1	0,2	0,9	0,3	0,8	8	27	1	0,9	0,2	3	21	18	19	8	0,1
25-34 år	3	0,5	0,2	0,4	1	0,6	0,9	8	27	3	2	0,6	7	19	18	20	8	0,4
35-44 år	7	0,9	0,5	0,7	2	1	1	7	26	8	4	0,6	14	14	15	23	10	0,6
45-54 år	16	1,6	0,6	1	4	2	3	8	23	19	7	2	18	11	13	22	16	1
55-64 år	28	2	2	3	8	4	7	8	19	34	11	5	20	9	13	16	22	4
65-74 år	40	4	2	4	10	8	10	8	15	41	12	10	20	5	9	11	25	10
75+ år	49	6	4	6	14	10	13	8	10	46	13	16	18	4	7	7	20	21
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>																		
Lavt (0-10 år)	36	5	3	4	11	5	11	10	16	35	14	10	21	14	17	16	20	10
Middel (11-14 år)	25	2	1	2	6	4	6	8	19	27	9	5	17	10	13	17	19	6
Højt (15+ år)	13	1	0,6	1	3	3	2	7	25	16	4	4	12	10	11	17	13	3
<b>Erhvervstilknytning</b>																		
Studerende/skoleelever	2	0,4	-	-	0,8	0,2	0,4	8	28	1	0,7	0,3	4	21	18	19	8	-
Beskæftigede	13	1	0,5	0,8	3	2	2	7	23	14	5	2	13	9	10	18	14	1
Arbejdsløse	11	2	1	1	4	3	4	9	28	13	6	1	14	21	24	21	13	2
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	15	2	1	2	5	3	5	10	26	18	7	3	16	33	34	25	17	2
Førtidspensionister	28	5	3	6	11	6	13	16	27	37	17	9	34	35	40	30	22	5
Efterlønsmodtagere	35	3	0,8	2	11	4	8	8	18	38	9	7	17	4	8	11	25	7
Folkepensionister	46	5	3	5	12	9	12	8	13	45	13	14	19	5	8	9	22	16

■ Signifikant større end i hele befolkningen

■ Signifikant mindre end i hele befolkningen

■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

- Opgøres ikke på grund af få respondenter

**Erhvervstilknytning.** Der er endvidere en meget tydelig sammenhæng mellem erhvervstilknytning og forekomsten af de 18 kroniske sygdomme.

Særligt førtidspensionister er meget sygdomsbelastede, idet sygdomsandelene er større i denne gruppe sammenlignet med befolkningen generelt ved 17 ud af de 18 kroniske sygdomme (undtagelsen er grå stær, hvor førtidspensionister ikke adskiller sig fra befolkningen som helhed). Det er blandt førtidspensionisterne, man finder de største andele af 10 ud af de 18 sygdomme: hjertekrampe (5 %), blodprop i hjertet (3 %), hjerneblødning eller blodprop i hjernen (6 %), KOL (13 %), astma (16 %), leddegigt (17 %), diskusprolaps eller andre ryg sygdomme (34 %), angst (35 %), depression (40 %) og migræne eller hyppig hovedpine (30 %). Både de psykiske lidelser og muskel-skelet-sygdommene fylder meget hos førtidspensionisterne.

Blandt folkepensionister er der også en stor sygdomsforekomst med en større andel af alle syv potentielt livstruende sygdomme samt seks af de ikke-livstruende sygdomme (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre ryg sygdomme, tinnitus og grå stær) sammenlignet med befolkningen generelt. Blandt folkepensionister finder man ligesom ved førtidspensionister de største andele med hjertekrampe (5 %) og blodprop i hjertet (3 %). Derudover har folkepensionister de største andele med forhøjet blodtryk (46 %), diabetes (12 %), kræft (9 %), slidgigt (45 %), knogleskørhed (14 %) og grå stær (16 %).

Blandt efterlønsmodtagere er der en større andel med forhøjet blodtryk, diabetes, KOL, slidgigt, knogleskørhed og tinnitus end i befolkningen generelt. Efterlønsmodtagere har den største andel med tinnitus (25 %).

Studerende/skoleelever, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. har alle en større andel med allergi, angst, depression og migræne eller hyppig hovedpine sammenlignet med befolkningen som helhed. Blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. er der endvidere en større andel med astma end blandt befolkningen generelt. Den største andel med allergi ses blandt studerende/skoleelever og arbejdsløse (28 %). Derudover har studerende/skoleelever den mindste forekomst ved mindst 10 ud af de 18 kroniske sygdomme.

Foruden studerende/skoleelever er beskæftigede en af grupperne med mindst sygdomsbelastning. Her ses en større andel med allergi og migræne eller hyppig hovedpine, men en mindre andel ved de øvrige 16 sygdomme sammenlignet med hele befolkningen.



























































Ved alle syv potentielt livstruende kroniske sygdomme ses de største forekomster blandt personer, der er permanent uden for arbejdsmarkedet (førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister). Det samme gør sig gældende for muskel-skelet-sygdommene, tinnitus og grå stær.




*Antal personer (ikke vist).* Ved hver af de syv potentielt livstruende sygdomme er det største antal personer blandt folkepensionister, det andenstørste antal blandt beskæftigede og det tredjestørste blandt førtidspensionister. Samme mønster gør sig gældende ved slidgigt, leddegigt, knogleskørhed og grå stær.

Ved de resterende syv sygdomsgrupper (astma, allergi, diskusprolaps eller andre ryg sygdomme, angst, depression, migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus) er det største antal personer blandt beskæftigede.

Disse opgørelser viser, at kronisk sygdom er en problemstilling for mange personer i beskæftigelse, selvom andelen med kronisk sygdom generelt er mindre blandt beskæftigede end blandt befolkningen som helhed.

**Figur 9.4**  
Multisygdom – 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
<b>Alle</b>	31		15		315.000	158.000
<b>Køn</b>						
Mand	29		14		142.000	69.000
Kvinde	33		17		173.000	89.000
<b>Alder</b>						
16-24 år	25		6		34.000	7.700
25-34 år	24		7		38.000	10.000
35-44 år	26		9		37.000	12.000
45-54 år	29		14		49.000	23.000
55-64 år	35		21		57.000	34.000
65-74 år	39		25		54.000	35.000
75+ år	39		30		46.000	35.000
<b>Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)</b>						
Lavt (0-10 år)	36		27		48.000	36.000
Middel (11-14 år)	33		18		139.000	75.000
Højt (15+ år)	28		11		81.000	31.000
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Studerende/skoleelever	25		6		26.000	5.900
Beskæftigede	28		9		146.000	47.000
Arbejdsløse	31		16		7.300	3.800
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	36		23		20.000	12.000
Førtidspensionister	37		43		18.000	21.000
Efterlønsmodtagere	39		21		4.800	2.600
Folkepensionister	39		28		87.000	63.000
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk	31		16		286.000	142.000
Anden vestlig	26		13		12.000	6.300
Ikke-vestlig	28		16		17.000	9.800
<b>Bolig</b>						
Ejer	31		14		196.000	87.000
Lejer	31		18		108.000	65.000
<b>Bor med ægtefælle/samlever</b>						
Nej	31		18		111.000	64.000
Ja	31		14		196.000	89.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>						
Nej	33		18		229.000	125.000
Ja	25		7		61.000	18.000

-  Signifikant større end i hele befolkningen
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele 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 9.4 opgøres multisygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold. Multisygdom er i figuren opdelt i henholdsvis to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme. De to multisygdomsgrupper udgør tilsammen den samlede andel af befolkningen med multisygdom opgjort ud fra de 18 sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2021*.

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 55 år og derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- 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 og middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor 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 31 % med multisygdom mod 69 % blandt personer på 75 år og derover.

Multisygdom er dermed en stor udfordring blandt de ældre borgere, da en stor andel af de ældre lever med flere samtidige sygdomme. Opgjort i antal personer er multisygdom imidlertid også en stor udfordring blandt personer i den erhvervsaktive alder, da omtrent 300.000 personer i alderen 16-64 år har multisygdom (heraf omtrent 87.000 med fire eller flere sygdomme), mens det omtrent er 170.000 personer i alderen 65 år og derover, der har multisygdom (heraf omtrent 70.000 med fire eller flere sygdomme).

**Uddannelsesniveau.** Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af multisygdom. Andelen med to til tre kroniske sygdomme varierer fra 28 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 36 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme varierer fra 11 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 27 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Den samlede andel med multisygdom varierer fra 39 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 64 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Målt i antal personer ses det største antal med multisygdom blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau (omtrent 214.000 personer), mens det mindste antal ses blandt personer med lavt uddannelsesniveau (omtrent 84.000 personer).

**Erhvervstilknytning.** Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og forekomsten af multisygdom. Der er en større andel blandt personer, der er permanent uden for arbejdsmarkedet (førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister) samt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., som har multisygdom, end der er i befolkningen generelt.

Den største andel med svær multisygdom (fire eller flere sygdomme) ses blandt førtidspensionister (43 %). Samlet set er det omkring fire ud af fem førtidspensionister (80 %), der har multisygdom.

Den mindste andel med multisygdom ses blandt studerende/skoleelever, hvor det samlet er omkring 30 %, der har multisygdom. Ligeledes er der en mindre andel blandt beskæftigede, der har multisygdom, end blandt befolkningen som helhed. Det er imidlertid blandt personer i beskæftigelse, man finder det største antal personer med multisygdom (omtrent 193.000 personer).

**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.** Der er ingen sammenhæng mellem boligforhold og andelen med to til tre kroniske sygdomme. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, har fire eller flere kroniske sygdomme, end det er tilfældet blandt personer, der bor i ejerbolig.

**Bor med ægtefælle/samlever.** Der er ingen sammenhæng mellem civilstand og andelen med to til tre kroniske sygdomme. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har fire eller flere kroniske sygdomme, end det er tilfældet blandt personer, der 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 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 9.3.S i bind 2](#).

I samme periode har der været en signifikant stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper på nær de 16-24-årige (med de største stigninger blandt de ældste aldersgrupper) og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 9.4.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der ligeledes været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 9.3.S i bind 2](#).

I samme periode har der været en signifikant stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 9.4.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom både for mænd og kvinder, blandt de 16-34-årige og 55-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 9.3.S i bind 2](#).

I samme periode har der været en signifikant stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme både for mænd og kvinder, blandt de 45-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 9.4.S i bind 2](#). ◀

I forhold til alder og uddannelse viser analyserne samlet set, at stigningen i forekomsten af multisygdom er mest udtalt blandt de midaldrende og ældre samt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.



## SEKTION 2: SUNDHEDSVANER HOS PERSONER MED KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

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 borgere med kronisk sygdom (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 personer med kronisk sygdom (se kapitel 6).

Samlet set er sundhedsvaner ofte væsentlige for behandlingen af mange kroniske sygdomme og den videre prognose for personerne. Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale i forhold til sundhedsvaner blandt borgere med kronisk sygdom. Det afspejler sig blandt andet i forløbsprogrammer målrettet borgere med specifikke kroniske sygdomme og nationale anbefalinger af forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (44). 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 (45). Beslutningen kommer som opfølgning på Danske Regioners udspil *Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig investering* fra 2017 (46). Desværre viser tal fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, at der fra 2015 til 2020 er sket næsten en halvering i andelen af hjertepatienter med åreforsnævninger, der gennemfører et rygestop ved indlæggelse (fra 50 % til 27 %). Det peger på, at der stadig er store udfordringer i organiseringen af den patientrettede forebyggelse på en måde, hvor så mange patienter som muligt får gavn af tilbuddene (47).

I det følgende belyses sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom. Til dette formål



anvendes følgende mål, som alle er præsenteret tidligere i rapporten:

- Dagligrygere
- Drikker mere end 10 genstande om ugen
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt

Målene er opgjort for personer på 16 år og derover.

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

**Drikker mere end 10 genstande om ugen** angiver andelen med et ugentligt forbrug af alkohol på mere end 10 genstande (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).

Derudover belyses forekomsten af **flere risikable sundhedsvaner samtidig** gennem følgende mål:

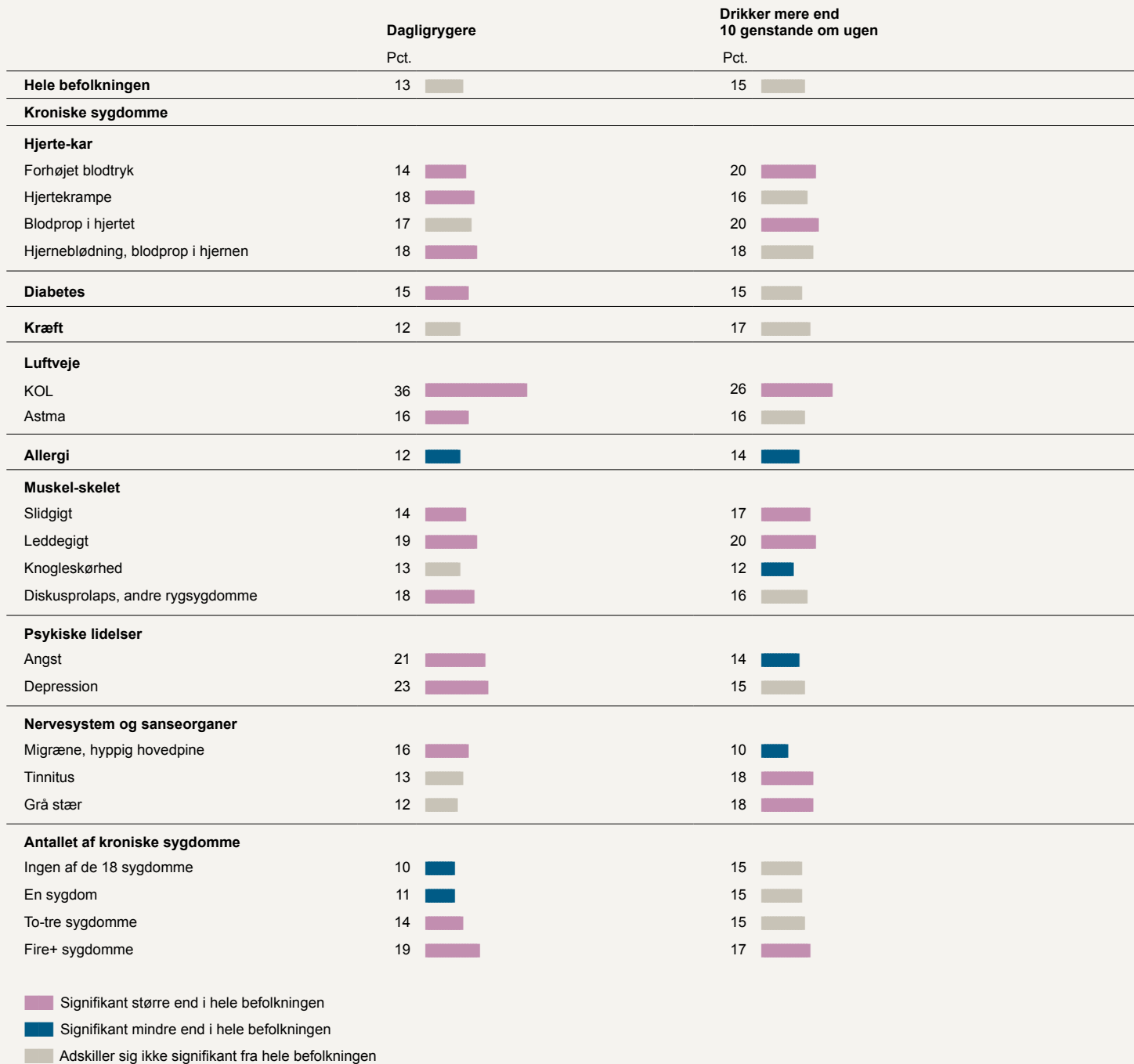
- 2 risikable sundhedsvaner
- 3 til 5 risikable sundhedsvaner

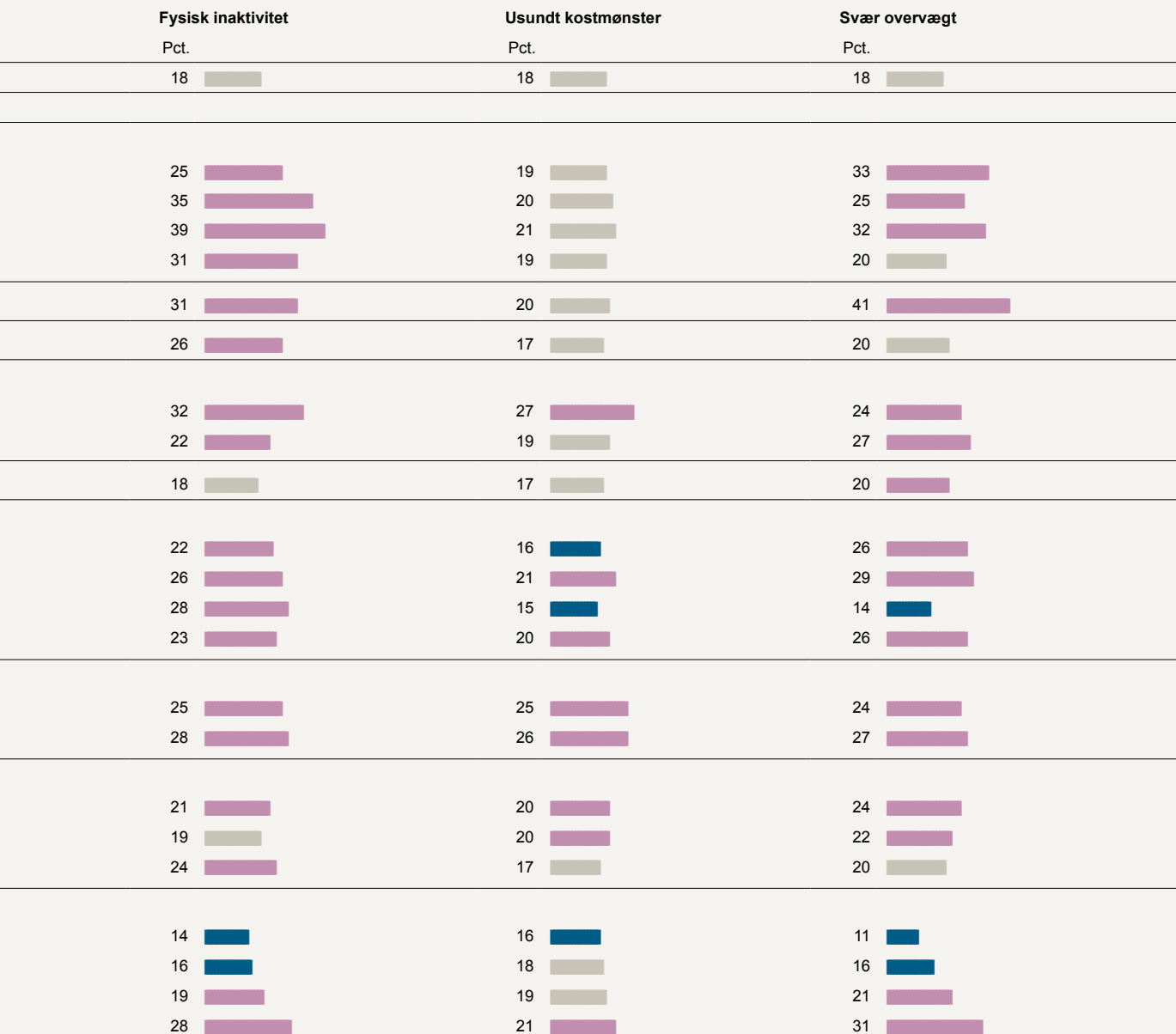
Borgere med to eller flere risikable sundhedsvaner er i øget risiko for udvikling og forværring af kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med én eller ingen risikable sundhedsvaner, og der er muligvis en synergieffekt mellem risikofaktorer, så den sundhedsskadelige virkning af den enkelte faktor forstærkes (48-50). Derfor beskrives forekomsten af flere samtidige risikable sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom. Analyserne, der tager udgangspunkt i de fem sundhedsvaner beskrevet ovenfor, dokumenterer behovet for forebyggelsestilbud, der er tilpasset denne gruppe. Opdelingen i henholdsvis 2 og 3 til 5 risikable sundhedsvaner er for at anskueliggøre størrelsen af patientgrupperne

med øget kompleksitet, hvor en særlig understøttende indsats kan være nødvendig, hvis livsstilsændringer skal lykkes.

Sektion 2 afsluttes med en kort opsummering af resultaterne omkring sundhedsvaner og udviklingen heri for borgere med kronisk sygdom og multisygdom.

**Figur 9.5**  
Sundhedsvaner – kroniske sygdomme og multisygdom





## Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

I figur 9.5 belyses forekomsten af de fem valgte sundhedsvaner for hver enkelt af de 18 kroniske sygdomme og i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Nedenfor beskrives først de fem sundhedsvaner enkeltvis i forhold til kronisk sygdom og multisygdom efterfulgt af en tværgående sammenfatning. Der afsluttes med en beskrivelse af udviklingen i sundhedsvanerne hos personer med kronisk sygdom og multisygdom.

### Dagligrygere blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at der er stor forskel i andelen af dagligrygere mellem de 18 kroniske sygdomme fra 12 % blandt personer med kræft, personer med allergi og personer med grå stær til det tredobbelte (36 %) blandt personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen, hvor 13 % er dagligrygere, er der en signifikant større andel af dagligrygere blandt følgende 12 sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (36 %)
- Depression (23 %)
- Angst (21 %)
- Leddegigt (19 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (18 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (18 %)
- Hjertekrampe (18 %)
- Blodprop i hjertet (17 %)
- Astma (16 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (16 %)
- Diabetes (15 %)
- Forhøjet blodtryk (14 %)
- Slidgigt (14 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel dagligrygere blandt personer med allergi (12 %).

Af figuren fremgår det også, at andelen af dagligrygere stiger med antallet af sygdomme fra 10 % blandt personer, der ikke har nogen af de 18 kroniske sygdomme, til næsten det dobbelte (19 %) blandt personer, der har fire eller flere sygdomme. Der er en større andel dagligrygere blandt personer med

multisygdom (både to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme) end i befolkningen som helhed.

### Drikker mere end 10 genstande om ugen blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at der også er stor forskel i andelen af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, mellem de 18 kroniske sygdomme. Andelen går fra 10 % blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine til 26 % blandt personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen, hvor 15 % drikker mere end 10 genstande om ugen, er der en signifikant større andel af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt følgende syv sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (26 %)
- Blodprop i hjertet (20 %)
- Leddegigt (20 %)
- Forhøjet blodtryk (20 %)
- Grå stær (18 %)
- Tinnitus (18 %)
- Slidgigt (17 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt følgende fire sygdomsgrupper (nævnt fra største til laveste forekomst):

- Allergi (14 %)
- Angst (14 %)
- Knogleskørhed (12 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (10 %)

Figuren viser endvidere, at en større andel af personer med fire eller flere kroniske sygdomme drikker mere end 10 genstande om ugen end i befolkningen som helhed.

### Fysisk inaktivitet blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at der er store forskelle i andelen af fysisk inaktive mellem de 18 sygdomsgrupper. Sammenlignet med hele befolkningen, hvor 18 % er fysisk inaktive, er der en signifikant større andel af fysisk inaktive blandt alle sygdomsgrupper undtagen tinnitus og allergi (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- Blodprop i hjertet (39 %)
- Hjertekrampe (35 %)
- KOL (32 %)
- Diabetes (31 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (31 %)
- Knogleskørhed (28 %)
- Depression (28 %)
- Kræft (26 %)
- Leddegigt (26 %)
- Forhøjet blodtryk (25 %)
- Angst (25 %)
- Grå stær (24 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (23 %)
- Slidgigt (22 %)
- Astma (22 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (21 %)

Derudover ses det af figuren, at andelen af fysisk inaktive stiger med antallet af sygdomme fra 14 % blandt personer, der ikke har nogen af de 18 kroniske sygdomme, til det dobbelte (28 %) blandt personer, der har fire eller flere sygdomme. Der er en større andel fysisk inaktive blandt personer med multisygdom (både to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme) end i befolkningen som helhed.

#### Usundt kostmønster blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen, hvor 18 % har et usundt kostmønster, er der en signifikant større andel med usundt kostmønster blandt følgende syv sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (27 %)
- Depression (26 %)
- Angst (25 %)
- Leddegigt (21 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (20 %)
- Tinnitus (20 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (20 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med usundt kostmønster blandt følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt (16 %)
- Knogleskørhed (15 %)

Figuren viser også, at der er en større andel med usundt kostmønster (21 %) blandt personer med fire eller flere sygdomme og en mindre andel (16 %) blandt personer, der ikke har nogen af de 18 sygdomme, end blandt hele befolkningen.

#### Svær overvægt blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at der er stor forskel i andelen af personer med svær overvægt mellem de 18 kroniske sygdomme fra 14 % blandt personer med knogleskørhed til næsten det tredobbelte (41 %) blandt personer med diabetes.

Sammenlignet med hele befolkningen, hvor 18 % er svært overvægtige, er der en signifikant større andel med svær overvægt blandt følgende 14 sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- Diabetes (41 %)
- Forhøjet blodtryk (33 %)
- Blodprop i hjertet (32 %)
- Leddegigt (29 %)
- Astma (27 %)
- Depression (27 %)
- Slidgigt (26 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (26 %)
- Hjertekrampe (25 %)
- Angst (24 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (24 %)
- KOL (24 %)
- Tinnitus (22 %)
- Allergi (20 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med svær overvægt blandt personer med knogleskørhed (14 %).

Samtidig viser figuren, at andelen med svær overvægt stiger markant med antallet af kroniske sygdomme fra 11 % blandt personer, der ikke har nogen af de 18 sygdomme, til næsten det tredobbelte (31 %) blandt personer, der har fire eller flere sygdomme. Der er en større andel med usundt kostmønster blandt personer med multisygdom (både to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme) end i befolkningen som helhed.

### Tværgående sammenfatning af sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Samlet set fremgår det af figur 9.5, at der sammenlignet med hele befolkningen er:

- To sygdomsgrupper med *større andele af alle fem sundhedsvanemål* (KOL og leddegigt)
- Seks sygdomsgrupper med *større andele af fire sundhedsvanemål* (forhøjet blodtryk, slidgigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, angst, depression og migræne eller hyppig hovedpine)
- Fem sygdomsgrupper med *større andele af tre sundhedsvanemål* (hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes, astma og tinnitus)
- To sygdomsgrupper med *større andele af to sundhedsvanemål* (hjerneblødning eller blodprop i hjernen og grå stær)
- Tre sygdomsgrupper med *større andel af ét sundhedsvanemål* (kræft, allergi og knogleskørhed)

Figur 9.5 viser også, at forekomsten af risikable sundhedsvaner er størst blandt personer med multisygdom, særligt personer med fire eller flere kroniske sygdomme, og mindst blandt personer, der ikke har multisygdom, særligt personer, der ikke har nogen af de 18 kroniske sygdomme.

Figur 9.5 peger på sygdomsgrupper med stort forebyggelsespotentiale. Det er imidlertid ikke muligt ud fra figuren at sige noget om, om det primært er de samme personer i en sygdomsgruppe, der har de forskellige risikable sundhedsvaner, eller om det er forskellige personer. Dette belyses nærmere i figur 9.6.

► **Udvikling fra 2010 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været et betydeligt fald i forekomsten af *dagligrygere* blandt alle 16 kroniske sygdomme, der er sammenlignelige i perioden (der er ikke beregnet udvikling for psykiske lidelser i perioden). Se [figur 9.7.S i bind 2](#). Der har også været et betydeligt fald i andelen, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, blandt 14 ud af de 16 sygdomme. Undtagelserne er ved blodprop i hjertet og hjerneblødning eller blodprop i hjernen (ved sidstnævnte ses et fald i perioden, men det er ikke statistisk signifikant). Se [figur 9.8.S i bind 2](#). Modsat har der været en signifikant stigning i andelen af *fysisk inaktive* hos 6 sygdomsgrupper: forhøjet blodtryk, hjertekrampe, diabetes, kræft, slidgigt og mest markant blodprop i hjertet (fra 29 % til 39 %), mens der har været et be-

tydeligt fald blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Se [figur 9.9.S i bind 2](#). Der har også været en signifikant stigning i andelen med et *usundt kostmønster* blandt 10 ud af de 16 sygdomme – mest udtalt blandt personer med diabetes, se [figur 9.10.S i bind 2](#), og en betragtelig stigning i andelen med *svær overvægt* blandt 13 ud af de 16 sygdomme. Se [figur 9.11.S i bind 2](#).

**Antallet af kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme. Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. Se [figur 9.13.S i bind 2](#). Der har ligeledes været et fald i andelen af personer, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, uanset antallet af kroniske sygdomme. Det mindste fald ses blandt personer med fire eller flere sygdomme og det største blandt personer uden kronisk sygdom. Se [figur 9.14.S i bind 2](#). Til gengæld har der ikke været nogen udvikling i andelen af *fysisk inaktive* i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Se [figur 9.15.S i bind 2](#). Andelen af personer med et *usundt kostmønster* og med *svær overvægt* er steget uanset antallet af kroniske sygdomme. De mindste stigninger ses blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se [figur 9.16.S](#) og [figur 9.17.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i forekomsten af *dagligrygere* blandt 11 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i udviklingsopgørelsen (jf. boks 9.2). Se [figur 9.7.S i bind 2](#). Der har også været et signifikant fald i andelen, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, blandt syv ud af de 17 sygdomme (astma, allergi, slidgigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, psykiske lidelser, migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus). Se [figur 9.8.S i bind 2](#). Modsat har der været en signifikant stigning i andelen af *fysisk inaktive* blandt personer med forhøjet blodtryk og blodprop i hjertet, mens der ses et signifikant fald blandt personer med grå stær. Se [figur 9.9.S i bind 2](#). Der har også været en signifikant stigning i andelen med et *usundt kostmønster* blandt 9 ud af de 17 sygdomme – størst blandt personer med diabetes, psykiske lidelser og tinnitus, se [figur 9.10.S i bind 2](#), og en signifikant stigning i andelen med *svær overvægt* blandt 14 ud af de 17 sygdomme. Se [figur 9.11.S i bind 2](#).

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme. Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. Se [figur 9.13.S i bind 2](#). Der har ligeledes været et fald i andelen af personer, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.14.S i bind 2](#). Til gengæld har der ikke været nogen signifikant udvikling i andelen af *fysisk inaktive* i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Se [figur 9.15.S i bind 2](#). Der har været en signifikant stigning i andelen af personer med et *usundt kostmønster* blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.16.S i bind 2](#). Samtidig er andelen med *svær overvægt* steget uanset antallet af kroniske sygdomme. Den mindste stigning ses blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se [figur 9.17.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en tendens i retning af faldende forekomst af *dagligrygere* hos alle 17 sygdomsgrupper, om end faldet kun er signifikant blandt 11 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i udviklingsopgørelsen (jf. boks 9.2). Se [figur 9.7.S i bind 2](#). Der har blandt personer med allergi været et signifikant fald i andelen, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*. Se [figur 9.8.S i bind 2](#). Blandt personer med blodprop i hjertet har der været en markant stigning i andelen af *fysisk inaktive* (fra 27 % til 39 %), mens der ses et signifikant fald blandt personer med allergi, leddegigt og grå stær. Se [figur 9.9.S i bind 2](#). Der ses ingen signifikant udvikling i andelen med et *usundt kostmønster* blandt de 17 sygdomme. Se [figur 9.10.S i bind 2](#). Derimod har der været en signifikant stigning i andelen med *svær overvægt* blandt 9 ud af de 17 sygdomme. Særligt blandt personer med blodprop i hjertet ses en markant stigning (fra 22 % til 32 %). Se [figur 9.11.S i bind 2](#).















































*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme. Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. Se [figur 9.13.S i bind 2](#). Der har samtidig været et lille fald i andelen af personer, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, og i andelen af *fysisk inaktive*




blandt personer, der ikke har multisygdom. Se [figur 9.14.S](#) og [figur 9.15.S i bind 2](#). Til gengæld har der været en signifikant stigning i andelen af personer med et *usundt kostmønster* blandt personer med én kronisk sygdom, se [figur 9.16.S i bind 2](#), og en signifikant stigning i andelen med *svær overvægt* blandt personer med én sygdom og to til tre sygdomme. Se [figur 9.17.S i bind 2](#). ◀

Samlet set har udviklingen i sundhedsvanerne været nogenlunde ensartet på tværs af antallet af kroniske sygdomme. Undtagelsen er personer uden kronisk sygdom, hvor der – sammenlignet med de andre grupper – generelt har været en mere hensigtsmæssig udvikling med hensyn til alkohol (at drikke mere end 10 genstande om ugen), usundt kostmønster og svær overvægt. Modsat ses den største risikobelastning med hensyn til sundhedsvaner i alle årene hos personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

**Figur 9.6**

Antal risikable sundhedsvaner – kroniske sygdomme og multisygdom

	2 risikable sundhedsvaner	3-5 risikable sundhedsvaner	2 risikable sundhedsvaner	3-5 risikable sundhedsvaner
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
<b>Hele befolkningen</b>	15 	6 	149.000	58.000
<b>Kroniske sygdomme</b>				
<b>Hjerte-kar</b>				
Forhøjet blodtryk	21 	9 	41.000	18.000
Hjertekrampe	19 	12 	4.100	2.600
Blodprop i hjertet	24 	12 	3.000	1.400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	18 	9 	3.600	1.700
<b>Diabetes</b>	24 	10 	13.000	5.500
<b>Kræft</b>	14 	7 	5.200	2.500
<b>Luftveje</b>				
KOL	28 	17 	14.000	8.400
Astma	19 	8 	15.000	6.700
<b>Allergi</b>	15 	5 	32.000	12.000
<b>Muskel-skelet</b>				
Slidgigt	18 	7 	38.000	15.000
Leddegigt	22 	9 	15.000	6.500
Knogleskørhed	15 	5 	6.800	2.200
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	19 	9 	28.000	12.000
<b>Psykiske lidelser</b>				
Angst	19 	11 	23.000	13.000
Depression	22 	12 	30.000	16.000
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>				
Migræne, hyppig hovedpine	17 	7 	29.000	12.000
Tinnitus	16 	7 	25.000	11.000
Grå stær	16 	6 	7.800	2.700
<b>Antallet af kroniske sygdomme</b>				
Ingen af de 18 sygdomme	11 	3 	31.000	9.900
En sygdom	13 	4 	34.000	11.000
To-tre sygdomme	16 	6 	50.000	20.000
Fire+ sygdomme	22 	11 	34.000	17.000

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



## Antal samtidige risikable sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Figur 9.6 viser, hvor stor en andel af personerne i hver sygdomsgruppe der har to ud af fem risikable sundhedsvaner samtidig, og hvor stor en andel der har tre til fem risikable sundhedsvaner samtidig. De risikable sundhedsvaner, der indgår i opgørelsen, er ligesom ved de foregående analyser dagligrygere, drikker mere end 10 genstande om ugen, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt.

### De enkelte kroniske sygdomme

Af figuren fremgår det, at der blandt hele befolkningen er 15 % (svarende til omtrent 149.000 personer) med *to risikable sundhedsvaner samtidig*. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med to risikable sundhedsvaner blandt følgende 14 sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (28 %)
- Blodprop i hjertet (24 %)
- Diabetes (24 %)
- Depression (22 %)
- Leddegigt (22 %)
- Forhøjet blodtryk (21 %)
- Angst (19 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (19 %)
- Astma (19 %)
- Hjertekrampe (19 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (18 %)
- Slidgigt (18 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (17 %)
- Tinnitus (16 %)

Af figuren ses det også, at der blandt hele befolkningen er 6 % (svarende til omtrent 58.000 personer) med *tre til fem risikable sundhedsvaner samtidig*. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med tre til fem risikable sundhedsvaner blandt følgende 14 sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (17 %)
- Depression (12 %)
- Hjertekrampe (12 %)
- Blodprop i hjertet (12 %)
- Angst (11 %)

- Diabetes (10 %)
- Leddegigt (9 %)
- Forhøjet blodtryk (9 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (9 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (9 %)
- Astma (8 %)
- Tinnitus (7 %)
- Slidgigt (7 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (7 %)

Ved at lægge tallene for henholdsvis to og tre til fem sundhedsvaner sammen fremgår det, at det blandt hele befolkningen er hver femte borger (20 %), der har mindst to ud af de fem risikable sundhedsvaner samtidig. Blandt personer med KOL er forekomsten af mindst to risikable sundhedsvaner mere end dobbelt så stor (45 %), mens der ved følgende sygdomsgrupper er tale om mere end hver tredje person: blodprop i hjertet (36 %) samt depression og diabetes (34 %).

### Antallet af kroniske sygdomme

Figuren viser også, at forekomsten af samtidige risikable sundhedsvaner stiger med antallet af kroniske sygdomme. Andelen med to risikable sundhedsvaner stiger fra 11 % blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme til 22 % blandt personer med fire eller flere sygdomme. Andelen med tre til fem risikable sundhedsvaner stiger fra 3 % blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme til 11 % blandt personer med fire eller flere sygdomme. Samlet set har hver tredje person med fire eller flere kroniske sygdomme mindst to risikable sundhedsvaner samtidig.

► **Udvikling fra 2010 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2021 har der blandt hele befolkningen i Region Midtjylland været et signifikant fald i andelen med to til fem samtidige risikable sundhedsvaner. Der har ligeledes været et signifikant fald blandt personer med knogleskørhed og tinnitus, hvorimod der ses en signifikant stigning blandt personer med forhøjet blodtryk og diabetes (der er ikke beregnet udvikling for psykiske lidelser i perioden). Se [figur 9.12.S i bind 2](#).

**Antallet af kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner blandt personer, der ikke har multisygdom. Faldet er størst blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se [figur 9.18.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2021 ses der blandt hele befolkningen ingen signifikant udvikling i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner. Derimod har der været en signifikant stigning blandt personer med forhøjet blodtryk, KOL, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og størst blandt personer med blodprop i hjertet (fra 28 % til 36 %). Se [figur 9.12.S i bind 2](#).

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se [figur 9.18.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2017 til 2021 ses der blandt hele befolkningen ingen signifikant udvikling i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner. Blandt personer med blodprop i hjertet har der været en markant stigning (fra 28 % til 36 %), mens der ses et fald blandt personer med tinnitus. Se [figur 9.12.S i bind 2](#).

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se [figur 9.18.S i bind 2](#). ◀

## SEKTION 3: FYSISK OG MENTALT HELBRED HOS PERSONER MED KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Et liv med kronisk sygdom er ofte forbundet med begrænsninger og belastninger i hverdagen, både fysisk, socialt og mentalt. For mange mennesker i den erhvervsaktive alder kan det blandt andet handle om nedsat arbejdsevne, der har betydning for den enkeltes muligheder for et godt og meningsfuldt arbejdsliv. Mange mennesker, særligt i de ældre aldersgrupper, har desuden brug for hjælp til at kunne klare sig i dagligdagen.

Fælles for alle handler det om muligheden for at have et liv med meningsfuldt indhold og livskvalitet – særligt i dag, hvor det bl.a. på grund af bedre behandlinger er muligt for rigtig mange at leve i mange år med kronisk sygdom.

Et vigtigt mål for behandling og rehabilitering er derfor, at patienter kan opretholde deres funktionsevne eller genvinde tabt funktionsevne helt eller delvis.

I denne sektion belyses det, hvordan personer med kronisk sygdom har det både fysisk og mentalt. Resultaterne fra sektionen kan bruges til at identificere særlige risikogrupper blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom ud fra deres egen vurdering af deres helbredsstatus. Denne indsigt kan anvendes ved tilrettelæggelse af målrettede indsatser særligt tilpasset denne gruppe af borgere med kronisk sygdom og multisygdom.

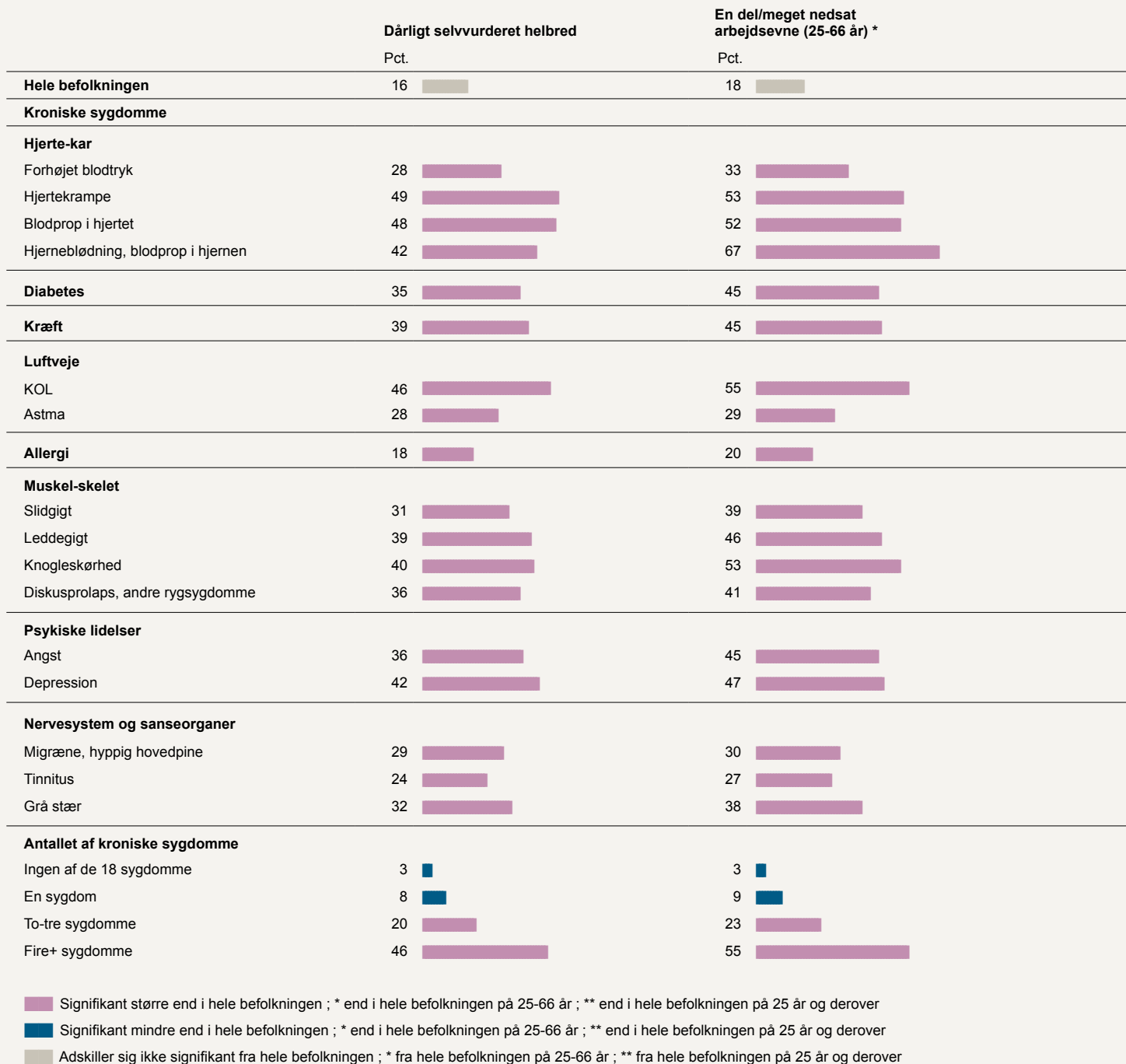
Følgende mål, som beskrives nærmere nedenfor, er valgt til at belyse fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom:

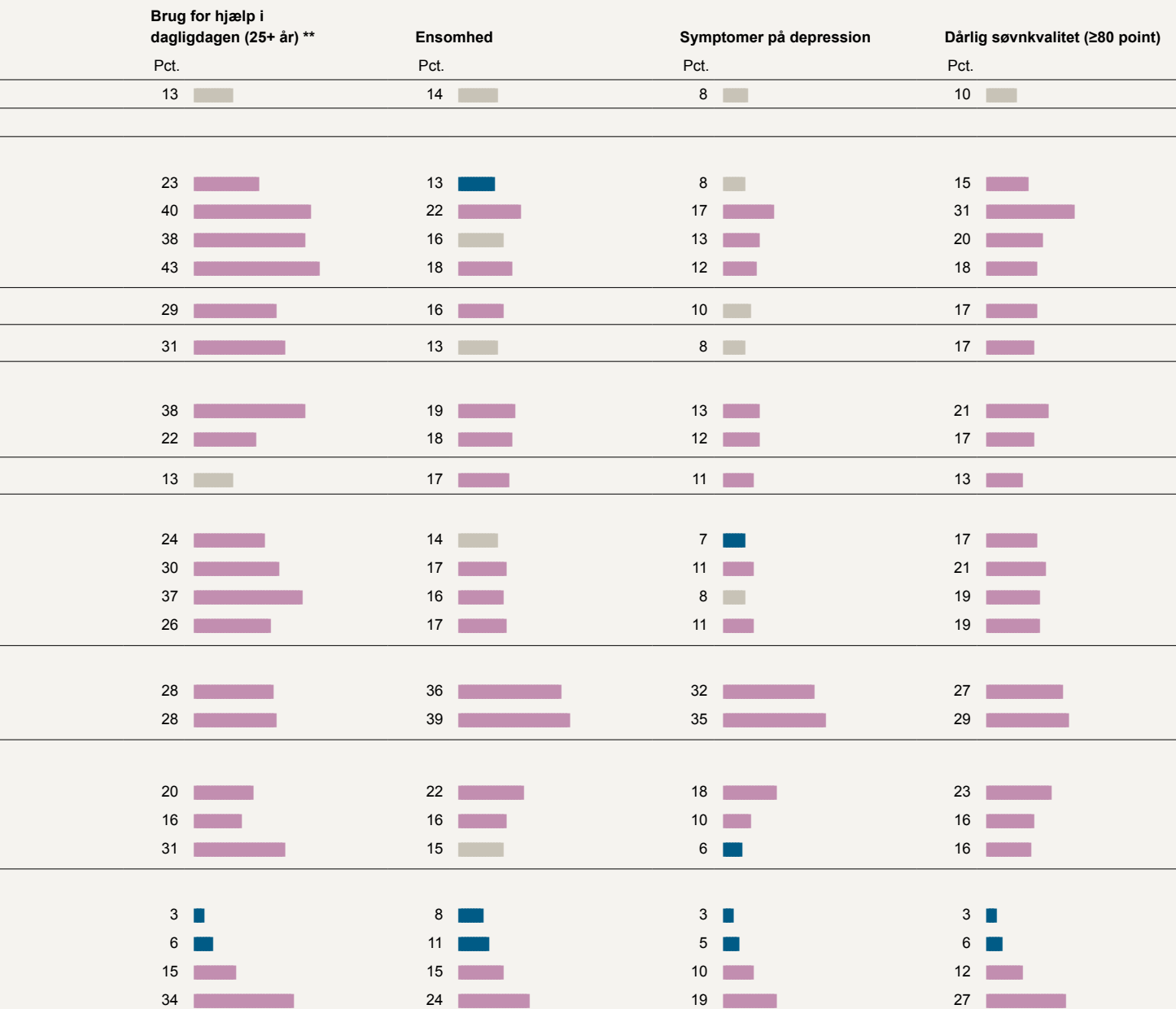
- Dårligt selvvurderet helbred
- Nedsat arbejdsevne (25-66 år)
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25+ år)
- Ensomhed
- Symptomer på depression
- Dårlig søvnkvalitet

Hvis ikke andet er angivet, opgøres målene for personer på 16 år og derover med kronisk sygdom og multisygdom. De enkelte mål introduceres nærmere i forbindelse med beskrivelsen af analyserne.

**Figur 9.7**

## Helbred – kroniske sygdomme og multisygdom





## Helbred blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

I figur 9.7 belyses forekomsten af de seks valgte mål for fysisk og mentalt helbred for hver enkelt af de 18 kroniske sygdomme og i forhold til antallet af kroniske sygdomme. I det følgende beskrives først de seks helbredsmål enkeltvis i forhold til kronisk sygdom og multisygdom efterfulgt af en tværgående sammenfatning, og der afsluttes med en kort beskrivelse af udviklingen i det fysiske og mentale helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom. For ensomhed og symptomer på depression belyses udviklingen kun fra 2017 til 2021 (se kapitel 8).

### Dårligt selvvurderet helbred blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som en opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet. Personer med dårligt selvvurderet helbred har en øget risiko for en række kroniske sygdomme og død. De har et større forbrug af sundhedsvæsenets ydelser og en øget risiko for arbejdsløshed, sygefravær og førtidspension. Dårligt selvvurderet helbred er derfor et simpelt, men effektivt mål, der i mange sammenhænge kan bruges til at identificere personer i øget risiko (se kapitel 7).

I *Hvordan har du det? 2021* belyses selvvurderet helbred ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 1) Fremragende, 2) Vældig godt, 3) Godt, 4) Mindre godt og 5) Dårligt. De to sidste svarmuligheder betegnes som dårligt selvvurderet helbred.

#### Dårligt selvvurderet helbred – kroniske sygdomme

Af figur 9.7 fremgår det, at 16 % af Region Midtjylland's befolkning har dårligt selvvurderet helbred (omtrent 175.000 personer – ikke vist). Figuren viser også, at der er en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred hos samtlige sygdomsgrupper sammenlignet med befolkningen generelt. Der er markant forskel i forekomsten af dårligt selvvurderet helbred mellem de 18 kroniske sygdomme: fra 18 % blandt personer med allergi til 49 % blandt personer med hjertekrampe.

De fem største forekomster af dårligt selvvurderet helbred findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjertekrampe (49 %)
- Blodprop i hjertet (48 %)
- KOL (46 %)
- Depression (42 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (42 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster i følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt (66.000 personer)
- Depression (57.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (55.000 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (52.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (51.000 personer)

#### Dårligt selvvurderet helbred – antallet af kroniske sygdomme

Figur 9.7 viser, at der er en meget stærk sammenhæng mellem forekomsten af dårligt selvvurderet helbred og antallet af kroniske sygdomme. Der er 3 % med dårligt selvvurderet helbred blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme mod 20 % blandt personer med to til tre sygdomme og 46 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

### Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Hos personer i den erhvervsaktive alder er nedsat arbejdsevne forbundet med øget risiko for længerevarende sygefravær og førtidspension (51). Derudover er graden af nedsat arbejdsevne ligeledes en prædikator for øget sygefravær, idet personer, der i højere grad føler, at deres arbejdsevne er nedsat, har mere sygefravær end gennemsnittet (52). Endvidere tyder forskning på, at støttet beskæftigelse frem for ledighed fremmer sundhed og trivsel for personer med nedsat arbejdsevne (53). 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 folk må forlade arbejdsmarkedet. Det er derfor relevant at belyse, hvilke grupper af personer med kronisk sygdom 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 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? 2021* spurgt til nedsat arbejdsevne blandt personer på 25 år og derover 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 svarmulighederne 1) Nej, 2) Ja, en smule, 3) Ja, en del og 4) Ja, meget.

I det følgende fokuseres der på personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne.

#### *En del eller meget nedsat arbejdsevne – kroniske sygdomme*

Af figur 9.7 fremgår det, at 18 % af regionens befolkning mellem 25 og 66 år har en del eller meget nedsat arbejdsevne (omtrent 111.000 personer – ikke vist). Af figuren fremgår det også, at der er en signifikant større andel med nedsat arbejdsevne hos samtlige sygdomsgrupper sammenlignet med hele befolkningen på 25-66 år. Der er markant forskel i forekomsten af nedsat arbejdsevne mellem de 18 kroniske sygdomme: fra 20 % blandt personer med allergi til 67 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

De fem største forekomster af nedsat arbejdsevne findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (67 %)
- KOL (55 %)
- Hjertekrampe (53 %)
- Knogleskørhed (53 %)
- Blodprop i hjertet (52 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster i følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt (42.000 personer)
- Depression (42.000 personer)

- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (40.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (37.000 personer)
- Angst (35.000 personer)

#### *En del eller meget nedsat arbejdsevne – antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.7 viser, at der er en meget stærk sammenhæng mellem forekomsten af nedsat arbejdsevne og antallet af kroniske sygdomme. Der er 3 % med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme mod 23 % blandt personer med to til tre sygdomme og 55 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

#### *Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom*

I *Hvordan har du det? 2021* er behovet for hjælp til at klare dagligdagens gøremål undersøgt blandt personer på 25 år og derover ved brug af et såkaldt ADL-mål, hvor ADL står for *Activities of Daily Living*, på dansk betegnet som almindelig daglig levevis (54). 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: lave mad, spise, vaske sig, klæde sig på, købe ind, betale regninger, gøre rent, besøge bekendte, gå til læge og gå en tur.

#### *Brug for hjælp til dagligdagens gøremål – kroniske sygdomme*

Af figur 9.7 fremgår det, at 13 % af regionens befolkning på 25 år og derover har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål (omtrent 117.000 personer – ikke vist). Af figuren fremgår det også, at en signifikant større andel blandt alle sygdomsgrupperne på nær allergi har brug for hjælp i dagligdagen sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover. Blandt de 17 sygdomsgrupper er der en forskel i behovet for hjælp i dagligdagen fra 16 % blandt personer med tinnitus til 43 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

De fem største forekomster af behov for hjælp til dagligdagens gøremål findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (43 %)
- Hjertekrampe (40 %)
- KOL (38 %)
- Blodprop i hjertet (38 %)
- Knogleskørhed (37 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster i følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt (51.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (44.000 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (37.000 personer)
- Depression (31.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (30.000 personer)

#### *Brug for hjælp til dagligdagens gøremål – antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.7 viser, at der er en meget stærk sammenhæng mellem behovet for hjælp i dagligdagen og antallet af kroniske sygdomme. Blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme har 3 % behov for hjælp, mens det er 15 % blandt personer med to til tre sygdomme og 34 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

#### **Ensomhed blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom**

Forskning i ensomhed viser, at ensomhed er en selvstændig faktor for dårlig trivsel og helbred, herunder øget risiko for depression og hjerte-kar-sygdomme samt kortere levetid (se kapitel 8). Ensomhed kan derfor have negative konsekvenser for helbredet hos personer med kroniske sygdomme.

Ensomhed er i *Hvordan har du det? 2021* opgjort på baggrund af *the 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. På baggrund af spørgsmålene dannes en score, der går fra 3 til 9 point. En score på 7-9 point klassificeres som ensomhed (se kapitel 8).

#### *Ensomhed – kroniske sygdomme*

Af figur 9.7 fremgår det, at 14 % af befolkningen i Region Midtjylland føler sig ensomme (omtrent 134.000 personer – ikke vist). Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, blandt følgende 13 sygdomsgrupper:

- Depression (39 %)
- Angst (36 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (22 %)
- Hjertekrampe (22 %)
- KOL (19 %)

- Astma (18 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (18 %)
- Allergi (17 %)
- Leddegigt (17 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (17 %)
- Tinnitus (16 %)
- Knogleskørhed (16 %)
- Diabetes (16 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel, der føler sig ensomme, blandt personer med forhøjet blodtryk (13 %).

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster af ensomhed i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (51.000 personer)
- Angst (42.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (37.000 personer)
- Allergi (36.000 personer)
- Slidgigt (29.000 personer)

#### *Ensomhed – antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.7 viser, at forekomsten af ensomhed går fra 8 % blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme til 15 % blandt personer med to til tre sygdomme og 24 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

#### **Symptomer på depression blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom**

Depression er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (36). Depression forringer ikke bare livskvaliteten, men øger også risikoen for en række somatiske sygdomme, herunder diabetes og hjerte-kar-sygdomme, og kortere levetid (se kapitel 8). For personer med kronisk sygdom er depression derfor både en alvorlig mental og social belastning og en risikofaktor for yderligere forværring af helbredet.

I *Hvordan har du det? 2021* er der som tidligere beskrevet medtaget et nyt spørgsmål, hvor svarpersonerne selv rapporterer, om de aktuelt har depression eller har eftervirkninger efter at have haft det tidligere.

Det er imidlertid velkendt i forskningslitteraturen, at der ofte opnås forskellige resultater ved at spørge folk direkte, om de har en depression, sammenlignet med at spørge folk til symptomer på at have en depression.



I *Hvordan har du det? 2021* afdækkes symptomer på depression med Major Depression Inventory (MDI i henhold til WHO's afgrænsning af diagnosen). MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 symptomer på depression inden for de seneste 2 uger. På baggrund heraf skelnes der mellem let, moderat og svær depression (se kapitel 8).

Symptomer på depression angiver andelen af personer, der har symptomer på let til svær depression inden for de seneste 2 uger.

#### *Symptomer på depression – kroniske sygdomme*

Af figur 9.7 fremgår det, at 8 % af regionens befolkning har symptomer på depression (omtrent 82.000 personer – ikke vist). Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med symptomer på depression blandt følgende 12 sygdomsgrupper:

- Depression (35 %)
- Angst (32 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (18 %)
- Hjertekrampe (17 %)
- Blodprop i hjertet (13 %)
- KOL (13 %)
- Astma (12 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (12 %)
- Allergi (11 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (11 %)
- Leddegigt (11 %)
- Tinnitus (10 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med symptomer på depression blandt personer med slidgigt (7 %) og personer med grå stær (6 %).

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster af symptomer på depression i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (47.000 personer)
- Angst (37.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (31.000 personer)
- Allergi (23.000 personer)
- Slidgigt (16.000 personer)

Som det kunne forventes, ses den største forekomst af symptomer på depression blandt personer, der selv

rapporterer, at de har depression eller eftervirkninger heraf. Som beskrevet i sektionens indledning er der imidlertid ikke et stort overlap mellem selvrapporteret depression og symptomer på depression. En del af forklaringen ligger i, at personer tilhørende sygdomsgruppen 'depression' både omfatter personer, der har angivet aktuelt at have depression, og personer, der har angivet at have haft det tidligere og stadig har eftervirkninger af det. I modsætning hertil dækker målingen af symptomer på depression som tidligere nævnt de seneste 14 dage, hvorfor tidshorisonterne for de to opgørelser er forskellige. Blandt de personer, der selv har rapporteret aktuelt at have depression, er det knap halvdelen (48 %), der har symptomer på depression. Derudover formodes det, at der i gruppen af personer med selvrapporteret depression indgår personer, der modtager behandling (terapeutisk og/eller medikamentelt), som bevirker, at de klinisk set ikke længere har symptomer på depression.

#### *Symptomer på depression – antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.7 viser yderligere, at der blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme er 3 % med symptomer på depression mod 10 % blandt personer med to til tre sygdomme og 19 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

#### **Dårlig søvnkvalitet blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom**

Der er stigende opmærksomhed om betydningen af søvn for både det fysiske og mentale helbred (se kapitel 13). Det er derfor relevant at undersøge søvnkvaliteten hos personer med kronisk sygdom. Dårlig søvnkvalitet omfatter vanskelighed ved at falde i søvn, urolig og afbrudt søvn, hyppige opvågninger i løbet af natten og for tidlig opvågning, samt at man ikke føler sig udhvilet (55, 56). Dårlig søvnkvalitet kan være en direkte følge af sygdom, men kan også have andre årsager.

Dårlig søvnkvalitet udgør sammen med kort og lang søvnlængde søvnproblemer, der er forbundet med udvikling af en række kroniske sygdomme, herunder type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, slagtilfælde, demens og Alzheimers, og de kan være en stærk prædiktør for langvarigt sygefravær blandt beskæftigede (se kapitel 13).

I *Hvordan har du det? 2021* er dårlig søvnkvalitet undersøgt ved brug af Region Midtjyllands søvnskala. Søvnskalaen omfatter 3 spørgsmål omkring svarpersonernes oplevede søvnkvalitet de seneste 4 uger. Spørgsmålene danner tilsammen en søvnscore, som går fra 0 til 100 point. Dårlig søvnkvalitet defineres som en score på 80 point eller derover (se kapitel 13).

#### *Dårlig søvnkvalitet – kroniske sygdomme*

Af figur 9.7 fremgår det, at 10 % af Region Midtjyllands befolkning har dårlig søvnkvalitet (omtrent 105.000 personer – ikke vist). Figuren viser endvidere, at andelen med dårlig søvnkvalitet er signifikant større hos samtlige sygdomsgrupper sammenlignet med befolkningen som helhed. Der er stor forskel i forekomsten af dårlig søvnkvalitet mellem de 18 kroniske sygdomme: fra 13 % blandt personer med allergi til 31 % blandt personer med hjertekrampe.

De fem største forekomster af dårlig søvnkvalitet findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjertekrampe (31 %)
- Depression (29 %)
- Angst (27 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (23 %)
- KOL (21 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster i følgende sygdomsgrupper:

- Migræne eller hyppig hovedpine (40.000 personer)
- Depression (39.000 personer)
- Slidgigt (37.000 personer)
- Angst (32.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (29.000 personer)

#### *Dårlig søvnkvalitet – antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.7 viser, at der er en tydelig sammenhæng mellem forekomsten af dårlig søvnkvalitet og antallet af kroniske sygdomme. Der er 3 % med dårlig søvnkvalitet blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme mod 12 % blandt personer med to til tre sygdomme og 27 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

#### **Tværgående sammenfatning af helbred blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom**

Samlet set fremgår det af figur 9.7, at der blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom er store forekomster af forringet helbred.

*De enkelte kroniske sygdomme.* Sammenlignet med hele befolkningen er der:

- Ti sygdomsgrupper, der har større andele af alle seks helbredsmål.
- Fire sygdomsgrupper (blodprop i hjertet, diabetes, knogleskørhed og allergi), der har større andele af fem ud af de seks helbredsmål. Hos de tre første sygdomsgrupper er undtagelsen ensomhed eller symptomer på depression. Hos personer med allergi er undtagelsen brug for hjælp i dagligdagen.
- Fire sygdomsgrupper (forhøjet blodtryk, kræft, slidgigt og grå stær), der har større andele af fire ud af de seks helbredsmål – undtagelserne er ensomhed og symptomer på depression.

Derudover fremgår det, at de fem største andele for de seks helbredsmål er koncentreret ved otte ud af de 18 sygdomsgrupper: tre af hjerte-kar-sygdommene (hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning eller blodprop i hjernen), KOL, knogleskørhed, de psykiske lidelser (angst og depression) samt migræne eller hyppig hovedpine. Dette falder godt i tråd med opgørelserne fra Global Burden of Disease af, hvilke sygdomme der i Danmark står for mange tabte sygdomsjusterede leveår (38).

Af figur 9.7 ses det, at særligt personer med hjertekrampe, hjerneblødning eller blodprop i hjernen, KOL og depression har store forekomster af forringet helbred på tværs af alle seks helbredsmål.

Ved målene for ensomhed, symptomer på depression og dårlig søvnkvalitet er der endvidere høje forekomster blandt personer med angst og migræne eller hyppig hovedpine.

Ved målene for dårligt selv vurderet helbred, nedsat arbejdsevne og brug for hjælp i dagligdagen er der generelt mange af sygdomsgrupperne, der har høje forekomster sammenlignet med regionens befolkning som helhed.

*Antallet af kroniske sygdomme.* Figur 9.7 viser, at andelen med forringet helbred stiger markant i takt med antallet af kroniske sygdomme for samtlige helbredsmål. De største stigninger ses ved nedsat arbejdsevne, dårligt selv vurderet helbred og brug for hjælp i dagligdagen.

► **Udvikling fra 2010 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2021 har der i regionens befolkning som helhed været en stigning i forekomsten af *dårligt selvvurderet helbred* fra 14 % til 16 %. Der ses en tilsvarende stigning blandt personer med allergi, mens der i modsætning hertil ses et markant fald blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen fra 53 % til 42 %. Der har endvidere været et signifikant fald blandt personer med leddegigt og knogleskørhed. Se [figur 9.19.S i bind 2](#). I befolkningen som helhed mellem 25 år og 66 år har der også været en stigning i forekomsten af *en del eller meget nedsat arbejdsevne* fra 15 % til 18 %. Ved ca. en tredjedel af sygdomsgrupperne er der ligeledes tegn på stigende forekomst, dog kun signifikant blandt personer med forhøjet blodtryk og personer med allergi. Se [figur 9.20.S i bind 2](#). Andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*, er uændret i perioden. Til gengæld har der været et signifikant fald blandt syv af de kroniske sygdomme. Faldet er særligt markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen (fra 58 % til 43 %), knogleskørhed, grå stær og leddegigt. Se [figur 9.21.S i bind 2](#). Andelen af befolkningen med *dårlig søvnkvalitet* er steget fra 7 % til 10 %. Der ses også en signifikant stigning blandt 10 ud af de 16 sygdomme, der er sammenlignelige i perioden. Se [figur 9.24.S i bind 2](#).

**Antallet af kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget blandt personer, der ikke har multisygdom, og faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.25.S i bind 2](#). Ligeledes er andelen af de 25-66-årige, der har *en del eller meget nedsat arbejdsevne*, steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.26.S i bind 2](#). Andelen med *brug for hjælp til dagligdagens gøremål* er faldet blandt alle på nær personer, der ikke har en kronisk sygdom. Det største fald ses blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.27.S i bind 2](#). Omvendt er andelen med *dårlig søvnkvalitet* steget blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.30.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2021 har der i befolkningen som helhed været en stigning i forekomsten af *dårligt selvvurderet helbred* fra 14 % til 16 %. Der ses en

signifikant stigning i samme størrelsesorden blandt personer med allergi og tinnitus, mens der ses et fald blandt personer med leddegigt og knogleskørhed. Se [figur 9.19.S i bind 2](#). I befolkningen som helhed mellem 25 år og 66 år har der været en lille stigning i forekomsten af *en del eller meget nedsat arbejdsevne*. Der har samtidig været en signifikant stigning blandt personer med allergi og et fald blandt personer med leddegigt. Se [figur 9.20.S i bind 2](#). Andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*, er uændret i perioden. Til gengæld har der været et signifikant fald blandt fem af de kroniske sygdomme. Faldet er særligt markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen, knogleskørhed og grå stær. Se [figur 9.21.S i bind 2](#). Andelen af befolkningen med *dårlig søvnkvalitet* er steget fra 8 % til 10 %. Der ses også en signifikant stigning blandt ni ud af de 17 sygdomme, der indgår i opgørelsen, med den mest markante stigning blandt personer med hjertekrampe. Se [figur 9.24.S i bind 2](#).

**Antallet af kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.25.S i bind 2](#). Ligeledes er andelen af 25-66-årige med *en del eller meget nedsat arbejdsevne* faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.26.S i bind 2](#). Også andelen med *brug for hjælp til dagligdagens gøremål* er faldet blandt personer med multisygdom. Det største fald ses blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.27.S i bind 2](#). Omvendt er andelen med *dårlig søvnkvalitet* steget blandt alle nær personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.30.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2017 til 2021 har der hverken i befolkningen som helhed eller blandt de 17 kroniske sygdomme været nogen signifikant udvikling i forekomsten af *dårligt selvvurderet helbred*. Se [figur 9.19.S i bind 2](#). Ligeledes har der ikke været nogen signifikant udvikling i hele befolkningen på 25-66 år eller blandt de 17 kroniske sygdomme i forekomsten af *en del eller meget nedsat arbejdsevne*. Den eneste undtagelse er et signifikant fald i andelen med nedsat arbejdsevne blandt personer med diskusprolaps eller andre ryg-sygdomme. Se [figur 9.20.S i bind 2](#). Der har været et lille fald i andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*. Der

har samtidig været et signifikant fald blandt fem af de kroniske sygdomme, mest markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Se [figur 9.21.S i bind 2](#). Der har i perioden været en stigning i andelen af befolkningen, der føler sig *ensomme*, fra 8 % til 14 %. Der ses en større andel blandt alle 17 sygdomme, om end stigningen ikke er signifikant ved to af sygdommene. De to største stigninger ses blandt personer med psykiske lidelser og personer med hjertekrampe. Se [figur 9.22.S i bind 2](#). Der har ligeledes været en stigning i andelen af befolkningen med *symptomer på depression* fra 6 % til 8 %. Der ses også en signifikant stigning blandt seks ud af de 17 sygdomme med den største stigning blandt personer med psykiske lidelser. Se [figur 9.23.S i bind 2](#). Der har i perioden været en lille stigning i andelen af befolkningen med *dårlig søvnkvalitet* fra 9 % til 10 %. Der har ligeledes været en signifikant stigning blandt fire af de 17 sygdomme. Se [figur 9.24.S i bind 2](#).

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.25.S i bind 2](#). Samtidig er andelen af personer på 25-66 år med *en del eller meget nedsat arbejdsevne* samt andelen af personer på 25 år og derover, der har *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*, faldet blandt personer med multisygdom. I begge tilfælde ses det største fald blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se [figur 9.26.S](#) og [figur 9.27.S i bind 2](#). Modsat er andelen af personer, der føler sig *ensomme*, steget uanset antallet af kroniske sygdomme, se [figur 9.28.S i bind 2](#), mens andelen med *symptomer på depression* er steget blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme, se [figur 9.29.S i bind 2](#). Andelen med *dårlig søvnkvalitet* er steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se [figur 9.30.S i bind 2](#). ◀

Samlet set indikerer opgørelserne af udviklingen i de seks helbredsmål, at det er de mest sygdomsbelastede personer, opgjort ud fra antallet af kroniske sygdomme, der har haft den bedste helbredsmæssige udvikling med: fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred, (største) fald i andelen med nedsat arbejdsevne, (største) fald i andelen med brug for hjælp i dagligdagen samt uændret andel med symptomer på depression og dårlig søvnkvalitet (mod stigning blandt de øvrige personer).



## SEKTION 4: BEHANDLINGSBYRDE OG SUNDHEDSKOMPETENCE

Personer med kronisk sygdom er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet (7, 57). 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 (58, 59).

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 patienter med kronisk sygdom 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* eller *treatment burden*). Hos nogle personer er behandlingen enkel og let forståelig og muligvis nem at indpasse i hverdagen. Hos andre personer er der tale om komplekse sygdomskombinationer – muligvis endda med modstridende behandlingsbehov – og komplekse forløb. Kronisk sygdom, og i særdeleshed multisygdom, kan være forbundet med en betydelig behandlingsbyrde for patienten (7, 10, 12). Behandlingsbyrden omfatter den tid og de ressourcer, patienten bruger på at følge sine behandlingsforløb. Det kan dreje sig om koordinering af aftaler, konsultationer, transport til og fra konsultationer og egenomsorgsopgaver, herunder medicinering, hjemmemonitorering, gennemførelse af livsstilsændringer mv. (11, 12).

Desværre oplever mange patienter med kronisk sygdom et opsplittet og usammenhængende behandlingsforløb, særligt når der er tale om behandling af flere forskellige sygdomme (7, 10). Det øger behandlingsbyrden. Årsager hertil er blandt andet et højt specialiseret hospitalsvæsen med mangelfuld koordi-

nering på tværs af faglige specialer og sektorer (7, 10).

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 (60).

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 (61). 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? 2021* indeholder oplysninger om borgere i behandling og deres oplevede behand-

lingsbyrde. Det er derfor muligt at undersøge, om der f.eks. er grupper i befolkningen, som i særlig grad oplever en stor behandlingsbyrde.












































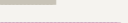












Et andet vigtigt aspekt ved at have kronisk sygdom og være i hyppig kontakt med sundhedsvæsenet er behovet for at kunne læse information på medicin-pakninger, at kunne spørge sundhedspersonalet til råds og bruge den information, man får, på en hensigtsmæssig måde. Problemer hermed kan ligeledes føre til, at patienten ikke får det optimale udbytte af behandlingen.


*Hvordan har du det? 2021* indeholder oplysninger om borgernes sundhedskompetence, defineret som den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed (62, 63). 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 opgøres omfanget af behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence blandt Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover i forhold til køn, alder, sociale forhold, kronisk sygdom og multisygdom samt geografi. Målene til opgørelse af behandlingsbyrde og sundhedskompetence introduceres under det enkelte emne.


**Figur 9.8**

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

	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
<b>Alle</b>	20 	13 	80.000	55.000
<b>Køn</b>				
Mand	19 	13 	36.000	25.000
Kvinde	20 	14 	44.000	30.000
<b>Alder</b>				
25-34 år	28 	24 	11.000	9.500
35-44 år	25 	21 	11.000	8.800
45-54 år	22 	16 	15.000	11.000
55-64 år	21 	13 	18.000	11.000
65-74 år	14 	7 	13.000	6.300
75+ år	15 	10 	12.000	8.500
<b>Uddannelsesnivea</b>				
Lavt (0-10 år)	20 	19 	16.000	15.000
Middel (11-14 år)	18 	12 	37.000	25.000
Højt (15+ år)	21 	10 	23.000	11.000
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Studerende/skoleelever	31 	22 	1.900	1.300
Beskæftigede	20 	11 	34.000	18.000
Arbejdsløse	26 	16 	2.400	1.500
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	26 	34 	5.800	7.600
Førtidspensionister	28 	32 	10.000	12.000
Efterlønsmodtagere	12 	5 	800	300
Folkepensionister	15 	9 	23.000	14.000
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk	19 	12 	72.000	46.000
Anden vestlig	22 	16 	3.200	2.300
Ikke-vestlig	25 	32 	4.700	6.100
<b>Bolig</b>				
Ejer	18 	10 	46.000	25.000
Lejer	23 	21 	31.000	27.000
<b>Bor med ægtefælle/samlever</b>				
Nej	22 	17 	29.000	23.000
Ja	18 	11 	48.000	30.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>				
Nej	19 	12 	58.000	39.000
Ja	24 	17 	15.000	11.000

 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



## Behandlingsbyrde

Behandlingsbyrde er som nævnt ovenfor en subjektiv oplevelse af, hvordan hverdagen er påvirket af at være i behandling for sin sygdom. I *Hvordan har du det? 2021* har vi spurgt om behandlingsbyrde hos personer på 25 år og derover, der aktuelt er i behandling.

### Personer i behandling

Hvorvidt en person er i behandling, er belyst ved spørgsmålet: "Får du behandling eller medicin for en eller flere sygdomme, eller går du til genoptræning eller regelmæssig kontrol?" med svarmulighederne 1) Ja og 2) Nej. Spørgsmålet er kun stillet til personer på 25 år og derover. De personer, der har svaret ja til spørgsmålet, betegnes i det følgende som værende i behandling, og det er dem, der er blevet bedt om at svare på spørgsmålene vedrørende behandlingsbyrde.

På tidspunktet for *Hvordan har du det?*-undersøgelsen 2021 var det knap halvdelen (47 %) af befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland, der var i behandling. Det svarer til omtrent 412.000 personer. Andelen af befolkningen i behandling er dermed den samme som ved *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2017.

### Behandlingsbyrde blandt personer i behandling

Oplevelsen af behandlingsbyrde er i *Hvordan har du det? 2021* undersøgt ved brug af den dansk-validerede udgave af *the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire* (MTBQ) (64).

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. 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)
- Få klar og opdateret besked om sin helbredstilstand

- Gennemføre tilrådede livsstilsændringer
- Være afhængig af hjælp fra familie og venner

Svarmulighederne på spørgsmålene er 1) Ikke besværligt, 2) Lidt besværligt, 3) Ret besværligt, 4) Meget besværligt, 5) Ekstremt besværligt og 6) 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? 2021*.

Med udgangspunkt i det engelske og det danske valideringsstudie af MTBQ (64, 65) laves der en gruppering af scoren i fire grupper: 1) Ingen behandlingsbyrde (score på 0), 2) Lav behandlingsbyrde (score større end 0 og mindre end 10), 3) Moderat behandlingsbyrde (score på 10 til knap 22) og 4) Høj behandlingsbyrde (score på 22 og derover).

I de følgende analyser fokuseres der på personer med moderat og høj behandlingsbyrde.

Spørgsmål om behandlingsbyrde blev første gang anvendt i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2017, hvorfor udviklingen i behandlingsbyrde kun opgøres for perioden fra 2017 til 2021.

## Behandlingsbyrde – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.8 fremgår andelen af Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover i behandling, der oplever moderat behandlingsbyrde og høj behandlingsbyrde. Det ses, at 20 % oplever en moderat behandlingsbyrde (svarende til 80.000 personer), mens 13 % oplever en høj behandlingsbyrde (svarende til 55.000 personer).

Derudover er der 31 %, der oplever en lav byrde (svarende til 126.000 personer), og 36 %, der ikke oplever nogen byrde (svarende til 146.000 personer) (ikke vist). Det er således to ud af tre borgere (64 %) på 25 år og derover i behandling, der oplever en behandlingsbyrde i større eller mindre grad.

Det fremgår af figur 9.8, at sammenlignet med hele befolkningen 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 25-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, 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

Det ses endvidere af figur 9.8, at sammenlignet med hele befolkningen 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 kønsforskelle i andelen, der oplever moderat eller høj behandlingsbyrde.

**Alder.** Forekomsten af både moderat og høj behandlingsbyrde falder betragteligt med alderen bortset fra den ældste aldersgruppe. De største andele med *moderat behandlingsbyrde* ses blandt de 25-54-årige, mens de mindste andele ses hos personer på 65 år og derover. Ligeledes ses de største andele med *høj behandlingsbyrde* blandt de 25-54-årige, mens de mindste andele igen ses hos personer på 65 år og derover.

**Uddannelsesniveau.** Der er en meget forskellig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og henholdsvis moderat og høj behandlingsbyrde. Andelen med *moderat behandlingsbyrde* er størst blandt personer med højt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Andelen med *høj behandlingsbyrde* er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

**Erhvervstilknytning.** Der ses en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen, der oplever en behandlingsbyrde. De største andele med *moderat behandlingsbyrde* findes blandt studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, mens de mindste andele findes blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister. De største andele med *høj behandlingsbyrde* er blandt studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele er blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Samlet set er det over halvdelen af studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, som er i behandling, der oplever en moderat eller høj behandlingsbyrde.

**Etnisk baggrund.** Både ved *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er andelen størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund. Særligt ved *høj behandlingsbyrde* er forskellen mellem grupperne stor. Blandt personer med ikke-vestlig baggrund, der er i behandling, oplever mere end halvdelen en moderat eller høj behandlingsbyrde.

**Bolig.** Både andelen med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er større blandt personer, der bor i lejebolig, end blandt personer, der bor i ejerbolig. Forskellen mellem grupperne er særligt stor ved *høj behandlingsbyrde*.

**Bor med ægtefælle/samlever.** Både andelen med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er større blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

























































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


► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning blandt hele befolkningen i forekomsten af *moderat behandlingsbyrde* fra 18 % til 20 %. Der ses generelt en tendens i retning af stigende forekomst blandt alle grupper, om end stigningen kun er signifikant for kvinder, personer på 65 til 74 år og personer med lavt uddannelsesniveau. Se [figur 9.31.S i bind 2](#). Andelen af befolkningen som helhed med *høj behandlingsbyrde* er uændret i perioden, men der ses en signifikant stigning blandt de 55-64-årige og blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Se [figur 9.32.S i bind 2](#). Den samlede andel i befolkningen med moderat til høj behandlingsbyrde er således steget fra 31 % til 33 %, mens der også ses signifikante stigninger blandt kvinder, de 25-34-årige og 55-74-årige og personer med lavt uddannelsesniveau. Se beskrivelse til [figur 9.32.S i bind 2](#). ◀


**Figur 9.9**

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

	Svært ved at læse og forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale	Svært ved at læse og forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale
	Pct.	Pct.	Personer	Personer
<b>Alle</b>	4 	7 	36.000	63.000
<b>Køn</b>				
Mand	4 	6 	18.000	26.000
Kvinde	4 	9 	18.000	37.000
<b>Alder</b>				
25-34 år	4 	10 	5.600	15.000
35-44 år	4 	8 	5.500	12.000
45-54 år	4 	8 	5.900	12.000
55-64 år	4 	7 	6.100	10.000
65-74 år	4 	5 	5.000	7.000
75+ år	7 	7 	7.900	7.100
<b>Uddannelsesniveau</b>				
Lavt (0-10 år)	12 	13 	15.000	16.000
Middel (11-14 år)	4 	7 	15.000	29.000
Højt (15+ år)	1 	6 	3.800	16.000
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Studerende/skoleelever	3 	12 	800	2.800
Beskæftigede	3 	6 	13.000	30.000
Arbejdsløse	3 	10 	800	2.200
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	8 	17 	3.200	6.300
Førtidspensionister	13 	18 	6.100	8.200
Efterlønsmodtagere	3 	5 	400	600
Folkepensionister	6 	6 	12.000	12.000
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk	4 	7 	29.000	53.000
Anden vestlig	5 	13 	2.000	4.900
Ikke-vestlig	10 	11 	4.900	5.100
<b>Bolig</b>				
Ejer	3 	6 	17.000	34.000
Lejer	7 	11 	18.000	28.000
<b>Bor med ægtefælle/samlever</b>				
Nej	6 	10 	15.000	25.000
Ja	3 	6 	20.000	37.000
<b>Børn i hjemmet 0-15 år</b>				
Nej	4 	8 	26.000	44.000
Ja	3 	7 	6.500	15.000

 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

## 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 (62, 63).

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 (62).

Tidligere studier har vist, at personer med et lavt niveau af sundhedskompetence oftere har mere risikable sundhedsvaner (66, 67), har en eller flere kroniske sygdomme (68), har et uheldsmæssigt lavt forbrug af forebyggende sundhedstilbud og et uheldsmæssigt højt forbrug af akutte behandlingstilbud (69) samt dør tidligere (70) end personer, der har et højt niveau af sundhedskompetence.

Ved at opnå en nuanceret viden om patientgrupperes 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 (71). Det er derfor væsentligt at identificere, hvad der kendetegner de patienter, der har begrænsede sundhedskompetencer.

Sundhedskompetencer beskrives i *Hvordan har du det?* med det validerede mål *the Health Literacy Questionnaire* (HLQ). HLQ består af ni skalaer (44 spørgsmål), der belyser forskellige dimensioner af sundhedskompetencer (72). I samarbejde med Dr Richard H Osborne og den australske forskergruppe, der har udviklet HLQ, er der blevet udvalgt to skala-

er 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 medicinpakker, 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 1) Meget svært, 2) Svært, 3) Let og 4) 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 befolkningen 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*.

Spørgsmål om sundhedskompetence blev første gang anvendt i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2013, hvorfor udviklingen i lav sundhedskompetence ikke opgøres for perioden fra 2010 til 2021.

## Lav sundhedskompetence – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.9 fremgår andelen af Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover, der har lav sundhedskompetence. Der er 4 %, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed (svarende til 36.000 personer), og 7 % har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale (svarende til 63.000 personer).

Af figur 9.9 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 læse og forstå information om sundhed, blandt følgende grupper:

- Personer på 75 år og 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 9.9 viser yderligere, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk og 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 det at have svært ved at læse og 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 læse og forstå information om sundhed, er størst blandt personer på 75 år og derover og mindst blandt de 45-54-årige. Omvendt er den største andel af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt de 25-44-årige, og den mindste andel er blandt de 55-74-årige.

**Uddannelsesniveau.** Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhedskompetence. Både andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, og andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er markant større blandt personer med lavt uddannelsesniveau end blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

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

**Etnisk baggrund.** Den største andel, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, findes blandt personer med ikke-vestlig baggrund, mens den mindste andel er blandt personer med dansk baggrund. De største andele, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund. Den mindste andel er blandt personer med dansk baggrund.

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

**Bor med ægtefælle/samlever.** En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har svært ved at læse og forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

**Børn i hjemmet.** En større andel blandt personer uden børn i hjemmet har svært ved at læse og 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 læse og 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 multisygdom. 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.





























































































► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der ikke været nogen udvikling i andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed. Der har været en lille signifikant stigning blandt de 35-44-årige og personer med middelhøjt uddannelsesniveau, mens der ses et fald blandt personer på 75 år og derover. Se figur 9.33.S i bind 2. Der har i samme periode været en ganske lille stigning i andelen af befolkningen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale. Stigningen skyldes især en øget forekomst blandt de 25-44-årige. Se figur 9.34.S i bind 2. ◀


► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen udvikling i andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed. Kun blandt personer på 75 år og derover ses der et signifikant fald. Se figur 9.33.S i bind 2. Der har ligeledes ikke været nogen udvikling i andelen af befolkningen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale. Kun blandt personer med højt uddannelsesni-


veau ses der en signifikant stigning. Se figur 9.34.S i bind 2. ◀

**Figur 9.10**

Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence (25 år og derover) – kroniske sygdomme og multisygdom

	Behandlingsbyrde*		Sundhedskompetence	
	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Svært ved at læse og forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
<b>Hele befolkningen</b>	20 	13 	4 	7 
<b>Kroniske sygdomme</b>				
<b>Hjerte-kar</b>				
Forhøjet blodtryk	20 	14 	6 	8 
Hjertekrampe	24 	27 	12 	15 
Blodprop i hjertet	26 	25 	15 	13 
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	24 	25 	17 	16 
<b>Diabetes</b>	26 	21 	9 	11 
<b>Kræft</b>	23 	15 	6 	8 
<b>Luftveje</b>				
KOL	21 	20 	7 	13 
Astma	24 	17 	6 	10 
<b>Allergi</b>	23 	17 	4 	8 
<b>Muskel-skelet</b>				
Slidgigt	21 	15 	6 	8 
Leddegigt	23 	20 	8 	12 
Knogleskørhed	19 	16 	7 	10 
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	24 	19 	6 	11 
<b>Psykiske lidelser</b>				
Angst	30 	34 	10 	19 
Depression	31 	33 	11 	21 
<b>Nervesystem og sanseorganer</b>				
Migræne, hyppig hovedpine	25 	24 	7 	14 
Tinnitus	19 	16 	5 	9 
Grå stær	19 	15 	8 	9 
<b>Antallet af kroniske sygdomme</b>				
Ingen af de 18 sygdomme	11 	6 	2 	4 
En sygdom	14 	6 	3 	6 
To-tre sygdomme	20 	11 	5 	9 
Fire+ sygdomme	26 	24 	9 	14 

 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)



## Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence – kronisk sygdom og multisygdom

I figur 9.10 belyses forekomsten af moderat og høj behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence for hver enkelt af de 18 kroniske sygdomme og i forhold til antallet af kroniske sygdomme. I det følgende beskrives opgørelserne af de fire mål enkeltvis efterfulgt af en tværgående sammenfatning, og der afsluttes med en kort beskrivelse af udviklingen i målene på tværs af sygdomsgrupperne.

### Moderat behandlingsbyrde blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

#### *De enkelte kroniske sygdomme*

Figuren viser, at sammenlignet med hele befolkningen i Region Midtjylland på 25 år og derover i behandling er der en signifikant større andel, der oplever en moderat behandlingsbyrde, blandt følgende 13 sygdomsgrupper:

- Depression (31 %)
- Angst (30 %)
- Blodprop i hjertet (26 %)
- Diabetes (26 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (25 %)
- Hjertekrampe (24 %)
- Astma (24 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (24 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (24 %)
- Allergi (23 %)
- Leddegigt (23 %)
- Kræft (23 %)
- Slidgigt (21 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.10) ses de fem største forekomster af moderat behandlingsbyrde i følgende sygdomsgrupper:

- Forhøjet blodtryk (32.000 personer)
- Slidgigt (30.000 personer)
- Depression (23.000 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (23.000 personer)
- Allergi (21.000 personer)

#### *Antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.10 viser endvidere, at forekomsten af moderat behandlingsbyrde stiger med antallet af kroniske sygdomme fra 11 % blandt personer uden nogen af sygdommene til 26 % blandt personer med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme.

### Høj behandlingsbyrde blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

#### *De enkelte kroniske sygdomme*

Det fremgår af figur 9.10, at der er en signifikant større andel blandt 15 ud af de 18 sygdomsgrupper (undtagelserne er kræft, grå stær og forhøjet blodtryk), som oplever en høj behandlingsbyrde, sammenlignet med hele befolkningen i Region Midtjylland på 25 år og derover i behandling. Blandt de 15 sygdomsgrupper går andelen med høj behandlingsbyrde fra 15 % blandt personer med slidgigt til 34 % blandt personer med angst.

De fem største forekomster af høj behandlingsbyrde findes i følgende sygdomsgrupper:

- Angst (34 %)
- Depression (33 %)
- Hjertekrampe (27 %)
- Blodprop i hjertet (25 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (25 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.10) ses de fem største forekomster af høj behandlingsbyrde i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (24.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (22.000 personer)
- Slidgigt (22.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (19.000 personer)
- Angst (19.000 personer)

#### *Antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.10 viser, at der er en markant større andel med høj behandlingsbyrde blandt personer med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme end i befolkningen generelt.

### Moderat og høj behandlingsbyrde samlet blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

#### *De enkelte kroniske sygdomme*

Samlet set er det hver tredje af regionens borgere (33 %) på 25 år og derover, der er i behandling, som oplever moderat til høj behandlingsbyrde. Sammenlignet med befolkningen som helhed er der en signifikant større andel, der oplever moderat til høj behandlingsbyrde, ved 16 ud af de 18 kroniske sygdomme (undtagelserne er knogleskørhed og grå stær) (ikke vist). Blandt de 16 sygdomme går andelen fra 34 % hos personer med forhøjet blodtryk til 64 % hos personer med angst.

De fem (seks) største forekomster af moderat til høj behandlingsbyrde findes i følgende sygdomsgrupper:

- Angst (64 %)
- Depression (63 %)
- Hjertekrampe (51 %)
- Blodprop i hjertet (51 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen og migræne eller hyppig hovedpine (49 %)

Blandt disse grupper ses der en markant større forekomst af moderat til høj behandlingsbyrde sammenlignet med befolkningen som helhed.

#### *Antallet af kroniske sygdomme*

Den største forekomst af behandlingsbyrde findes blandt borgere med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme, hvor halvdelen (50 %) oplever moderat til høj behandlingsbyrde.

#### [Svært ved at læse og forstå information om sundhed blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom](#)

##### *De enkelte kroniske sygdomme*

Af figur 9.10 fremgår det, at der er en signifikant større andel blandt alle sygdomsgrupperne på nær allergi, som har svært ved at læse og forstå information om sundhed, sammenlignet med hele befolkningen i Region Midtjylland på 25 år og derover. Blandt de 17 sygdomsgrupper, hvor andelen er større end i befolkningen, varierer andelen fra 5 % blandt personer med tinnitus til 17 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

De fem største forekomster af personer, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (17 %)
- Blodprop i hjertet (15 %)
- Hjertekrampe (12 %)
- Depression (11 %)
- Angst (10 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.10) ses de fem største forekomster af personer, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, i følgende sygdomsgrupper:

- Forhøjet blodtryk (12.000 personer)
- Slidgigt (12.000 personer)

- Depression (11.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (9.900 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (8.600 personer)

#### *Antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.10 viser, at forekomsten med svært ved at læse og forstå information om sundhed stiger med antallet af kroniske sygdomme fra 2 % blandt personer uden nogen af sygdommene til 9 % blandt personer med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme.

#### [Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom](#)

##### *De enkelte kroniske sygdomme*

Af figur 9.10 fremgår det, at der er en signifikant større andel blandt alle sygdomsgrupperne på nær kræft, som har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, sammenlignet med hele befolkningen i Region Midtjylland på 25 år og derover. Blandt de 17 sygdomsgrupper, hvor andelen er større end i befolkningen, går andelen fra 8 % blandt personer med slidgigt til 21 % blandt personer med depression.

De fem største forekomster af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, findes i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (21 %)
- Angst (19 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (16 %)
- Hjertekrampe (15 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (14 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.10) ses de fem største forekomster af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (22.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (20.000 personer)
- Angst (17.000 personer)
- Slidgigt (17.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (16.000 personer)

#### *Antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.10 viser, at forekomsten med svært ved at kommunikere med sundhedspersonale stiger med antallet af kroniske sygdomme fra 4 % blandt personer uden nogen af sygdommene til 14 % blandt

personer med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme.

#### Tværgående sammenfatning af behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Opgørelserne i figur 9.10, beskrevet ovenfor, tegner et billede af, at det er bestemte sygdomsgrupper, der er i særlig risiko for både at opleve moderat til høj behandlingsbyrde samt at have lav sundhedskompetence. Det drejer sig om personer med angst og depression og personer med hjerte-kar-sygdomme hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Derudover ses også personer med migræne eller hyppig hovedpine som en af grupperne, der gennemgående har store andele af de fire mål sammenlignet med befolkningen generelt.

► **Udvikling fra 2013 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af personer på 25 år og derover, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, blandt personer med blodprop i hjertet (fra 8 % til 15 %), mens der har været et fald blandt personer med KOL og grå stær. Se figur 9.37.S i bind 2. Der har i perioden været to signifikante udviklinger i andelen af personer på 25 år og derover, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale: en markant stigning blandt personer med blodprop i hjertet (fra 8 % til 13 %) og et lille fald blandt personer med slidgigt. Se figur 9.38.S i bind 2.

**Antallet af kroniske sygdomme.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, og i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Se figur 9.41.S og figur 9.42.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021. Kroniske sygdomme.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en udvikling i retning af en større andel af personer på 25 år og derover i behandling med moderat behandlingsbyrde blandt adskillige af de 17 sygdomme. Stigningen er dog kun signifikant blandt fire af sygdommene. Den største stigning er blandt personer med kræft (fra 17 % til 23 %). Se figur 9.35.S i bind 2. Andelen med høj behandlingsbyrde er steget blandt personer med forhøjet blodtryk. Ved flere andre sygdomme har der

været en udvikling i retning af en faldende forekomst, men ingen af ændringerne blandt de øvrige sygdomme er signifikante. Se figur 9.36.S i bind 2. Der har været et signifikant fald i andelen af personer på 25 år og derover, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, blandt fem ud af de 17 sygdomme. De to største fald ses blandt personer med knogleskørhed og KOL. Se figur 9.37.S i bind 2. Derimod har der ikke været nogen signifikant udvikling i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, på tværs af sygdomsgrupperne. Se figur 9.38.S i bind 2.

**Antallet af kroniske sygdomme.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med moderat behandlingsbyrde blandt personer med to til tre kroniske sygdomme. Se figur 9.39.S i bind 2. Der ses ingen signifikant udvikling i andelen med høj behandlingsbyrde i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Se figur 9.40.S i bind 2. Der har i perioden været et signifikant fald i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, og i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Se figur 9.41.S og figur 9.42.S i bind 2. ◀

Samlet set peger ovenstående resultater på, at forekomsten af både behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence har været ganske stabil på tværs af årene i forhold til antallet af kroniske sygdomme. De eneste signifikante ændringer er en stigning i moderat behandlingsbyrde blandt personer med to til tre kroniske sygdomme og et fald i begge aspekter af lav sundhedskompetence blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

**Figur 9.11**

Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence (25 år og derover) – kommuner

	Behandlingsbyrde*		Sundhedskompetence	
	Moderat behandlingsbyrde	Høj behandlingsbyrde	Svært ved at læse og forstå information om sundhed	Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Favrskov	18	13	4	7
Hedensted	21	15	5	8
Herning	20	15	3	7
Holstebro	23	11	5	6
Horsens	20	16	5	9
Ikast-Brande	20	14	5	8
Lemvig	22	10	6	9
Norddjurs	20	14	5	8
Odder	16	12	4	6
Randers	18	13	5	8
Ringkøbing-Skjern	17	12	3	7
Samsø	18	9	5	7
Silkeborg	19	14	4	7
Skanderborg	20	12	4	8
Skive	19	12	4	6
Struer	18	15	5	7
Syddjurs	18	14	5	6
Viborg	18	13	4	8
Aarhus	21	13	4	8
Region Midtjylland	20	13	4	7

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)

## Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence – kommuner

I figur 9.11 belyses forekomsten af moderat og høj behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence for hver af de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Det fremgår af figuren, at der generelt er lille variation på tværs af kommunerne for alle fire mål.

Sammenlignet med hele Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant mindre andel med *moderat behandlingsbyrde* i Odder Kommune (16 %), mens der er en signifikant mindre andel med *høj behandlingsbyrde* i Lemvig Kommune (10 %) og Samsø Kommune (9 %).

Sammenlignet med hele Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover er der en signifikant større andel, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, i Lemvig Kommune (6 %), mens der ikke ses nogen signifikante forskelle mellem kommunerne i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*.

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der ikke været nogen signifikant udvikling på kommuneniveau i andelen, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*. Se [figur 9.45.S i bind 2](#). Der har været en enkelt signifikant stigning i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, i Aarhus Kommune. Se [figur 9.46.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en udvikling i retning af en større andel med *moderat behandlingsbyrde* blandt hovedparten af kommunerne. De to største stigninger, som også er de eneste signifikante, er i Holstebro og Lemvig Kommune. Se [figur 9.43.S i bind 2](#). Der har kun været én signifikant udvikling i andelen med *høj behandlingsbyrde*, som er et fald i Ringkøbing-Skjern Kommune. Se [figur 9.44.S i bind 2](#). Samtidig har der været et signifikant fald i andelen, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, i Herning og Viborg Kommune, se [figur 9.45.S i bind 2](#), mens der ikke ses nogen signifikant udvikling på kommuneniveau i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*. Se [figur 9.46.S i bind 2](#). ◀

## Sammenfatning

**Forekomsten af kroniske sygdomme.** I perioden fra 2010 til 2021 har der generelt været en stigning i forekomsten af kronisk sygdom i Region Midtjylland. Kun forekomsten af blodprop i hjertet er uændret i perioden. Derudover har der ikke været nogen stigning i forekomsten af hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller diabetes siden 2017.

De tre hyppigst forekommende kroniske sygdomme i 2021 er allergi, slidgigt og forhøjet blodtryk, som hver især optræder hos omtrent hver femte borger. Yderligere fem sygdomme optræder hos 12 % til 17 % af befolkningen (migræne/hyppig hovedpine, tinnitus, diskusprolaps/andre rygsygdomme, depression og angst), mens seks sygdomme optræder hos 5 % til 8 % af befolkningen (astma, leddegigt, diabetes, KOL, grå stær og knogleskørhed). De sidste fire sygdomme, der har den laveste forekomst i befolkningen, er kræft (4 %), hjertekrampe og hjerneblødning/blodprop i hjernen (2 %) og blodprop i hjertet (1 %).

Fra 2010 til 2021 har der været en øget forekomst af fire eller flere kroniske sygdomme i alle 19 kommuner i regionen. Fra 2017 til 2021 har der været en øget forekomst af én eller flere kroniske sygdomme i alle kommuner på nær Holstebro, Odder og Ringkøbing-Skjern. Kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst siden 2017 er Norddjurs, Randers, Skanderborg, Skive og Struer.

Status i 2021 er, at mange kommuner har en sygdomsprofil, der overordnet set ligner sygdomsprofilen i hele regionen. Den mindste sygdomsforekomst, sammenlignet med regionen som helhed, ses i Aarhus Kommune (mindre forekomst af 13 ud af de 18 sygdomme), mens den største sygdomsforekomst ses i Norddjurs, Randers, Samsø, Skive og Struer Kommune (større forekomst af mindst seks sygdomme).

Særligt slidgigt, knogleskørhed, angst og migræne/hyppig hovedpine optræder oftere hos kvinder end mænd. For hovedparten af de kroniske sygdomme øges forekomsten betydeligt med alderen. Undtagelserne er allergi, angst, depression og migræne/hyppig hovedpine (faldende forekomst med alderen) samt astma (ens på tværs af aldersgrupper). Derudover er der en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og kronisk sygdom: Ved 16 ud af de 18 sygdomme ses den største

forekomst hos personer med et lavt uddannelsesniveau og den mindste forekomst hos personer med et højt uddannelsesniveau. Undtagelserne er allergi (stiger med uddannelsesniveaue) og migræne/hyppig hovedpine (ens på tværs af uddannelsesniveau). De største sygdomsforekomster ses blandt førtidspensionister og folkepensionister, og de mindste sygdomsforekomster ses blandt beskæftigede og studerende/skoleelever. Dog har sidstnævnte gruppe en større forekomst af allergi, angst, depression og migræne/hyppig hovedpine sammenlignet med hele befolkningen.

**Sundhedsvaner og overvægt hos borgere med kronisk sygdom.** Trods et betydeligt fald siden 2010 i andelen af dagligrygere blandt alle sygdomsgrupper er der i 2021 en større andel af dagligrygere hos 12 ud af de 18 sygdomsgrupper sammenlignet med 13 % i hele befolkningen – mest markant blandt personer med KOL, hvor 36 % er dagligrygere.

Siden 2010 har der ligeledes været et betydeligt fald i andelen, der drikker mindst 10 genstande om ugen, hos alle sygdomsgrupper på nær personer med blodprop i hjertet. Udviklingen synes dog at være stagneret siden sidste undersøgelse i 2017 (i nogle tilfælde siden 2013), og i 2021 har syv sygdomsgrupper en større andel end i befolkningen som helhed – igen mest markant blandt personer med KOL (26 % mod 15 % i hele befolkningen).

Siden 2010 har der været et betydeligt fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen. Det er til gengæld det eneste signifikante fald i perioden, mens der ses betydelige stigninger blandt flere af sygdommene – særligt personer med blodprop i hjertet, hvor andelen er steget fra 29 % (27 % i 2017) til 39 % i 2021. Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen er der i 2021 en større andel af fysisk inaktive blandt alle sygdomsgrupper på nær allergi og tinnitus. De største andele ses blandt personer med blodprop i hjertet (39 %), hjertekrampe (35 %) og KOL (32 %).

Andelen med et usundt kostmønster er siden 2010 steget hos hovedparten af sygdomsgrupperne – mest udtalt blandt personer med diabetes (fra 11 % i 2010 til 20 % i 2021). Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen i 2021 ses der særligt en stor andel blandt personer med KOL (27 %) og personer med angst (25 %) og depression (26 %).

Siden 2010 er andelen med svær overvægt steget betragteligt hos næsten alle sygdomsgrupper. Ved flere af sygdomsgrupperne er en betydelig del af stigningen sket siden 2017 med den største stigning blandt personer med blodprop i hjertet (fra 22 % i 2017 til 32 % i 2021). Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen er der i 2021 en større andel med svær overvægt blandt hovedparten af sygdomsgrupperne – størst blandt personer med diabetes (41 %), forhøjet blodtryk (33 %) og blodprop i hjertet (32 %).

Andelen af personer, der har to til fem af ovenstående risikable sundhedsvaner på samme tid, er siden 2010 steget blandt personer med forhøjet blodtryk, diabetes og mest betydeligt blandt personer med blodprop i hjertet (fra 28 % i 2013/2017 til 36 % i 2021). Sammenlignet med hele befolkningen i 2021 er der en større andel med flere risikable sundhedsvaner i alle sygdomsgrupperne på nær kræft, allergi og grå stær. Den største andel ses blandt personer med KOL.

Alt i alt viser resultaterne, at der er en stor opgave med at få løftet den patientrettede forebyggelse, og at der er behov for forebyggelsestilbud til patienter, der har flere samtidige risikable sundhedsvaner. Særligt personer med KOL er en meget udsat gruppe med store forekomster af risikable sundhedsvaner. Samtidig ses der markante stigninger særligt blandt personer med blodprop i hjertet.

**Fysisk og mentalt helbred hos borgere med kronisk sygdom.** Analyserne af seks helbredsmål (dårligt selvvurderet helbred, en del eller meget nedsat arbejdsevne, brug for hjælp til dagligdagens gøremål, ensomhed, symptomer på depression og dårlig søvnkvalitet) viser, at der er betydeligt større forekomst af forringet helbred hos borgere med kronisk sygdom sammenlignet med befolkningen generelt.

For ti af sygdomsgrupperne er forekomsten større ved alle seks mål, og for de øvrige sygdomsgrupper er forekomsten større ved mindst fire af målene. Særligt personer med hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen, KOL og depression har store andele med forringet helbred på tværs af alle seks mål.

Der har fra 2010 til 2021 ikke været noget ensartet mønster i udviklingen af helbredsmålene på tværs af sygdomsgrupperne. Andelen med dårligt selvvurderet helbred har ved de fleste sygdomsgrupper været

forholdsvis uændret eller med tendens til et fald. Mest bemærkelsesværdigt er et markant fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (fra 53 % i 2010 til 42 % i 2021) samt et fald blandt personer med leddegigt og knogleskørhed. Sammenlignet med 16 % i hele befolkningen i 2021 er der en større andel med dårligt selvvurderet helbred i alle sygdomsgrupper. Andelen er størst blandt personer med hjertekrampe (49 %) og blodprop i hjertet (48 %).

Andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne er ligeledes faldet blandt personer med leddegigt. Der er endvidere tegn på et fald (ikke signifikant) blandt personer med blodprop i hjertet, slidgigt, knogleskørhed og grå stær, mens der ved ca. en tredjedel af sygdomsgrupperne er tegn på stigende forekomst (ikke signifikant). Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen (25-66 år) i 2021 er der en større andel med en del eller meget nedsat arbejdsevne i alle sygdomsgrupper – størst blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (67 %).

Der har blandt sygdomsgrupperne været flere markante fald i andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Det største fald er blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (fra 58 % i 2010 til 43 % i 2021). Også blandt personer med knogleskørhed, grå stær og leddegigt er faldet betragteligt. Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen (25 år og derover) i 2021 er der en større andel, der har brug for hjælp i dagligdagen, i alle sygdomsgrupper på nær allergi. De største andele er blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (43 %) og hjertekrampe (40 %).

I modsætning til de foregående mål har der fra 2017 til 2021 været en tendens til markante stigninger i andelen, der føler sig ensomme, i alle sygdomsgrupper – størst blandt personer med psykiske lidelser og hjertekrampe. Sammenlignet med 14 % i hele befolkningen i 2021 er der en større andel, der føler sig ensomme, i 13 af sygdomsgrupperne. De største andele er blandt personer med depression (39 %) og angst (36 %).

Der har fra 2017 til 2021 været en signifikant stigning i andelen, der har symptomer på depression, i seks af sygdomsgrupperne – størst blandt personer med psykiske lidelser. Sammenlignet med 8 % i hele befolkningen i 2021 er der en større andel i 12 af sygdoms-

grupperne. Andelen er størst blandt personer med depression (35 %) og angst (32 %).

Siden 2010 har der været en stigende tendens i andelen med dårlig søvnkvalitet i hovedparten af sygdomsgrupperne. Status i 2021 er en større andel i alle sygdomsgrupper sammenlignet med 10 % i hele befolkningen. De største forekomster ses blandt personer med hjertekrampe (31 %), depression (29 %) og angst (27 %).

Ovenstående resultater viser, at der siden 2010 er opnået helbredsforbedringer – særligt blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen, leddegigt og knogleskørhed – i forhold til dårligt selv vurderet helbred, nedsat arbejdsevne og brug for hjælp i dagligdagen, men at der til trods herfor fortsat er markant større forekomster i alle sygdomsgrupper sammenlignet med hele befolkningen. Samtidig indikerer resultaterne en stigende forekomst af dårlig mental sundhed blandt sygdomsgrupperne. Samlet set viser resultaterne, at der fortsat er et stort potentiale i indsatser, som forbedrer helbred og livskvalitet hos personer med kronisk sygdom.

**Kontakten med sundhedsvæsenet.** Blandt de personer, der er i behandling, har der været en stigning i den samlede andel med moderat og høj behandlingsbyrde fra 31 % til 33 % – primært som følge af en øget forekomst af moderat behandlingsbyrde. En signifikant stigning ses også blandt kvinder, personer i alderen 25-34 år og 55-74 år samt personer med lavt uddannelsesniveau. Status i 2021 er, at både moderat og høj behandlingsbyrde falder betragteligt med alderen og er hyppigst blandt studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. I de to sidstnævnte grupper er det samlet omkring tre ud af fem, der oplever moderat eller høj behandlingsbyrde, hvilket også næsten er tilfældet for personer med ikke-vestlig baggrund (57 %). I forhold til uddannelsesniveau ses den største andel blandt personer med lavt uddannelsesniveau (40 %).

Ved mere end halvdelen af de 17 kroniske sygdomme har der været en tendens (om end kun signifikant ved fire sygdomme) til øget forekomst af moderat behandlingsbyrde – mest udtalt blandt personer med kræft (fra 17 % til 23 %) og personer med psykiske lidelser. Andelen med høj behandlingsbyrde er uændret eller med tegn på et fald ved hovedparten af sygdomsgrupperne (dog ikke signifikant). I 2021 findes den største

forekomst af moderat til høj behandlingsbyrde hos personer med angst og personer med depression (64 %). Desuden opleves moderat til høj behandlingsbyrde hos ca. halvdelen eller flere blandt personer med hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og migræne/hyppig hovedpine.

Andelen med lav sundhedskompetence er stort set uændret siden 2017 både i befolkningen generelt (25 år og derover) og – med få undtagelser – på tværs af køn, alder og uddannelse. Trods et fald i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, blandt personer på 75 år og derover er det i denne aldersgruppe, at der i 2021 ses den største andel (7 % mod 4 % i befolkningen). Derimod er andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, steget blandt de 25-44-årige, og det er også i denne gruppe, der findes den største andel i 2021 (10 % blandt 25-34-årige mod 7 % i befolkningen). Derudover findes de største forekomster af lav sundhedskompetence hos personer med lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og personer med ikke-vestlig baggrund. Også blandt studerende/skoleelever og personer med anden vestlig baggrund end dansk findes en betydeligt større andel, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, sammenlignet med befolkningen generelt.

Blandt personer med blodprop i hjertet har der været en markant stigning i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed (fra 8 % i 2013 til 15 % i 2021), og i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale (fra 8 % i 2013 til 13 % i 2021). Blandt personer med KOL, leddegigt, knogleskørhed og grå stær har der været et fald i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed. Sammenlignet med hele befolkningen er der i 2021 en større forekomst af lav sundhedskompetence i næsten alle sygdomsgrupper. De største andele, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, er blandt personer med hjerte-kar-sygdomme (med undtagelse af forhøjet blodtryk), mens de største andele, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er blandt personer med angst og depression.

Samlet peger ovenstående resultater på særlige risikogrupper i forhold til behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence. Det drejer sig specielt om unge, personer



med lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og personer med ikke-vestlig baggrund foruden personer med hjertekrampe, forhøjet blodtryk, hjerneblødning/blodprop i hjernen, angst og depression.

**Antallet af kroniske sygdomme (multisygdom).** Andelen af borgere med multisygdom er steget fra 36 % i 2010 og i 2013 til 44 % i 2021.

Der ses en stigning både for mænd og kvinder, alle aldersgrupper og uddannelsesniveauer, men mest udtalt blandt de midaldrende og ældre samt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Resultatet i 2021 følger et velkendt mønster, hvor andelen med multisygdom er større blandt kvinder end mænd, stiger markant med alderen, falder med stigende uddannelsesniveau og er særlig stor blandt førtidspensionister og andre, der er permanent uden for arbejdsmarkedet eller med svag tilknytning hertil. Andelen med multisygdom er desuden steget i alle 19 kommuner i regionen.

Andelen af dagligrygere er faldet både for personer med og uden multisygdom. Siden 2010 er andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, ligeledes faldet både for personer med og uden multisygdom, men for personer med multisygdom er faldet mindre og synes desuden stagneret siden 2017. Både for personer med og uden multisygdom er andelen, der er fysisk inaktive, uændret siden 2010, mens andelen med et usundt kostmønster og svær overvægt er steget – dog mest blandt personer med multisygdom. Status i 2021 er dermed, at personer med multisygdom generelt – og personer med fire eller flere sygdomme i særdeleshed – fortsat har mere risikable sundhedsvaner sammenlignet med hele befolkningen. Andelen med flere risikable sundhedsvaner på samme tid stiger desuden markant med antallet af sygdomme, og kun blandt personer uden multisygdom har der været et fald siden 2010.

Blandt personer med multisygdom er andelen med dårligt selv vurderet helbred og en del eller meget nedsat arbejdsevne uændret eller faldet siden 2010 (primært med fald blandt personer med fire eller flere sygdomme) i modsætning til personer uden multisygdom, hvor andelen har været uændret eller er steget lidt. Endvidere har der været et fald i andelen, der har brug for hjælp i dagligdagen – også mest udtalt blandt personer

med fire eller flere sygdomme. Derimod har der været en markant stigning i andelen, der føler sig ensomme, både for personer med og uden multisygdom, ligesom der har været en stigning i andelen med symptomer på depression og i andelen med dårlig søvnkvalitet for alle undtagen personer med fire eller flere sygdomme. Resultaterne viser, at det er de mest sygdomsbelastede personer (opgjort ud fra antallet af sygdomme), der har haft den bedste helbredsmæssige udvikling.

Forekomsten af såvel behandlingsbyrde som lav sundhedskompetence stiger betydeligt med antallet af kroniske sygdomme. De eneste ændringer siden 2017 er en større forekomst af moderat behandlingsbyrde blandt personer med to til tre sygdomme og en lavere forekomst af lav sundhedskompetence blandt personer med fire eller flere sygdomme.

Alt i alt viser ovenstående resultater, at der – trods udvikling i ønsket retning ved flere af målene – fortsat er markant dårligere helbred, mere risikable sundhedsvaner og større belastning i mødet med sundhedsvæsenet hos personer med multisygdom, særligt personer med fire eller flere sygdomme, sammenlignet med personer, der ikke har multisygdom.

## Referencer

- Danske Regioner. Sundhed for alle. Vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2017.
- Danske Regioner. Regioner bakker op: Restriktioner kan fjernes, men hospitaler vil fortsat døje med ventelister; 2022. <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/januar/regioner-bakker-op-restriktioner-kan-fjernes-men-hospitaler-vil-fortsat-doe-je-med-ventelister> (januar 2022).
- Danske Regioner. Ekspertpanel opfordrer til skærpet fokus på mennesker med kronisk sygdom og multisygdom i kølvandet på corona; 2021. <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2021/maj/ekspertpanel-opfordrer-til-skaerpet-fokus-paa-mennesker-med-kronisk-sygdom-og-multisygdom-i-koelvan-det-paa-corona> (januar 2022).
- Danske Regioner. Coronas afledte konsekvenser for sundhed og trivsel – Ekspertpanelets observationer og forslag til handling; 2021. [https://www.regioner.dk/media/15963/coronas-afledte-konsekvenser-for-sundhed-og-trivsel\\_afsluttende-paper.pdf](https://www.regioner.dk/media/15963/coronas-afledte-konsekvenser-for-sundhed-og-trivsel_afsluttende-paper.pdf) (januar 2022).
- 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/pressemeldelser/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, m.fl. 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, m.fl. 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>.
- Smith SM, Wallace E, Salisbury C, m.fl. A core outcome set for multimorbidity research (COSmm). *Annals of family medicine.* 2018;16(2):132-8.
- Spencer-Bonilla G, Quinones AR, Montori VM, On behalf of the International Minimally Disruptive Medicine W. Assessing the burden of treatment. *Journal of general internal medicine.* 2017;32(10):1141-5.
- Eton DT, Yost KJ, Lai J-s, m.fl. Development and validation of the Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS): a patient-reported measure of treatment burden. *Quality of Life Research.* 2017;26(2):489-503.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care.* 2002;2:e12. 12. 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](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).
19. Tsiachristas A, van Ginneken E, Rijken M, red. Integrated care for people living with multimorbidity. *Health Policy*. 2018;122(1):1-68.
20. Danske Regioner. Hvidbog for den patientansvarlige læge. København: Danske Regioner; 2017.
21. Danske Regioner. 360 grader rundt om multisygdom; 2020. <http://www.e-pages.dk/regioner/187/> (januar 2022).
22. Regionernes lønnings- og takstnævn, Praktiserende lægers organisation. Overenskomst om almen praksis af 26. januar 2022; 2022. [https://www.laeger.dk/sites/default/files/55101\\_ok-22\\_af\\_26.\\_januar\\_2022\\_1\\_1.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/55101_ok-22_af_26._januar_2022_1_1.pdf) (januar 2022).
23. Regeringen, Danske Regioner, KL. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger); 2021. <https://fm.dk/media/24844/aftale-om-sammenhaeng-og-naerhed-sundhedsklynger.pdf> (januar 2022).
24. Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner, PLO-Midtjylland. Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance. Sundhedsaftalen 2019-2023; 2019. <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/aftale-2019-2023/sundhedsaftalen-2019-2023-sept-2019.pdf> (januar 2022).
25. Region Midtjylland. Sundheds- og hospitalsplan for Region Midtjylland. Et sundhedsvæsen på patientens præmisser; 2020. [https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/fremtidens-sundhedsvasen/sundhedsplan/sundhedsplan/2020-sundheds-og-hospitalsplan/sundheds-hospitalsplan\\_2020.pdf](https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/fremtidens-sundhedsvasen/sundhedsplan/sundhedsplan/2020-sundheds-og-hospitalsplan/sundheds-hospitalsplan_2020.pdf) (januar 2022).
26. European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 22. How to strengthen patient-centredness in caring for people with multimorbidity in Europe? 2017. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464537/pdf/Bookshelf\\_NBK464537.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464537/pdf/Bookshelf_NBK464537.pdf) (januar 2018).
27. Sundheds- og Ældreministeriet. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet; 2016. <http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Ny-tilgang-til-kvalitetsarbejdet.aspx> (januar 2018).
28. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, m.fl. 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.
29. 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](http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.pdf), (januar 2018).
30. Cella D, Hahn EA, Jensen SE, m.fl. Patient-reported outcomes in performance measurement. Durham: RTI Press; 2015.
31. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Genève: WHO; 2013.
32. Sundhedsdatastyrelsen. Dødeligheden falder fortsat i 2020; 2022. Tilgængelig på: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/doedsaarsager> (februar 2022).
33. Frølich A, Jacobsen R, Knai C. Denmark. I: Nolte E, Knai C, red. 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>.
34. 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).
35. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, m.fl. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.
36. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, m.fl. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
37. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, m.fl., red. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006.

38. World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of DALYs. Top 10 causes of DALY in Denmark for both sexes aged all ages (2019). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys> (februar 2022).
39. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, m.fl. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
40. Region Midtjylland. Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. <https://www.rm.dk/sundhed/sundhedstilbud-og-forebyggelse/kronisk-sygdom/forlobsprogrammer/> (januar 2018).
41. Robinson KM, Lau CJ, Vind AB, m.fl. Kroniske sygdomme – hvordan opgøres kroniske sygdomme. Glostrup: Forskningscenter for forebyggelse og sundhed; 2011.
42. Violan C, Foguet-Boreu Q, Hermosilla-Perez E, m.fl. 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.
43. Carstensen B, Rønn PF, Jørgensen ME. Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996-2016. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020;8(1):e001071. doi: 10.1136/bmjdr-2019-001071.
44. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom; 2016. [https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx) (januar 2018).
45. 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).
46. Danske Regioner. Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.
47. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), styregruppen for Dansk Hjerterehabileringsdatabase. Dansk hjerterehabileringsdatabase (DHRD). Årsrapport 2020; 2021. [https://www.sundhed.dk/content/cms/93/59693\\_dhrd\\_aarsrapport2020.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/93/59693_dhrd_aarsrapport2020.pdf) (januar 2022).
48. Volpe M, Erhardt LRW, Williams B. Cardiovascular risk management in clinical practice. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2008;15:9-16.
49. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, m.fl. 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.
50. Poortinga W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Prev Med*. 2007;44:124-8.
51. Sell L, Bültmann U, Rugulies R, m.fl. 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.
52. Lund T, Jensen C, Nielsen ML, m.fl. Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv; 2003. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/udgivelser/sygefravaer.pdf> (januar 2018).
53. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.
54. Wæhrens EE, red. Almindelig daglig levevis – ADL. København: Munksgaard; 2015.
55. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, m.fl. Søvn og sundhed: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.
56. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, m.fl. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(3):1082.
57. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it; 2015.

58. Lehnert T, Heider D, Leicht H, m.fl. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev.* 2011;68(4):387-420.
59. Bähler C, Huber C, Brüngger B, m.fl. 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.
60. Shippee ND, Shah ND, May CR, m.fl. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol.* 2012;65:1041-51.
61. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ.* 2009;339:b2803. doi:10.1136/bmj.b2803.
62. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. *Klinisk Sygepleje.* 2016;43(01):3-16.
63. World Health Organization. Health literacy. The solid facts. København: WHO; 2013.
64. Pedersen MH, Duncan P, Lasgaard M, m.fl. Danish validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ) and findings from a population health survey: a mixed-methods study. *BMJ Open.* 2022;12(1):e055276.
65. Duncan P, Murphy M, Man M-S, m.fl. Development and validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ). *BMJ open.* 2018;8(4):e019413-2017.
66. Friis K, Vind BD, Simmons RK, m.fl. The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: A Danish population-based study. *J Diabetes Res.* 2016;2016:7823130.
67. Aaby A, Friis K, Christensen B, m.fl. 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.
68. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, m.fl. 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.
69. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, m.fl. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess.* 2011;199:1-941.
70. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ.* 2012;344:e1602.
71. Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, m.fl. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.
72. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, m.fl. 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.

