

8. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Forekomsten af langvarige, eller som de benævnes i det følgende, kroniske sygdomme er et væsentligt element i beskrivelsen af sundhedstilstanden. Det gælder både set fra en befolkningssynsvinkel, da kroniske sygdomme af mange opleves som en belastning i dagligdagen, og set fra sundhedsvæsenet, idet det skønnes, at 70-80 % af sundhedsvæsenets ressourcer bruges på kroniske sygdomme (1).

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 praksissektoren og hospitalerne, der tager sig af mennesker med kronisk sygdom. Siden opgave- og strukturreformen i 2007 er tilbud til kronisk syge blevet en fast del af alle kommuners sundhedsindsats, ligesom forebyggelse af kroniske sygdomme udgør en væsentlig del af kommunernes generelle forebyggelsesarbejde (2).

Ved tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets indsats er det vigtigt at kende udbredelsen af kroniske sygdomme i befolkningen og den udvikling, der sker i sygdomsmønsteret som følge af ændringer i forekomsten af specifikke sygdomme.

I det følgende sættes der fokus på forekomst og konsekvenser af kronisk sygdom. Første del af kapitlet handler om forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme og det samlede sygdomsmønster, mens sidste del af kapitlet handler om multisygdom og konsekvenserne af at have en eller flere kroniske sygdomme.

Nogle af de spørgsmål, der belyses i kapitlet og det tilhørende kapitel i bind 2, er: Hvilke kroniske sygdomme forekommer hyppigst? Bliver der færre eller flere borgere med en bestemt sygdom? Hvor mange borgere har to eller flere kroniske sygdomme (multisygdom)?

Konsekvenserne af kronisk sygdom belyses gennem følgende spørgsmål: Hvordan påvirker forekomsten af en eller flere sygdomme det selvvalgte helbred? Hvor mange føler sig hæmmet af sygdom? Og hvor mange mennesker med kronisk sygdom skal have hjælp til at udføre dagligdagens gøremål?

En kronisk sygdom kan defineres som en sygdom, der har et langt forløb eller som er konstant tilbagevendende. Fælles for kroniske sygdomme er således varigheden (gr. *chronos* = tid). Det skal understreges, at ikke alle kroniske sygdomme varer livet ud. Nogle kroniske sygdomme overstås, men der kan være eftervirkninger og blivende forandringer af forskellig art, som nedsætter livskvaliteten og funktionsevnen. Det kan fx være kroniske smerter efter behandling for kræft, vægtøgning som

følge af medicinering for en psykisk lidelse eller usikker gang og talebesvær efter en hjerneblødning.

På trods af de kroniske sygdommes indbyrdes forskellighed med hensyn til årsag, sygdomsforløb og behandling, er der ofte visse fællestræk med hensyn til sygdommens konsekvenser for de mennesker, der rammes. For eksempel kan den lange varighed betyde, at behandlingsforløbet bliver usammenhængende og dårligt koordineret, eller at mennesker i den erhvervsaktive alder mister tilknytningen til arbejdslivet i en periode eller permanent. Nogle af udfordringerne for den syge og dennes familie og for det omgivende samfund er derfor ens for en række kroniske sygdomme.

Der arbejdes i disse år på at fremme en populationsbaseret tilgang til kronisk sygdom, hvor sundhedsvæsenets aktiviteter tilrettelægges ud fra behovene i de befolkningsgrupper, man betjener (3). En populationsbaseret tilgang indebærer bl.a., at sundhedsydelse til en befolkningsgruppe tilrettelægges ud fra gruppens behov, det vil sige sygdomsmønster, forekomsten af risikofaktorer for forværring af eksisterende og udvikling af ny sygdom samt gruppens sociale og demografiske sammensætning.

I Region Midtjyllands *Sundhedsplan 2013. Fælles ansvar for sundhed* lægges der vægt på, at praksissektoren, hospitalerne og kommunerne varetager et fælles populationsansvar for at fremme befolkningens sundhed (4).

Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer er centrale redskaber i den populationsbaserede tilgang til kronikerområdet. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats på hospitaler, i kommuner og i almen praksis. Region Midtjylland har i samarbejde med kommunerne indtil nu udarbejdet forløbsprogrammer for følgende sygdomme med afsæt i Sundhedsstyrelsens generelle model for forløbsprogrammer (5, 6): type 2 diabetes (7), kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (8), hjerte-kar-sygdom (9), lænderygsmerter (10) og depression (11).

Viden om forekomsten af kroniske sygdomme kan understøtte den populationsbaserede tilgang. Ud over udbredelsen og konsekvenserne af kronisk sygdom kan *Hvordan har du det?* belyse forebyggelsespotentialer blandt borgere med kroniske sygdomme. Det gælder især i forhold til livsstilsrelaterede risikofaktorer. Ved en række kroniske sygdomme har rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og vægtstatus væsentlig indflydelse på sygdommens videre udvikling og på borgerens generelle helbred og livskvalitet samt risiko for at udvikle andre sygdomme.

FIGUR 8.1De 18 kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

Potentielt livstruende kroniske sygdomme	
Kredsløbssygdomme	Forhøjet blodtryk Hjertekrampe Blodprop i hjertet Hjerneblødning, blodprop i hjernen
Stofskiftesygdomme	Sukkersyge
Svulster	Kræft
Luftvejssygdomme	Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger
Ikke-livstruende kroniske sygdomme	
Luftvejssygdomme	Astma
Overfølsomhedssygdomme	Allergi (ikke astma)
Muskel-skeletsygdomme	Slidgigt Leddegigt Knogleskørhed Diskusprolaps, andre rygsygdomme
Psykiske lidelser	Psykiske lidelser af mindre end 6 måneders varighed Psykiske lidelser af mere end 6 måneders varighed
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	Migræne, hyppig hovedpine Tinnitus Grå stær

Ved tilrettelæggelse af den patientrettede forebyggelse er det derfor vigtigt at kende patientpopulationernes sundhedsvaner. Sundhedsvanerne hos borgere med kronisk sygdom og hvor mange, der er motiverede for at ændre sundhedsvaner, er beskrevet i kapitel 2-6.

Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

Hvordan har du det? indeholder oplysninger om forekomsten af 18 kroniske sygdomme, der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne hos store grupper af borgere, se figur 8.1.

I WHO's globale strategi for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme prioriteres forebyggelse af fem kroniske sygdomme: hjertesygdom, blodprop i hjernen/hjerneblødning, sukkersyge, kræft og kroniske luftvejssygdomme (12, 13). WHO's strategi sigter mod forebyggelse af de kroniske sygdomme, der forårsager mange dødsfald.

De fem sygdomme skønnes at være årsag til over halvdelen af alle dødsfald på verdensplan. I Danmark forårsager de cirka 70 % af alle dødsfald (14).

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 som kræft, hjertesygdomme og sukkersyge. En forbedret indsats i forhold til at forebygge og behandle disse sygdomme er væsentlig i forhold til at forlænge befolkningens middellevetid.

Man har samtidig ønsket at styrke indsatsen i forhold til ikke-livstruende sygdomme som astma og allergi, muskel-skelet-lidelser, knogleskørhed og psykiske lidelser, 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/funktionsevnen.

I tråd hermed indeholder *Hvordan har du det?* både oplysninger om, hvad man kan betegne som potentielt livstruende og om ikke-livstruende kroniske sygdomme. Af undersøgelsens 18 kroniske sygdomme kan syv betegnes som potentielt livstruende og 11 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 sukkersyge er fx næppe meget højere end hos raske.

Opdelingen i potentielt livstruende kroniske sygdomme og ikke-livstruende kroniske sygdomme er en grov opdeling. Fx er kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark, men den mest udbredte kræftform er almindelig hudkræft, som kun forårsager få dødsfald (15).

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 af en række somatiske sygdomme (16). Astma regnes her til de ikke-livstruende sygdomme, men forårsager ligeledes enkelte dødsfald (17), 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 i forhold til ikke-dødelige sygdomme, der belaster mange mennesker.

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) (18).

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

I Danmark var de 10 sygdomme, som forårsagede flest tabte sygdomsjusterede leveår i 2010 ifølge Global Burden of Disease Study – nævnt i aftagende rækkefølge – lænderygproblemer (diskusprolaps og andre ryglidelser), iskæmiske hjertesygdomme (blodprop i hjertet og hjertekrampe), kronisk obstruktiv lungesygdom, lungekræft, hjerneblødning/blodprop i hjernen, depression, faldulykker, sukkersyge, alkoholrelaterede sygdomme, andre muskel-skelet-lidelser (19).

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

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. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at nogle kroniske sygdomme først og fremmest forringer befolkningens livskvalitet/funktionsevne, mens andre både reducerer livslængde og livskvalitet/funktionsevne.

I Region Midtjylland er der som nævnt udarbejdet forløbsprogrammer for type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom, hjerte-kar-sygdom, lænderyg-smerter og depression. Regionen har således på linje med de nationale sundhedsmyndigheder valgt at styrke indsatsen for både potentielt livstruende og ikke-livstruende kroniske sygdomme.

Sådan har vi spurgt om kronisk sygdom

Rapporteringen af de 18 sygdomme bygger på svarpersonernes egne oplysninger. Besvarelserne afspejler dermed deltagernes egen sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering.

Ved hver af de 18 sygdomme er der spurgt, om man har sygdommen nu, eller om man har haft den tidligere. Hvis man har haft den tidligere, er der spurgt til, om man fortsat har eftervirkninger af sygdommen. I det følgende er aktuel sygdom og eftervirkninger slået sammen.

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



















En undersøgelse fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, der sammenholdt forekomst af sygdom opgjort ved hjælp af spørgeskemaer og sundhedsvæsenets registre, viste en betydelig uoverensstemmelse mellem de to opgørelsesmetoder, og at graden af overensstemmelse er forskellig fra sygdom til sygdom (20).

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 misklassifikation i både spørgeskema- og 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 billede af den samlede forekomst af kronisk sygdom i befolkningen samt et billede af, hvor forebyggelse (særligt sekundær forebyggelse) skal sættes ind. Man får her identificeret en større gruppe af borgere, som har tidligere stadier af sygdom, samt de borgere, som udelukkende behandles i almen praksis.

FIGUR 8.2

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

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	20 	148.000
Hjertekrampe	1,7 	13.000
Blodprop i hjertet	1,2 	8.700
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,4 	10.000
Sukkersyge		
	6 	41.000
Kræft		
	2,9 	22.000
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4 	32.000
Astma	7 	50.000
Allergi		
	19 	146.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	20 	154.000
Leddegigt	6 	42.000
Knogleskørhed	4 	27.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13 	99.000
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5 	39.000
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8 	58.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14 	105.000
Tinnitus	12 	90.000
Grå stær	4 	27.000

Kroniske sygdomme i regionen

Figur 8.2 viser forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i Region Midtjylland. Forekomsten er både angivet i procent og i antal borgere, der har sygdommen/eftervirkninger af sygdommen. Antallet af borgere med kronisk sygdom skal sammenholdes med, at Region Midtjylland har et befolkningsantal på 760.000 i alderen 25-79 år, ikke medregnet personer af anden etnisk herkomst end dansk.

I det samlede sygdomsbillede dominerer de ikke-livstruende sygdomme. Muskel-skelet-sygdomme fylder meget i dette sygdomsbillede.

- 20 % har slidgigt, svarende til 154.000 personer
- 6 % har leddegigt, svarende til 42.000 personer
- 13 % har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, svarende til 99.000 personer
- 4 % har knogleskørhed, svarende til 27.000 personer

En del har mere end én muskel-skelet-sygdom, så i alt har 31 % af den voksne befolkning en muskel-skelet-sygdom, svarende til 232.000 personer (ikke vist).

Allergi er den næsthyppigste af de ikke-livstruende sygdomme.

- 19 %, svarende til 146.000 personer, lider af allergi

Ved psykiske lidelser udgør psykiske lidelser af mere end 6 måneders varighed den største gruppe.

- 8 % lider af psykiske lidelser, som har varet mere end 6 måneder, svarende til 58.000 personer
- 5 % lider af psykiske lidelser, som har varet mindre end 6 måneder, svarende til 39.000 personer

Nogle har både kort- og langvarige psykiske lidelser, så i alt har 10 % psykiske lidelser af kortere eller længere varighed, svarende til 73.000 personer (ikke vist).

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er ligeledes hyppige.

- 14 % lider af migræne eller hyppig hovedpine, svarende til 105.000 personer
- 12 % lider af tinnitus, svarende til 90.000 personer
- 4 % lider af grå stær, svarende til 27.000 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.

- 20 % lider af forhøjet blodtryk, svarende til 148.000 personer

Blandt de andre hjerte-kar-sygdomme er hjertekrampe den hyppigste.

- 1,7 % lider af hjertekrampe, svarende til 13.000 personer
- 1,4 % lider af hjerneblødning eller blodprop i hjernen, svarende til 10.000 personer
- 1,2 % lider af blodprop i hjertet, svarende til 8.700 personer

Der er hovedsagelig tale om eftervirkninger hos personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (78 %) og blodprop i hjertet (72 %).

I alt lider 21 % af en eller flere af de fire hjerte-kar-sygdomme, svarende til 160.000 personer. Heraf har 8 ud af 10 udelukkende forhøjet blodtryk (ikke vist).

Der er en forholdsvis stor gruppe, der lever med luftvejssygdomme.

- 4 % lider af kronisk bronkitis, for store lunger eller rygerlunger, svarende til 32.000 personer
- 7 % lider af astma, svarende til 50.000 personer.

Der er også mange, der har sukkersyge.

- 6 % har sukkersyge, svarende til 41.000 personer

Der er ikke sondret mellem type 1- og type 2-diabetes ('gammelmandssukkersyge'). Det vides fra andre undersøgelser, at op mod 90 % af sukkersygepatienterne har type 2-diabetes (21).

- 2,9 % lever med kræft, svarende til 22.000 personer

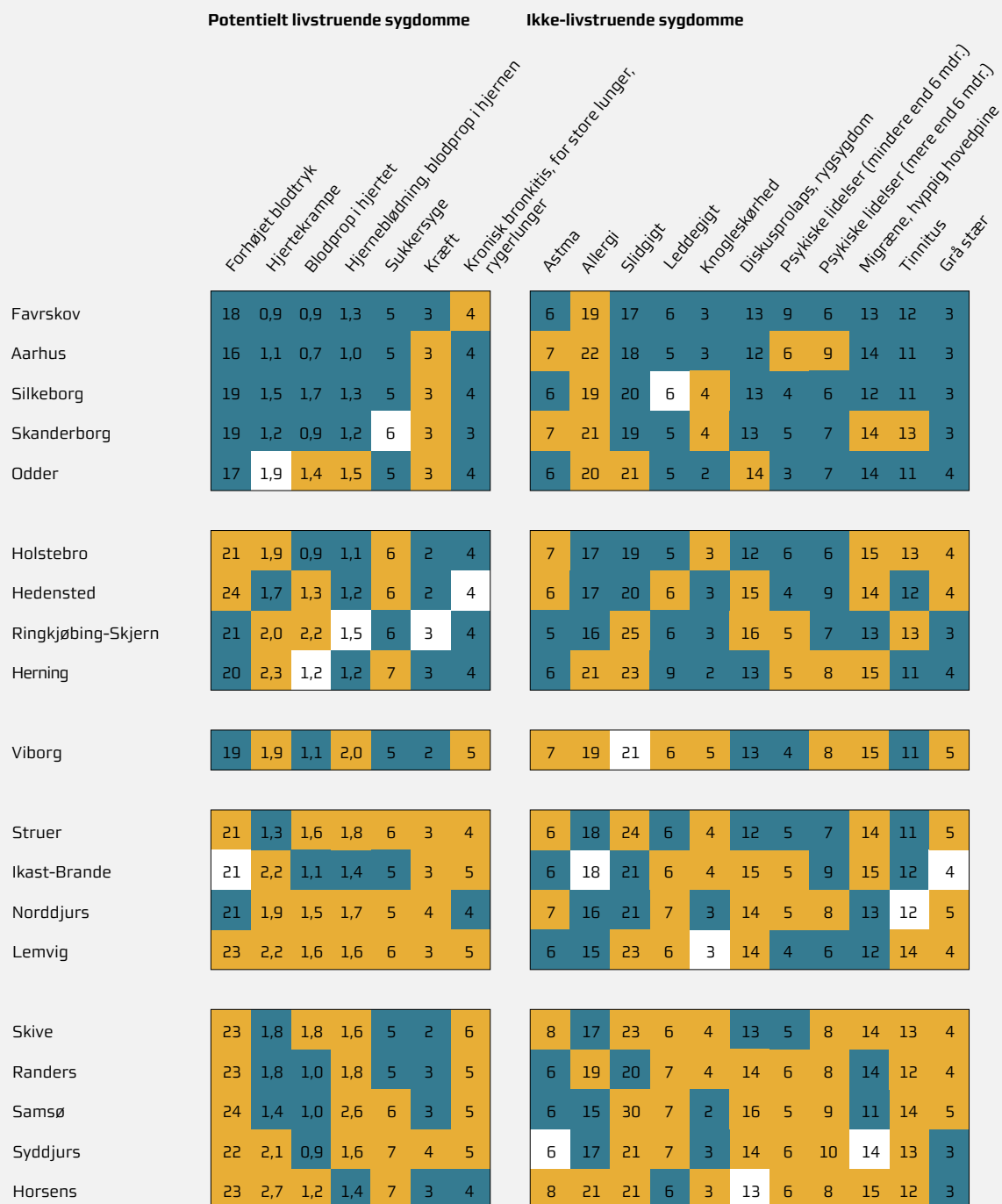
Der er for godt halvdelen vedkommende tale om eftervirkninger (53 %).

► **2006-2013.** Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Otte ud af de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, forekommer hyppigere i 2013, mens der ikke er sket nogen ændring i forekomsten af de øvrige sygdomme. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi. Se [figur 8.1.5 i bind 2.](#) ◀

► **2010-2013.** Der er generelt sket en forøgelse i forekomsten af kronisk sygdom. Seks ud af de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, forekommer hyppigere i 2013, mens der ikke er sket nogen ændring i forekomsten af de øvrige sygdomme. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk og allergi. Se [figur 8.1.5 i bind 2.](#) ◀

FIGUR 8.3

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) i pct. **Blå** markerer de ni kommuner med den laveste forekomst, **orange** de ni kommuner med den højeste forekomst, mens den **hvide** farve markerer den midterst placerede kommune ved hver sygdom.



Rangordning af kommunerne i forhold til sygdomsforekomst

Figur 8.3 viser forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i de 19 kommuner i Region Midtjylland. For at give et indtryk af forskelle i sygdomsmønstre er kommunerne rangordnet efter følgende metode:

Først er der foretaget en rangordning af kommunerne for hver sygdom fra laveste forekomst (rang nr. 1) til højeste forekomst (rang nr. 19). Dernæst er den enkelte kommunes placering på rangstigen for de 18 sygdomme lagt sammen, og kommunerne er sorteret efter stigende rangsum.

FIGUR 8.4

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger). Kommunerne er rangordnet for hver sygdom (1 = laveste forekomst, 19 = højeste forekomst) og efter den samlede rangsum. **Blaå** markerer de ni kommuner med den laveste forekomst, **orange** de ni kommuner med den højeste forekomst, mens den **hvide** farve markerer den midterst placerede kommune ved hver sygdom. Nogle kommuner har samme rangsum og optræder derfor i figuren i tilfældig indbyrdes orden. Det gælder følgende kommuner: Skanderborg, Odder og Holstebro (rangsum = 151), Ringkøbing-Skjern, Herning (rangsum = 182) samt Skive og Randers (rangsum = 212).



En placering i toppen af figuren er ensbetydende med en mindre sygdomsforekomst end i de øvrige kommuner, mens en placering i bunden af figuren er ensbetydende med en større sygdomsforekomst. Kommunernes placering på rangstigen for de 18 sygdomme hver for sig og under et fremgår af figur 8.4.

For yderligere at tydeliggøre forskellen i sygdomsforekomst er rang nr. 1-9 markeret med blå, mens rang nr. 11-19 er markeret med orange. Den midterst placerede kommune (rang nr. 10) er markeret med hvid. Som eksempel kan nævnes, at Odder Kommune har en samlet placering som nr. 5. Ved ni af de 18 sygdomme

FIGUR 8.5

Variation i kroniske sygdomme i kommunerne

	Variationskoefficient		Laveste forekomst		Højeste forekomst		Antal signifikante forskelle ud af 117 mulige
			Pct	Kommune	Pct	Kommune	
Blodprop i hjertet	0,31		0,7	Aarhus	2,2	Ringkøbing-Skjern	18
Hjertekrampe	0,25		0,9	Favrskov	2,7	Horsens	24
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	0,25		1,0	Aarhus	2,7	Samsø	11
Knogleskørhed	0,20		2,3	Samsø	5	Viborg	20
Kræft	0,18		2,0	Viborg	4	Norddjurs	13
Psykisk lidelse (mere end 6 mdr.)	0,17		5	Hedensted	10	Syddjurs	37
Grå stær	0,16		2,8	Syddjurs	5	Samsø	17
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	0,14		2,7	Herning	6	Skive	17
Psykisk lidelse (mindre end 6 mdr.)	0,14		4	Lemvig	6	Syddjurs	9
Slidgigt	0,14		17	Favrskov	30	Samsø	61
Allergi	0,12		15	Lemvig	22	Aarhus	57
Astma	0,12		5	Ringkøbing-Skjern	8	Horsens	7
Leddegigt	0,11		5	Aarhus	7	Randers	10
Forhøjet blodtryk	0,11		16	Aarhus	24	Samsø	57
Sukkersyge	0,11		5	Aarhus	7	Herning	5
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	0,09		12	Aarhus	16	Samsø	17
Migræne, hyppig hovedpine	0,09		11	Samsø	15	Ikast-Brande	18
Tinnitus	0,08		11	Viborg	14	Samsø	13

hører Odder til blandt de ni kommuner med den laveste forekomst (blå), ved seks sygdomme hører kommunen til blandt de ni kommuner med den højeste forekomst (orange), mens den ved de resterende tre sygdomme har en midterplacering (hvid).

De fem bedst placerede kommuner efter denne fremgangsmåde er: Favrskov, Aarhus, Silkeborg, Skanderborg og Odder.

Herefter følger i den bedste halvdel Holstebro, Hedensted, Ringkøbing-Skjern og Herning.

Viborg ligger midt på rangstigen.

De fem dårligst placerede kommuner er: Skive, Randers, Samsø, Syddjurs og Horsens.

I den dårligste halvdel ligger desuden Struer, Ikast-Brande, Norddjurs og Lemvig.

► **2006-2013.** Der er sket en del ændringer af kommunernes placering på rangstigen for sygdomsforekomst fra 2006 til 2013. Den største forandring er sket i Aarhus, som er gået fra en placering som nr. 12 til nr. 1. Den næststørste forandring er sket i Horsens og Viborg, der begge er rykket ni pladser ned ad rangstigen. Rangordningen er baseret på de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006, 2010 og 2013. Se [figur 8.2.5 i bind 2.](#) ◀

► **2010-2013.** Der er en ret høj grad af overensstemmelse mellem kommunernes placering på rangstigen for sygdomsforekomst i 2010 og 2013. Den største forandring er sket i Silkeborg, der er gået fra en placering som nr. 12 til nr. 3. Rangordningen er baseret på de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006, 2010 og 2013. Se [figur 8.2.5 i bind 2.](#) ◀

Forskelle i forekomsten af kroniske sygdomme mellem kommunerne

Der er en betydelig forskel i forekomsten af de enkelte sygdomme mellem kommunerne. Den relative variation ved de enkelte sygdomme kan opgøres ved hjælp af variationskoefficienten, der beregnes ved at dividere den gennemsnitlige forekomst for de 19 kommuner med standardafvigelsen.

Jo større variationskoefficienten er, jo større er den relative variation for en given sygdom mellem kommunerne. Figur 8.5 viser sygdommene efter faldende værdi af variationskoefficienten. Ved hver sygdom er desuden angivet kommunen med henholdsvis den laveste og den højeste forekomst, samt hvor mange af de 117 indbyrdes forskelle mellem kommunerne, der er statistisk signifikante.

Målt ved hjælp af variationskoefficienten finder man den største variation mellem kommunerne ved hjerte-kar-sygdomme: blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjerneblødning/blodprop i hjernen. De tre sygdomme, hvor forekomsten varierer mindst mellem kommunerne, er diskusprolaps/andre ryggsygdomme, migræne/hyppig hovedpine og tinnitus.

Sygdomsprofiler for kommunerne

Figur 8.6-8.24 viser sygdomsprofilen for de enkelte kommuner. For hver af de 18 kroniske sygdomme er der angivet, hvor mange procent af den voksne befolkning, der har sygdommen/eftervirkninger, samt hvor mange personer, det drejer sig om. Endvidere er signifikante afvigelser i forhold til befolkningen som helhed markeret, hvis de forekommer.

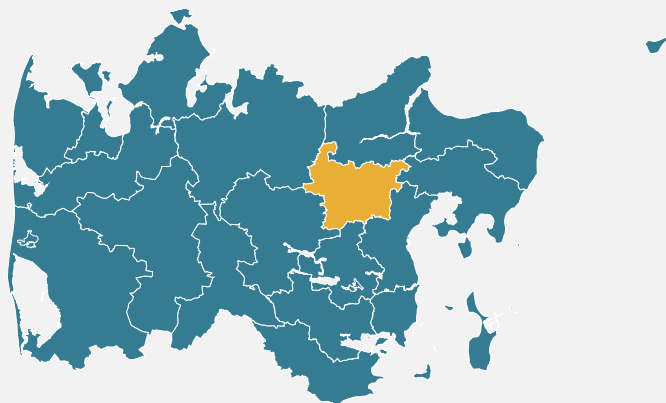
Ser man på alle 19 kommuner, er der signifikante afvigelser fra forekomsten i regionen som helhed ved 16 af de 18 sygdomme. Der er i alt 64 signifikante afvigelser ud af 342 mulige.

► **2006-2013.** Der er generelt sket en forøgelse af sygdomsforekomsten i kommunerne. Der er en statistisk signifikant forøgelse af en eller flere sygdomme i alle 19 kommuner. Kun i tre af kommunerne er der en signifikant lavere forekomst af enkelte sygdomme i 2013 sammenlignet med 2006. Især er forekomsten af forhøjet blodtryk forøget. Af i alt 73 signifikante forøgelser af sygdomme i kommunerne er 17 af dem en forøget forekomst af forhøjet blodtryk. Der er en øget forekomst i én eller flere kommuner af 12 ud af de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006, 2010 og 2013. Se [figur 8.3.5-8.21.5 i bind 2.](#) ◀

► **2010-2013.** Der er generelt sket en forøgelse af sygdomsforekomsten i kommunerne. Der er en statistisk signifikant forøgelse af en eller flere sygdomme i 12 af de 19 kommuner. Kun i én kommune er der en signifikant lavere forekomst af en enkelt sygdom i 2013 sammenlignet med 2010. Der er en øget forekomst i en eller flere kommuner af 13 ud af de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006, 2010 og 2013. Se [figur 8.3.5-8.21.5 i bind 2.](#) ◀

FIGUR 8.6

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



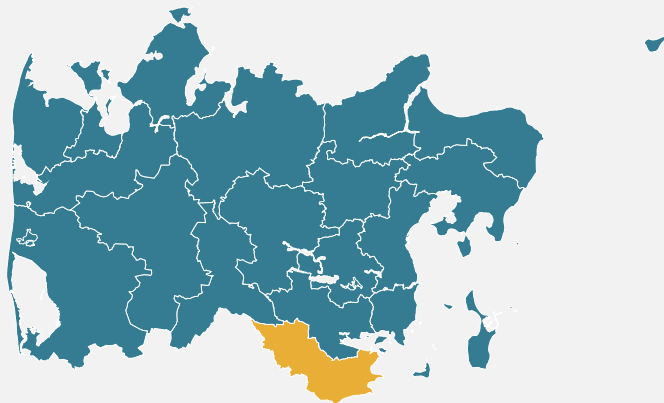
Favrskov

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	18	5.100
Hjertekrampe	0,9	300
Blodprop i hjertet	0,9	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,3	400
Sukkersyge		
	5	1.400
Kræft		
	2,5	700
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	1.300
Astma	6	1.600
Allergi		
	19	5.400
Muskel-skelet		
Slidgigt	17	4.900
Leddegigt	6	1.600
Knogleskørhed	3	800
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	3.600
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5	1.400
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	6	1.800
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	13	3.800
Tinnitus	12	3.300
Grå stær	3	1.000

■ Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.7

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



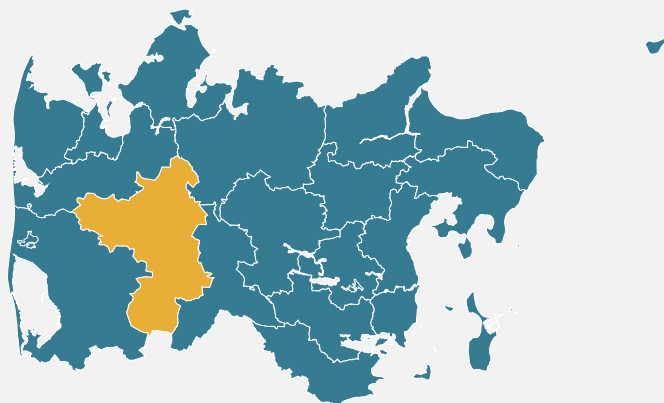
Hedensted

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	24		6.600
Hjertekrampe	1,7		500
Blodprop i hjertet	1,3		400
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2		300
Sukkersyge			
	6		1.700
Kræft			
	2,3		700
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.200
Astma	6		1.800
Allergi			
	17		4.800
Muskel-skelet			
Slidgigt	20		5.700
Leddegigt	6		1.700
Knogleskørhed	2,9		800
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15		4.100
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	4		1.200
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	5		1.500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		4.000
Tinnitus	12		3.500
Grå stær	4		1.100

Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.8

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



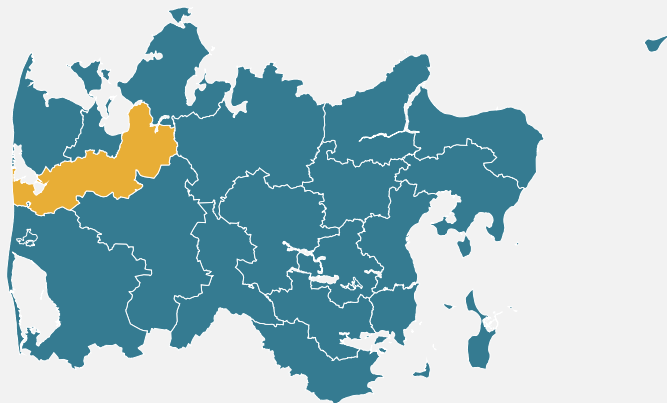
Herning

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	20		10.000
Hjertekrampe	2,3		1.200
Blodprop i hjertet	1,2		600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2		600
Sukkersyge			
	7		3.500
Kræft			
	2,5		1.300
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	2,7		1.400
Astma	6		3.200
Allergi			
	21		11.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	23		12.000
Leddegigt	5		2.600
Knogleskørhed	3		1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		6.800
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		2.800
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		4.100
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15		7.600
Tinnitus	11		5.800
Grå stær	4		1.900

Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.9

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



Holstebro

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	21	7.200
Hjertekrampe	1,9	600
Blodprop i hjertet	0,9	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,1	400
Sukkersyge		
	6	1.900
Kræft		
	2,3	800
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	1.400
Astma	7	2.300
Allergi		
	17	5.900
Muskel-skelet		
Slidgigt	19	6.500
Leddegigt	5	1.700
Knogleskørhed	3	1.200
Diskusprolaps, andre ryg sygdomme	12	4.100
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6	1.900
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	6	2.200
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	5.100
Tinnitus	13	4.300
Grå stær	4	1.300

FIGUR 8.10

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



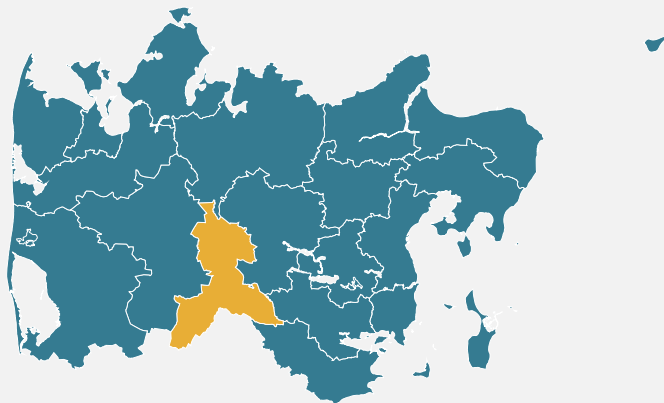
Horsens

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	23	11.000
Hjertekrampe	2,7	1.300
Blodprop i hjertet	1,2	600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,4	700
Sukkersyge		
	7	3.200
Kræft		
	2,8	1.400
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	2.100
Astma	8	4.000
Allergi		
	21	10.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	21	10.000
Leddegigt	6	2.800
Knogleskørhed	3	1.700
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	6.500
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6	2.900
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8	3.900
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15	7.400
Tinnitus	12	6.000
Grå stær	3	1.600

■ Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 8.11

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



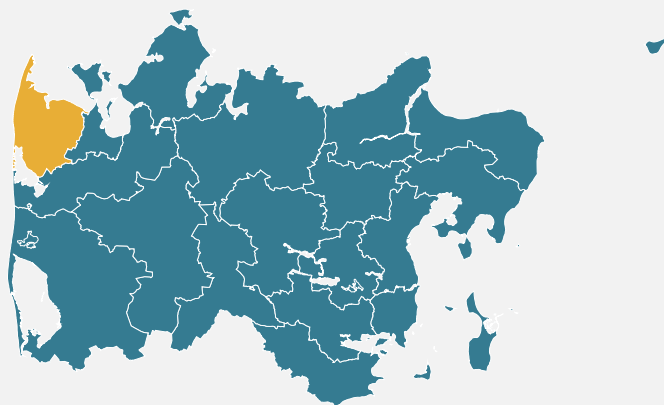
Ikast-Brande

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		5.100
Hjertekrampe	2,2		500
Blodprop i hjertet	1,1		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,4		300
Sukkersyge			
	5		1.300
Kræft			
	3		700
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		1.200
Astma	6		1.500
Allergi			
	18		4.200
Muskel-skelet			
Slidgigt	21		5.000
Leddegigt	6		1.600
Knogleskørhed	4		900
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	15		3.600
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.200
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	5		1.300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	15		3.800
Tinnitus	12		2.800
Grå stær	4		1.000



















Signifikant færre end i hele befolkningen



FIGUR 8.12

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



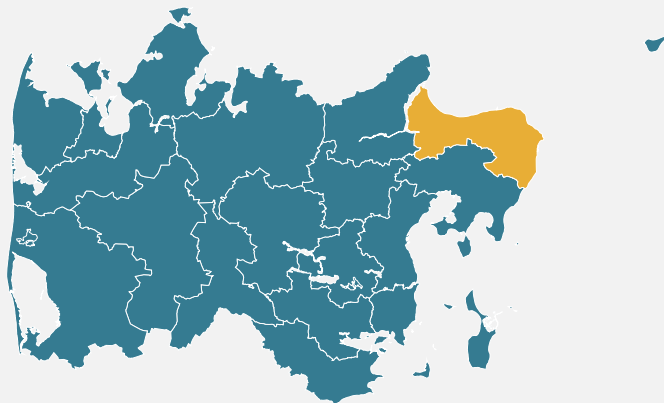
Lemvig

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	23		3.000
Hjertekrampe	2,2		300
Blodprop i hjertet	1,6		200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,1		300
Sukkersyge			
	6		800
Kræft			
	3		400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		600
Astma	6		800
Allergi			
	15		1.900
Muskel-skelet			
Slidgigt	23		3.000
Leddegigt	6		800
Knogleskørhed	3		400
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14		1.800
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	4		500
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	6		700
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	12		1.600
Tinnitus	14		1.900
Grå stær	4		600



















 Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen



FIGUR 8.13

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



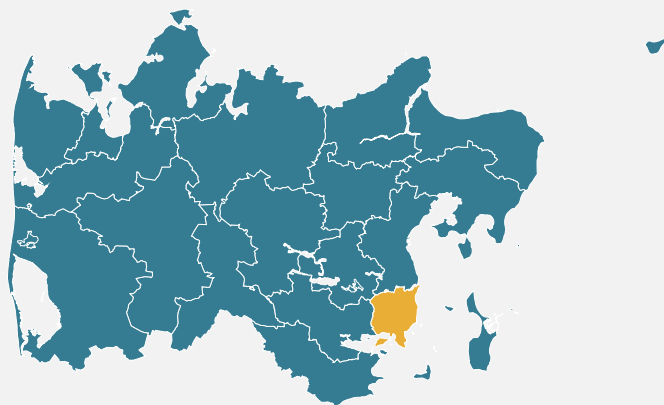
Norddjurs

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		4.900
Hjertekrampe	1,9		400
Blodprop i hjertet	1,5		300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,7		400
Sukkersyge			
	6		1.300
Kræft			
	4		1.000
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.000
Astma	7		1.700
Allergi			
	16		3.700
Muskel-skelet			
Slidgigt	21		4.900
Leddegigt	7		1.600
Knogleskørhed	3		600
Diskusprolaps, andre ryg sygdomme	14		3.300
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.200
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		1.900
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		3.100
Tinnitus	12		2.900
Grå stær	5		1.100

 Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.14

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



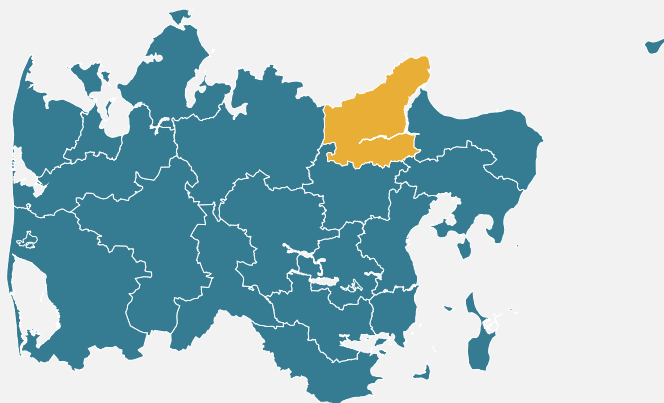
Odder

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	17	<div style="width: 17px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	2.300
Hjertekrampe	1,9	<div style="width: 1,9px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	300
Blodprop i hjertet	1,4	<div style="width: 1,4px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5	<div style="width: 1,5px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	200
Sukkersyge			
	5	<div style="width: 5px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	700
Kræft			
	3	<div style="width: 3px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	400
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	<div style="width: 4px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	600
Astma	6	<div style="width: 6px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	800
Allergi			
	20	<div style="width: 20px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	2.700
Muskel-skelet			
Slidgigt	21	<div style="width: 21px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	2.900
Leddegigt	5	<div style="width: 5px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	700
Knogleskørhed	2,5	<div style="width: 2,5px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	<div style="width: 14px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	1.800
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5	<div style="width: 5px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	700
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	7	<div style="width: 7px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	1.000
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14	<div style="width: 14px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	1.800
Tinnitus	11	<div style="width: 11px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	1.500
Grå stær	4	<div style="width: 4px; height: 10px; background-color: #007070;"></div>	500

Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.15

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



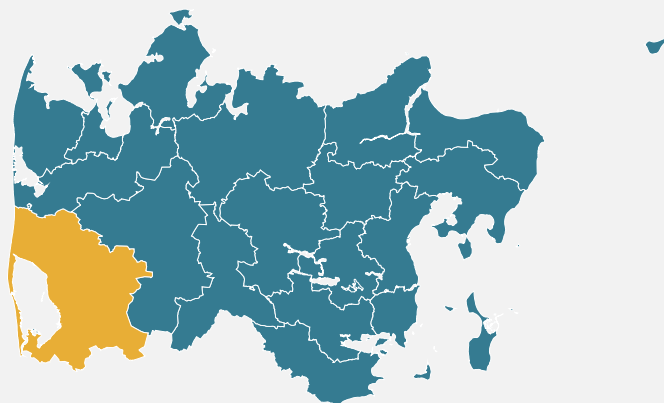
Randers

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	23		14.000
Hjertekrampe	1,8		1.100
Blodprop i hjertet	1,0		600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8		1.000
Sukkersyge			
	5		3.200
Kræft			
	3		1.500
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		2.900
Astma	6		3.400
Allergi			
	19		11.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	20		12.000
Leddegigt	7		4.100
Knogleskørhed	4		2.400
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14		8.100
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6		3.500
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		4.600
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		8.300
Tinnitus	12		7.400
Grå stær	4		2.400

Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 8.16

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



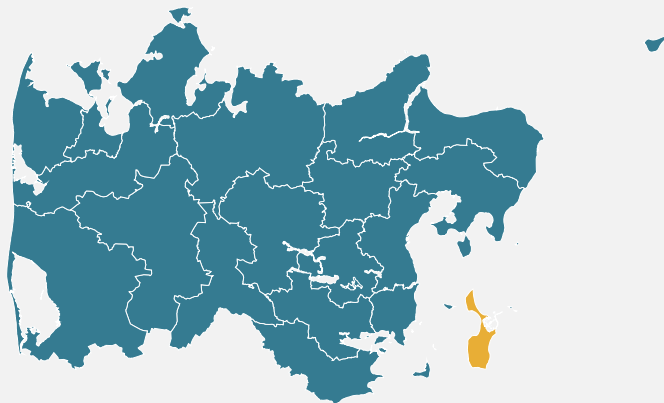
Ringkøbing-Skjern

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	21		7.000
Hjertekrampe	2,0		700
Blodprop i hjertet	2,2		800
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,5		500
Sukkersyge			
	6		1.900
Kræft			
	3		1.000
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		1.500
Astma	5		1.800
Allergi			
	16		5.500
Muskel-skelet			
Slidgigt	25		8.600
Leddegigt	6		2.000
Knogleskørhed	3		1.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	16		5.400
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.800
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	7		2.500
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	13		4.500
Tinnitus	13		4.500
Grå stær	3		1.200

Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.17

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



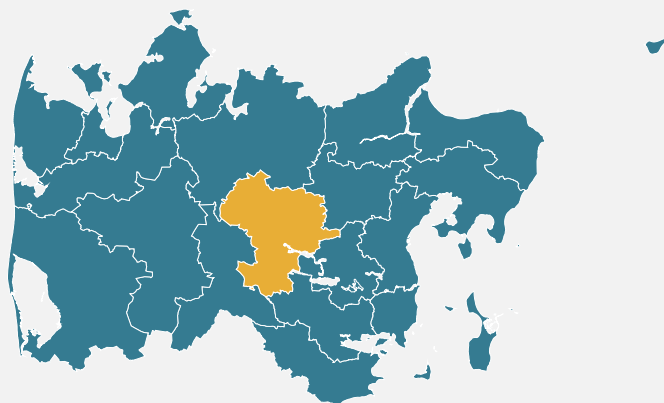
Samsø

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	24		600
Hjertekrampe	1,4		40
Blodprop i hjertet	1,0		30
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	3		70
Sukkersyge			
	6		200
Kræft			
	3		70
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5		100
Astma	6		100
Allergi			
	15		400
Muskel-skelet			
Slidgigt	30		800
Leddegigt	7		200
Knogleskørhed	2,3		60
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	16		400
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		100
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	9		200
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	11		300
Tinnitus	14		400
Grå stær	5		100

Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.18

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



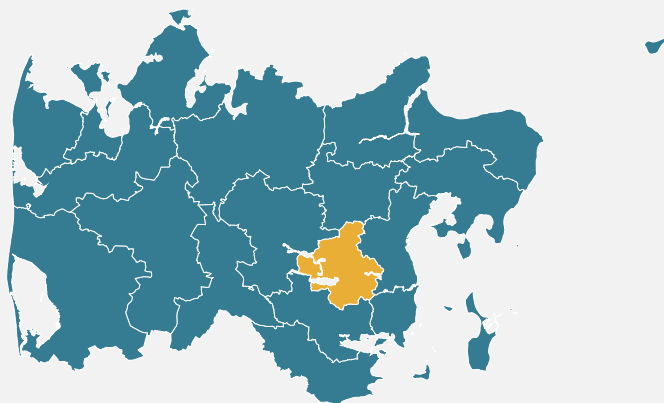
Silkeborg

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	19		10.000
Hjertekrampe	1,5		800
Blodprop i hjertet	1,7		900
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,3		700
Sukkersyge			
	5		2.800
Kræft			
	3		1.800
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4		2.200
Astma	6		3.200
Allergi			
	19		10.000
Muskel-skelet			
Slidgigt	20		11.000
Leddegigt	6		3.200
Knogleskørhed	4		2.100
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		7.000
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	4		2.300
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	6		3.100
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	12		6.200
Tinnitus	11		6.100
Grå stær	3		1.700

Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.19

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

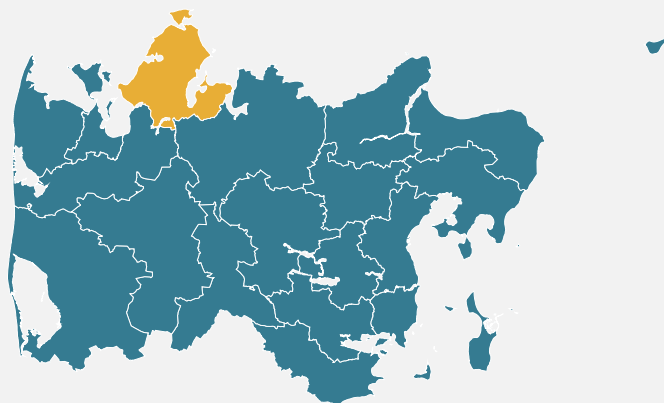


Skanderborg



















	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19	6.600
Hjertekrampe	1,2	400
Blodprop i hjertet	0,9	300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,2	400
Sukkersyge		
	6	2.000
Kræft		
	3	1.200
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	3	1.200
Astma	7	2.400
Allergi		
	21	7.400
Muskel-skelet		
Slidgigt	19	6.900
Leddegigt	5	1.800
Knogleskørhed	4	1.300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13	4.700
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5	1.700
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	7	2.600
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	5.100
Tinnitus	13	4.600
Grå stær	3	1.200



FIGUR 8.20

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



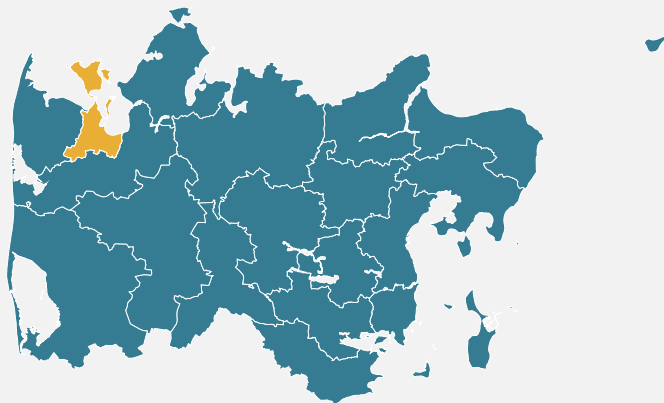
Skive

	Pct		Personer
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk	23		6.700
Hjertekrampe	1,8		500
Blodprop i hjertet	1,8		500
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6		500
Sukkersyge			
	5		1.500
Kræft			
	2,5		700
Luftveje			
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	6		1.700
Astma	8		2.200
Allergi			
	17		4.900
Muskel-skelet			
Slidgigt	23		6.700
Leddegigt	6		1.800
Knogleskørhed	4		1.300
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13		3.900
Psykiske lidelser			
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5		1.400
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8		2.300
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine	14		4.200
Tinnitus	13		3.800
Grå stær	4		1.200

 Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.21

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



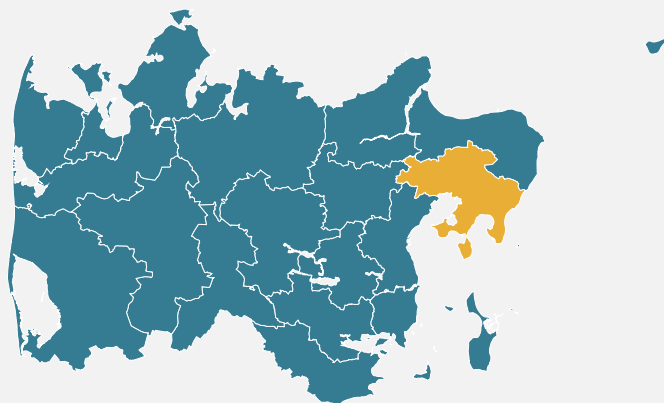
Struer

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	21	2.900
Hjertekrampe	1,3	200
Blodprop i hjertet	1,6	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,8	200
Sukkersyge		
	6	800
Kræft		
	3	500
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	600
Astma	6	900
Allergi		
	16	2.200
Muskel-skelet		
Slidgigt	24	3.300
Leddegigt	6	800
Knogleskørhed	4	500
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12	1.600
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	5	600
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	7	900
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	1.900
Tinnitus	11	1.600
Grå stær	5	600

■ Signifikant flere end i hele befolkningen
■ Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.22

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



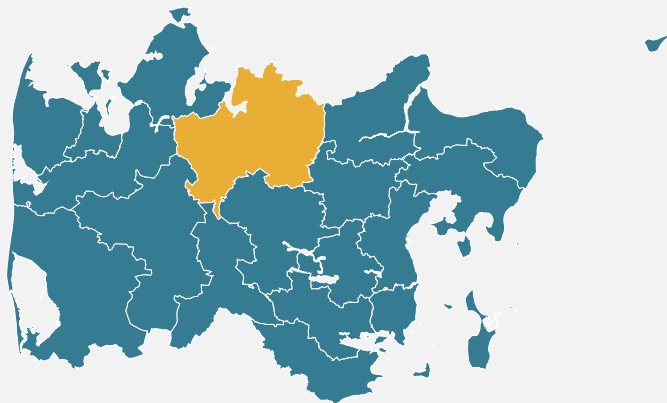
Syddjurs

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	22	5.800
Hjertekrampe	2,1	600
Blodprop i hjertet	0,9	200
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,6	400
Sukkersyge		
	7	1.800
Kræft		
	4	1.000
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5	1.300
Astma	6	1.700
Allergi		
	17	4.600
Muskel-skelet		
Slidgigt	21	5.600
Leddegigt	7	1.800
Knogleskørhed	3	800
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	14	3.800
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6	1.700
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	10	2.600
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	3.700
Tinnitus	13	3.400
Grå stær	3	700



















■ Signifikant flere end i hele befolkningen


FIGUR 8.23

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



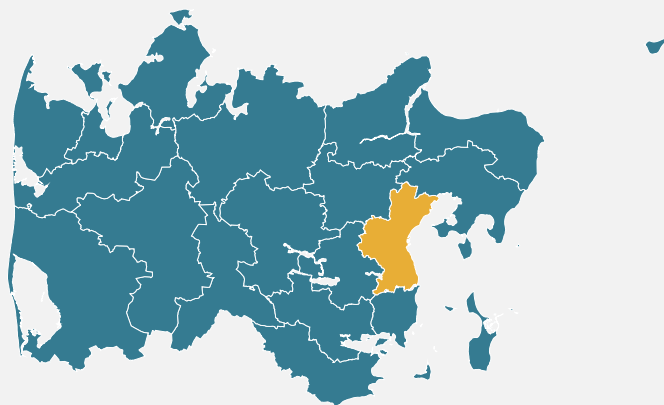
Viborg

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	19 	11.000
Hjertekrampe	1,9 	1.100
Blodprop i hjertet	1,1 	600
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	2,0 	1.100
Sukkersyge		
	5 	3.000
Kræft		
	2,0 	1.200
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	5 	2.700
Astma	7 	4.100
Allergi		
	19 	11.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	21 	12.000
Leddegigt	6 	3.400
Knogleskørhed	5 	2.900
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	13 	7.500
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	4 	2.300
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	8 	4.500
Nervesystem og sansorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	15 	8.500
Tinnitus	11 	6.300
Grå stær	5 	2.700

 Signifikant flere end i hele befolkningen

FIGUR 8.24

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



Aarhus

	Pct	Personer
Hjerte-kar		
Forhøjet blodtryk	16	28.000
Hjertekrampe	1,1	2.000
Blodprop i hjertet	0,7	1.300
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1,0	1.700
Sukkersyge		
	5	8.400
Kræft		
	3	5.400
Luftveje		
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger	4	7.100
Astma	7	12.000
Allergi		
	22	39.000
Muskel-skelet		
Slidgigt	18	32.000
Leddegigt	5	8.000
Knogleskørhed	3	6.000
Diskusprolaps, andre rygsygdomme	12	21.000
Psykiske lidelser		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	6	10.000
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	9	16.000
Nervesystem og sanseorganer		
Migræne, hyppig hovedpine	14	24.000
Tinnitus	11	20.000
Grå stær	3	5.100

■ Signifikant flere end i hele befolkningen
■ Signifikant færre end i hele befolkningen

FIGUR 8.25

Forekomsten af 18 kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - hyppigste forekomst i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau.

	Alder			Køn		Uddannelsesniveau		
	Unge (25-44 år)	Midaldernde (45-64 år)	Ældre (65-79 år)	Mand	Kvinde	Lavt	Middel	Højt
Potentielt livstruende kroniske sygdomme								
Forhøjet blodtryk			●	○	○	●		
Hjertekrampe			●	●		●		
Blodprop i hjertet			●	●		●		
Hjerneblødning, blodprop i hjernen			●	●		●		
Sukkersyge			●	●		●		
Kræft			●		●	○	○	○
Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger			●	○	○	●		
Ikke-livstruende kroniske sygdomme								
Astma	○	○	○		●	●		
Allergi	●				●			●
Slidgigt			●		●	●		
Leddegigt		●	●	○	○	●		
Knogleskørhed			●		●	○	○	○
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		●	●	○	○	●		
Psykiske lidelser (mindre end 6 mdr.)	●	●			●	●		
Psykiske lidelser (mere end 6 mdr.)	●	●			●	●		
Migræne, hyppig hovedpine	●	●			●	●		
Tinnitus		●	●	●		○	○	○
Grå stær			●		●	●		

● Hyppigst hos

○ Ingen forskel

1. Analysen er foretaget ved hjælp af logistisk regression med hver af de 18 kroniske sygdomme som afhængig variabel og køn, alder og uddannelsesniveau som forklarende variable. Statistisk signifikante interaktionsled er medtaget i modellerne. De justerede procentsatser for sygdomsforekomst er beregnet ud fra modellerne ved hjælp af såkaldte predictive margins, jf. Graubard BI, Korn EL. Predictive margins with survey data. Biometrics 55: 652-659: 2004.

Kroniske sygdomme - køn, alder og uddannelse

Der er betydelige forskelle i forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Her præsenteres resultaterne fra en analyse, hvor alle tre variable er inddraget på én gang. Det vil sige, at for hver af de tre variable er der justeret for forskelle i de to andre variable¹. Det generelle mønster er sammenfattet i figur 8.25, mens forekomsten hos mænd og kvinder i de forskellige aldersgrupper kan ses i figur 8.26 og i forhold til uddannelsesniveau i figur 8.27.

Alder. Forekomsten af kronisk sygdom stiger generelt med alderen, men der er væsentlige undtagelser. Ved de potentielt livstruende sygdomme er mønsteret entydigt.

- Hjerte-kar-sygdomme, sukkersyge, kræft og kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger forekommer væsentligt hyppigere hos ældre end hos yngre

Ved de ikke-livstruende sygdomme er mønsteret mere komplekst. Visse ikke-livstruende sygdomme forekommer hyppigst hos ældre, mens andre forekommer hyppigst hos midaldrende eller unge.

For muskel-skelet-sygdommene ses en kraftig stigning i knogleskørhed, slidgigt og leddegigt med alderen.

- For leddegigt synes forekomsten at stabilisere sig ved 55-64 år
- For diskusprolaps/andre rygssygdomme er der en stigning til og med 55-64 år, hvorefter der er et ret betydeligt fald

Psykiske lidelser er generelt mere udbredt hos yngre og midaldrende end hos ældre.

- Både psykiske lidelser af mindre og mere end 6 måneders varighed forekommer hyppigst i alderen 25-64 år. Herefter falder forekomsten markant

Andre ikke-livstruende sygdomme med en afvigende aldersprofil er:

- Astma, hvor der ikke er større forskel i forekomst mellem aldersgrupperne
- Allergi, hvor forekomsten falder markant med alderen
- Migræne/hyppig hovedpine, hvor der indtræder et kraftigt fald hos kvinder efter 45-54 år, og hos mænd efter 55-64 år

Tinnitus og grå stær forekommer begge langt hyppigere hos ældre end hos yngre.

For grå stær er der tale om en kraftig stigning i forekomsten hos personer over 55-64 år.

Køn. Der er markante forskelle mellem mænds og kvinders sygdomsmønstre.

- De potentielt livstruende kroniske sygdomme er hyppigst hos mænd

Undtagelserne er forhøjet blodtryk og kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, som forekommer lige så hyppigt hos mænd og kvinder, og kræft, som forekommer hyppigere hos især yngre og midaldrende kvinder.

De ikke-livstruende kroniske sygdomme er hyppigst hos kvinder.

Undtagelserne er leddegigt og diskusprolaps/andre rygssygdomme, der er lige hyppige hos mænd og kvinder, og tinnitus, der forekommer væsentligt hyppigere hos mænd.

- Ikke-livstruende kroniske sygdomme med en markant større hyppighed blandt kvinder end blandt mænd er allergi, slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine

Forskellen i mænds og kvinders sygdomsmønstre forklarer formentlig det tilsyneladende paradoks, at danske kvinder i gennemsnit lever fire år længere end danske mænd (22) på trods af, at flere kvinder end mænd har et dårligt selv vurderet helbred og at kvinder har et større forbrug af sundhedsydelse.

Kvinder er mere belastede end mænd af ikke-livstruende kroniske sygdomme, der forringer livskvaliteten, mens potentielt livstruende kroniske sygdomme forekommer hyppigere hos mænd.

Uddannelsesniveau. Ved 14 ud af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede. Ved de potentielt livstruende kroniske sygdomme er kræft den eneste undtagelse. Kræft forekommer lige så hyppigt på alle tre uddannelsesniveauer.

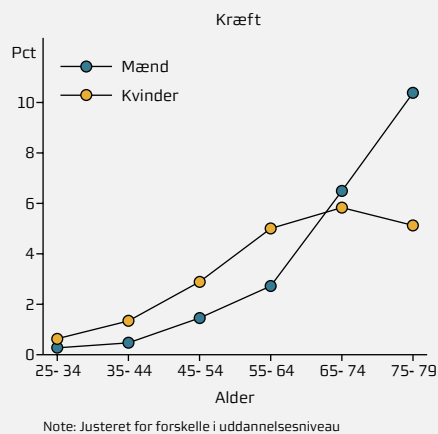
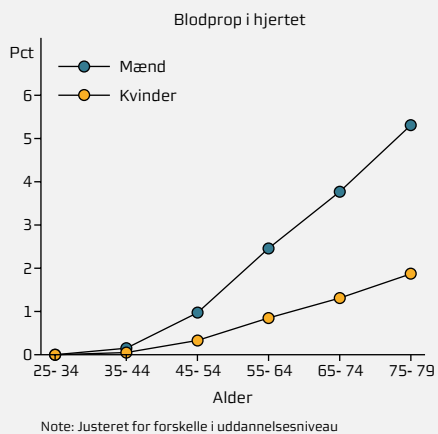
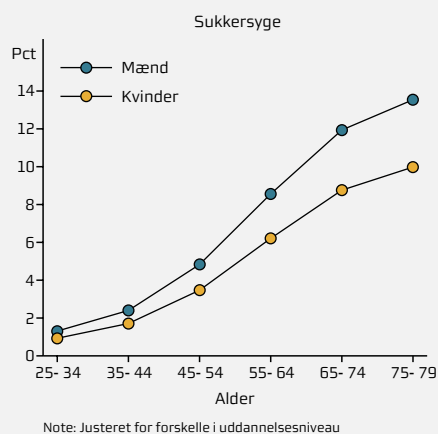
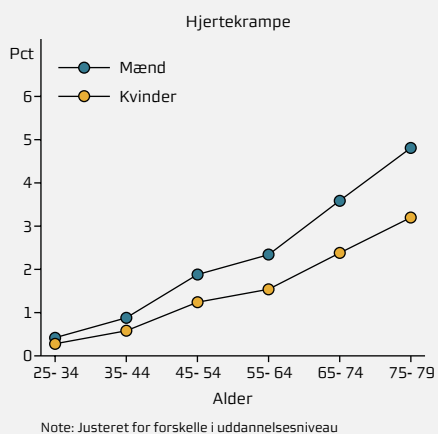
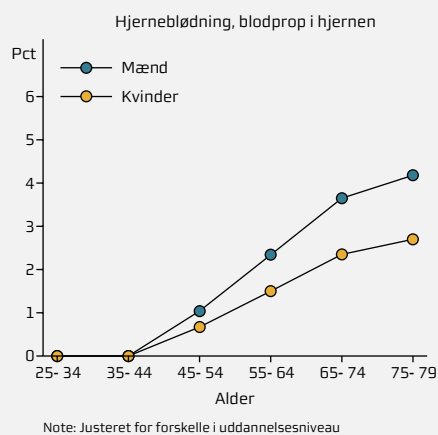
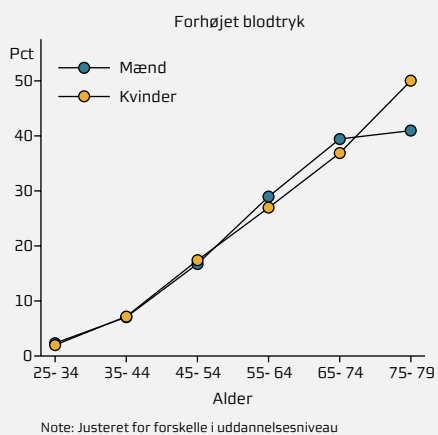
Blandt de ikke-livstruende kroniske sygdomme stiger forekomsten af allergi markant med uddannelsesniveauet.

Knogleskørhed og tinnitus er næsten lige hyppigt på alle uddannelsesniveauer.

Forekomsten af de øvrige ikke-livstruende kroniske sygdomme er størst hos de lavtuddannede.

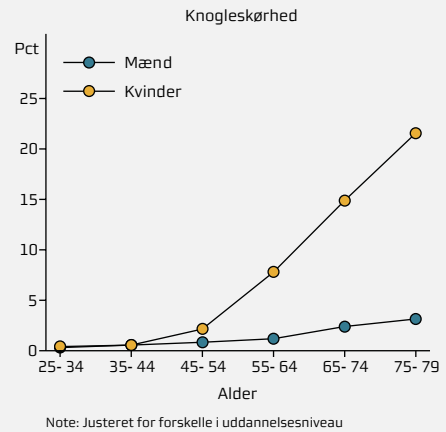
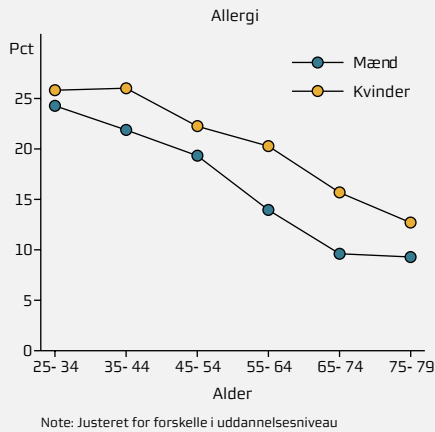
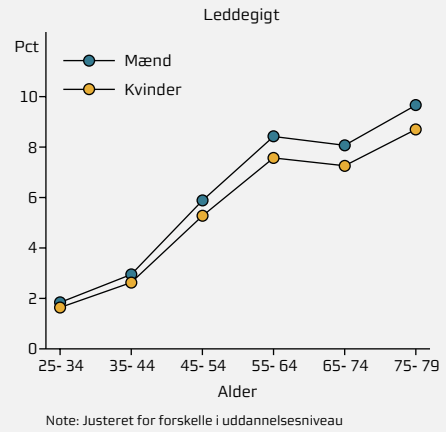
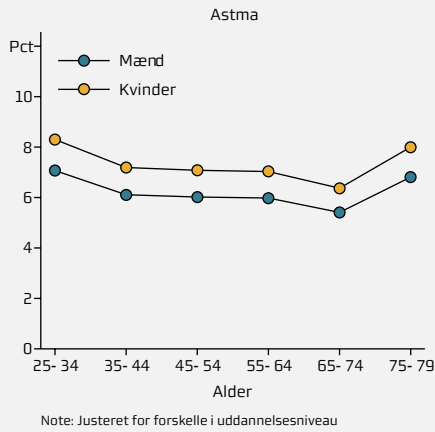
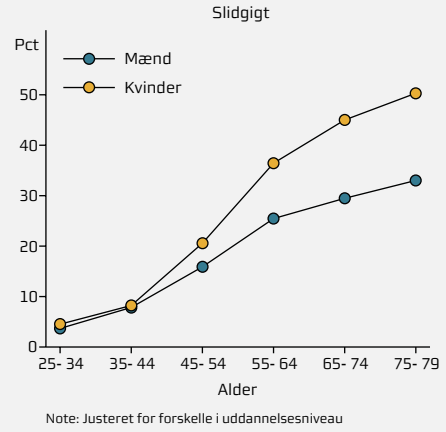
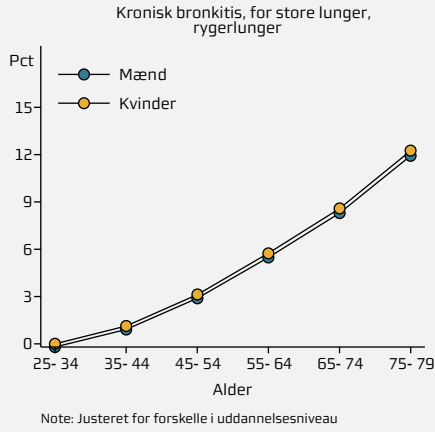
Analyserne dokumenterer således, at der er markant social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme.

FIGUR 8.26
Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder



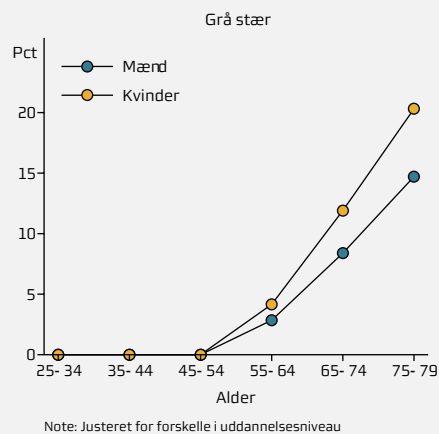
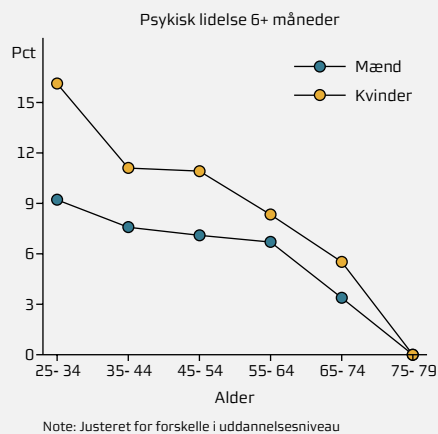
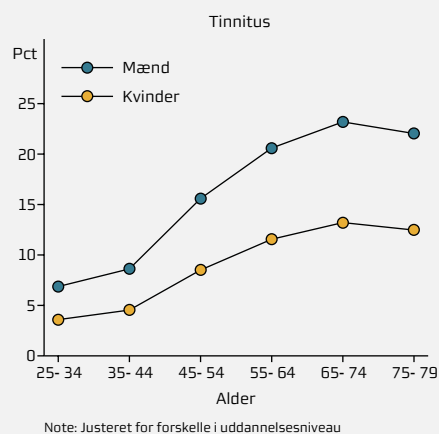
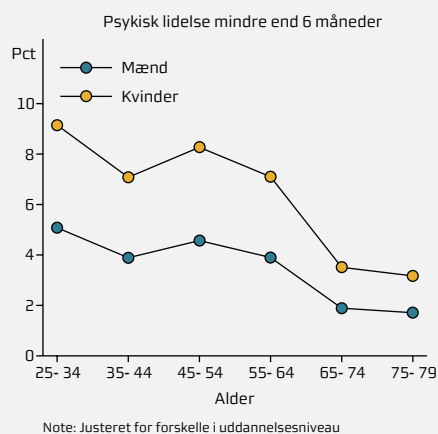
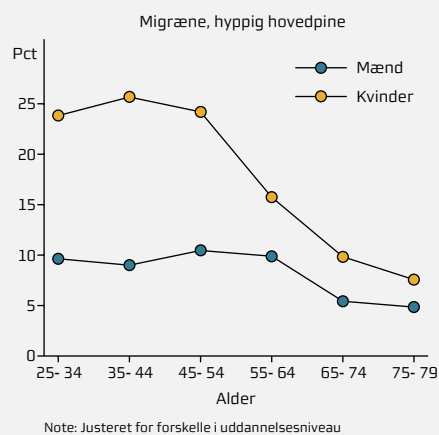
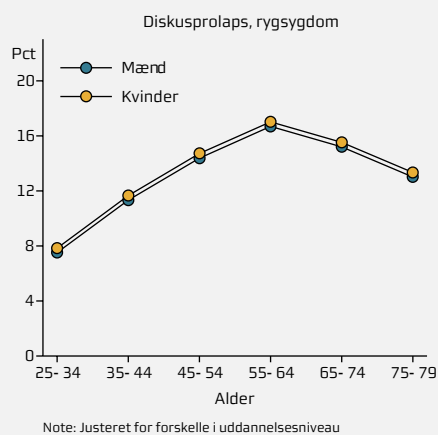
FIGUR 8.26 FORTSAT

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder



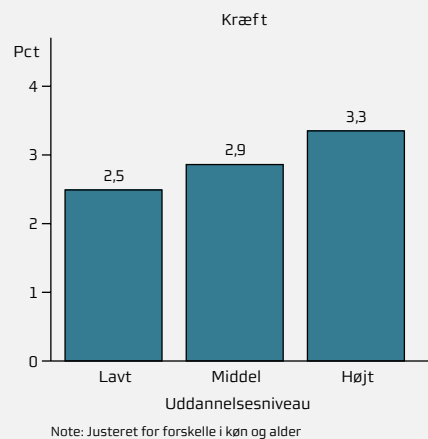
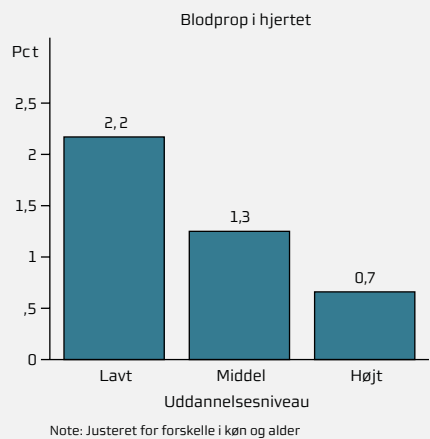
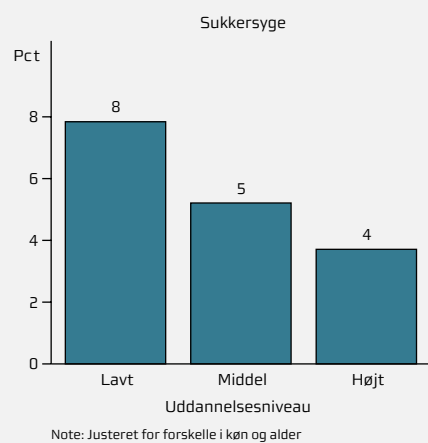
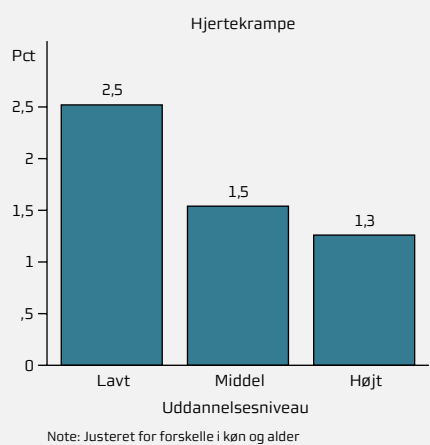
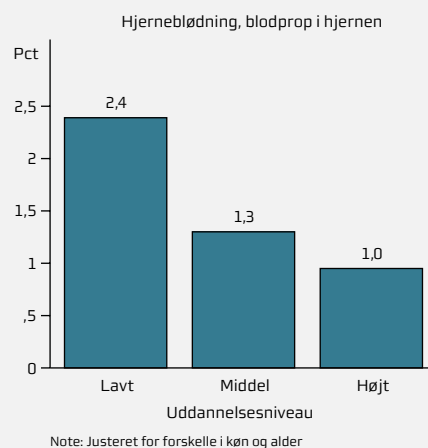
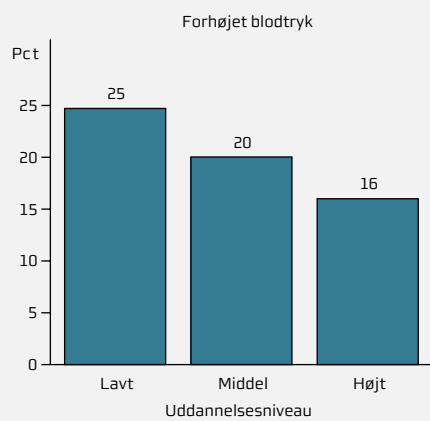
FIGUR 8.26 FORTSAT

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - køn og alder



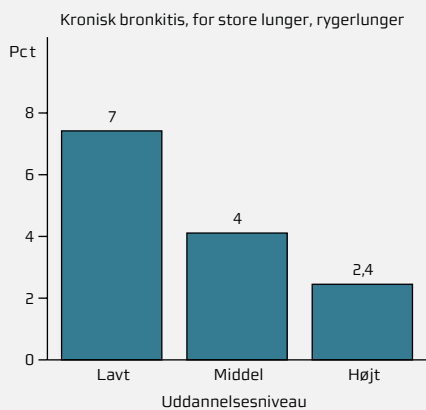
FIGUR 8.27

Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelse

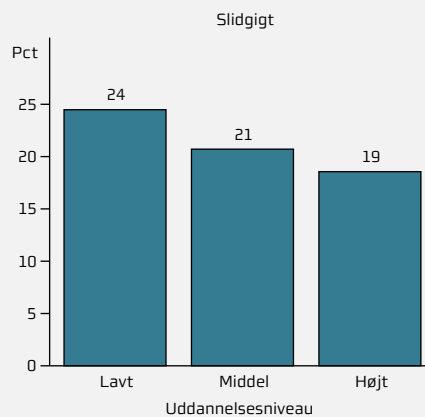


FIGUR 8.27 FORTSAT

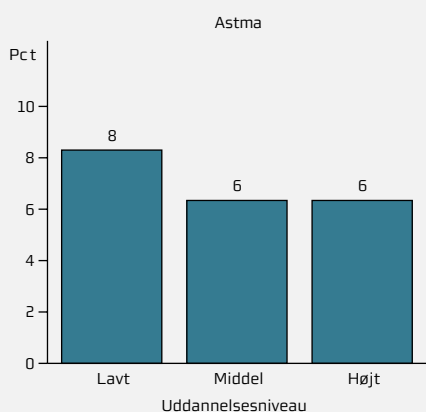
Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelse



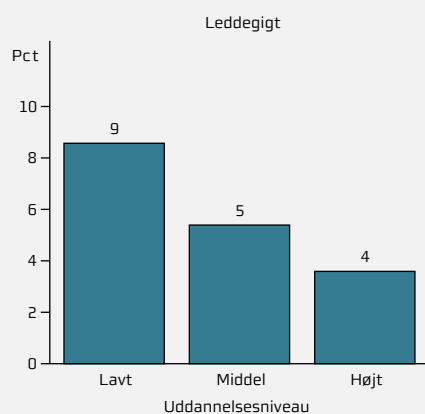
Note: Justeret for forskelle i køn og alder



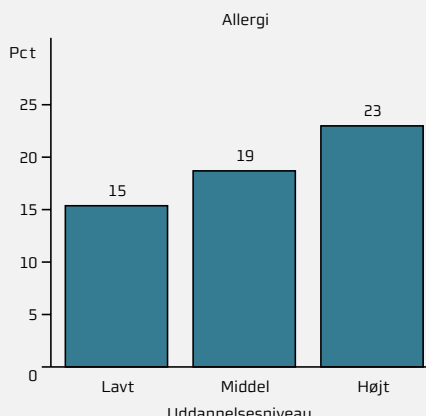
Note: Justeret for forskelle i køn og alder



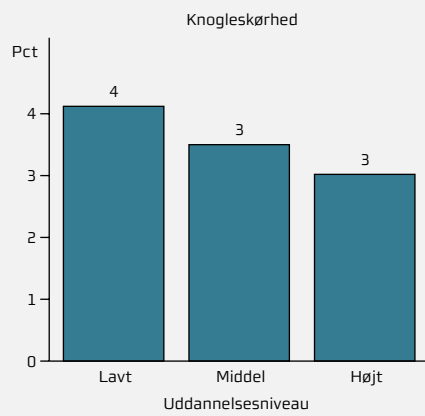
Note: Justeret for forskelle i køn og alder



Note: Justeret for forskelle i køn og alder



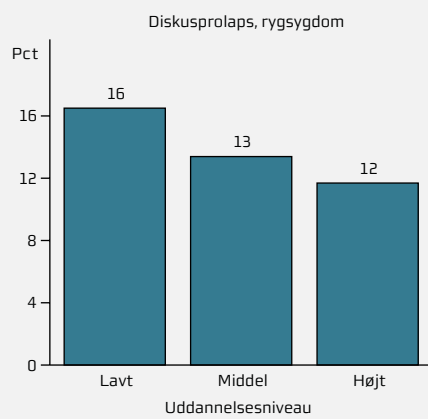
Note: Justeret for forskelle i køn og alder



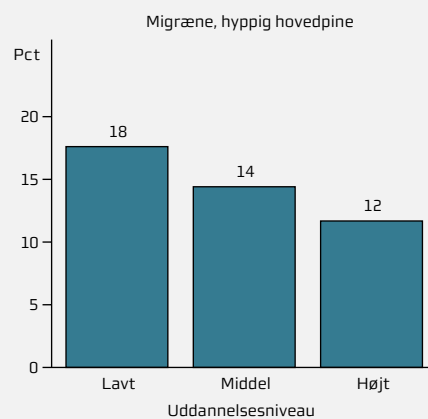
Note: Justeret for forskelle i køn og alder

FIGUR 8.27 FORTSAT

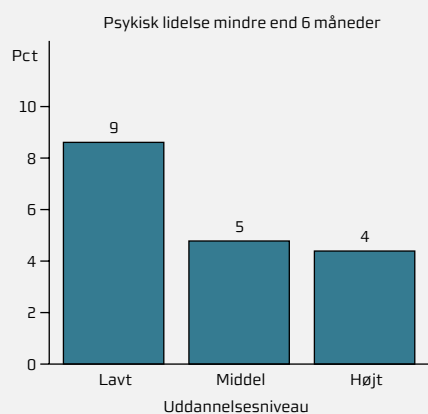
Forekomsten af kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) - uddannelse



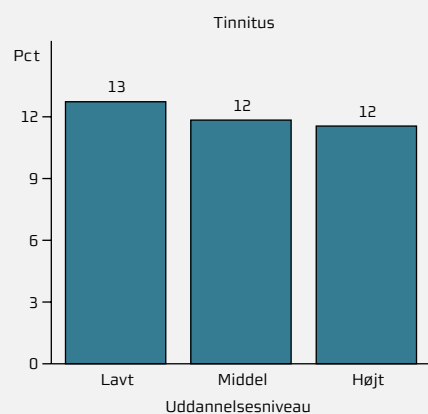
Note: Justeret for forskelle i køn og alder



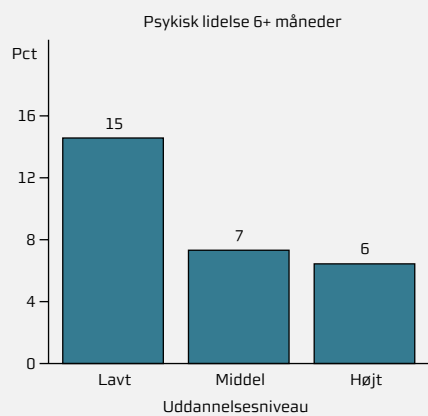
Note: Justeret for forskelle i køn og alder



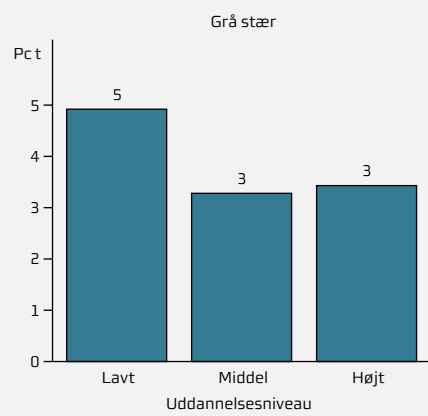
Note: Justeret for forskelle i køn og alder



Note: Justeret for forskelle i køn og alder



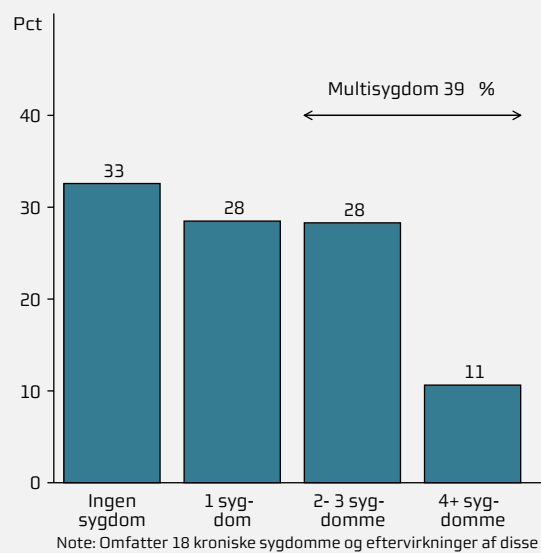
Note: Justeret for forskelle i køn og alder



Note: Justeret for forskelle i køn og alder

FIGUR 8.28

Forekomsten af kronisk sygdom og multisygdom (aktuel sygdom og eftervirkninger)



Multisygdom

Multisygdom kan defineres som det, at en person har to eller flere kroniske sygdomme samtidig (23). Mange mennesker med kronisk sygdom er multisyge.

Undersøgelser viser, at personer med multisygdom har forhøjet dødelighed (24), forøget risiko for indlæggelse på hospital (25, 26), og for at indlæggelsen bliver af længere varighed. De har desuden nedsat livskvalitet (27), nedsat fysisk funktionsevne (28) og forøget risiko for at lide af depression.

Multisygdom kan medføre en betydelig behandlingsbyrde for patienten (29). Ved indtagelse af flere lægemidler samtidig (polyfarmaci) øges risikoen for fejlmedicinering, bivirkninger og lægemiddelinteraktioner. Det kan være tids- og ressourcekrævende at følge et omfattende behandlingsprogram. Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller simpelthen overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver dårlig.

Multisygdom er et nyt forskningsfelt, og der mangler systematisk viden om udbredelse og konsekvenser af multisygdom. Der er desuden behov for at udvikle og afprøve modeller i sundhedsvæsenet for udredning og behandling af patienter med multisygdom, herunder forløbsprogrammer for patienter med multisygdom.

I et sundhedsvæsen som det danske med et højt specialiseringsniveau kan det være en faglig og organisatorisk udfordring at give borgere med multisygdom den optimale behandling, især hvis det drejer sig om sygdomme fra to eller flere faglige specialer, hvor behandlingen skal koordineres og afstemmes på tværs af afdelinger og specialer.

Sundhedsstyrelsen påpeger i *Forløbsprogram for kronisk sygdom – den generiske model*, at multisygdom bør indgå som et tema i alle fremtidige forløbsprogrammer (30). I Region Midtjyllands *Sundhedsplan 2013. Fælles ansvar for sundhed* nævnes multisygdom som en af de udfordringer, der skal arbejdes med i sundhedsvæsenet (31).

På Regionshospitalet Silkeborg er der i 2012 som det første sted i Danmark oprettet en klinik for multisygdom med tilbud om speciallægevurdering på tværs af de medicinske specialer samt medicingennemgang.

Patienter med flere kroniske sygdomme stiller sundhedsvæsenet over for nye udfordringer:

- Multisygdom kan vanskeliggøre behandlingen af den enkelte sygdom. Bl.a. øges risikoen for generende bivirkninger og utilsigtede hændelser ved indtagelse af flere slags medicin samtidig

- Multisygdom kan være en hindring for deltagelse i genoptræning/rehabilitering og i forebyggende og sundhedsfremmende tilbud
- Multisygdom kan føre til fragmenteret og ineffektiv behandling, fordi der er for lidt koordinering mellem behandlerne
- Multisygdom øger ofte behovet for hjælp og støtte til dagligdagens gøremål

Det er derfor relevant at belyse forekomsten af multisygdom i befolkningen.

Opgørelsen af multisyge 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 (32).

Figur 8.28 viser, hvor stor en del af befolkningen, der har én eller flere af de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2013*:

- 28 % har én kronisk sygdom

Mere end halvdelen af de personer, der har en kronisk sygdom, er multisyge:

- 28 % har to til tre kroniske sygdomme
- 11 % har fire eller flere kroniske sygdomme

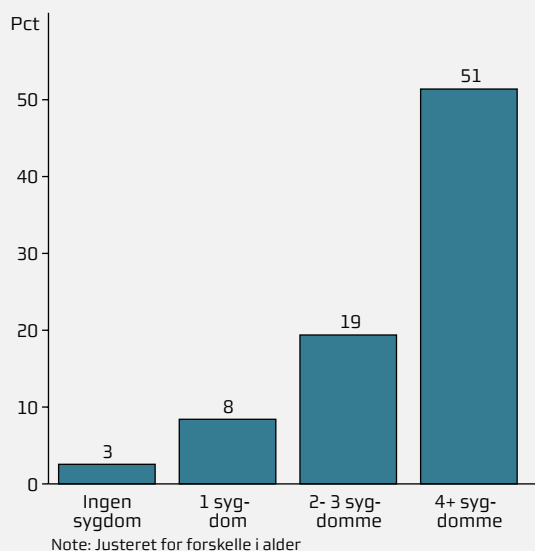
Der er således 39 % af den voksne befolkning, der ud fra den anvendte opgørelsesmetode har multisygdom. Der er medregnet aktuel sygdom og eftervirkninger af sygdom. Andelen med aktuel sygdom udgør langt den største andel (ikke vist).

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, har der været en stigning i andelen med multisygdom fra 30 % til 35 %. Kun en mindre del af denne stigning skyldes ændringer i befolkningens alderssammensætning. Se [figur 8.22.S i bind 2.](#) ◀

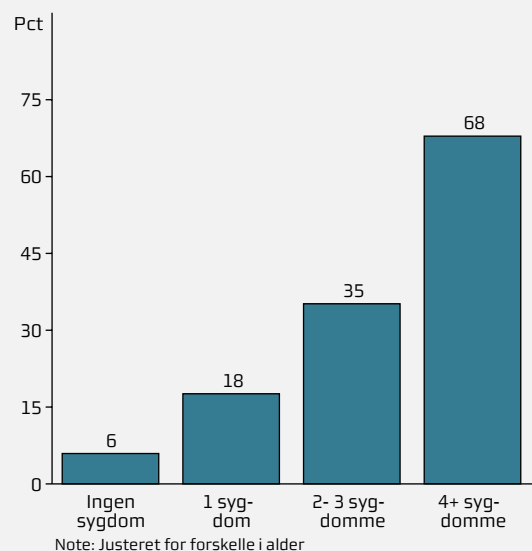
► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, har der været en stigning i andelen med multisygdom fra 34 % til 35 %. Se [figur 8.22.S i bind 2.](#) ◀

FIGUR 8.29

Andel med dårligt selv vurderet helbred i forhold til antallet af kroniske sygdomme

**FIGUR 8.30**

Andel der er hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme



Multisygdom og helbredsbelastning

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem multisygdom og helbredsbelastning.

Ligesom i foregående afsnit opdeles befolkningen i fire grupper efter antallet af kroniske sygdomme (undersøgelsens 18 kroniske sygdomme samt eftervirkninger af disse).

Figur 8.29 viser andelen med dårligt selv vurderet helbred hos personer uden kronisk sygdom, med en enkelt kronisk sygdom, med to til tre kroniske sygdomme og med fire eller flere kroniske sygdomme.

- 3 % uden kronisk sygdom har et dårligt selv vurderet helbred
- 8 % med en enkelt kronisk sygdom har et dårligt selv vurderet helbred
- 19 % med to til tre kroniske sygdomme har et dårligt selv vurderet helbred
- 51 % med fire eller flere kroniske sygdomme har et dårligt selv vurderet helbred

For at tage højde for, at andelen med kroniske sygdomme stiger med alderen, er der justeret for aldersforskelle mellem de fire grupper.

En tilsvarende analyse er lavet af sammenhængen mellem antallet af kroniske sygdomme og andelen, der er henholdsvis: 1) hæmmet i sine daglige udfoldelser af sygdom, 2) meget hæmmet i sine daglige udfoldelser af sygdom, 3) har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål.

Figur 8.30 viser andelen, der er hæmmet af sygdom, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

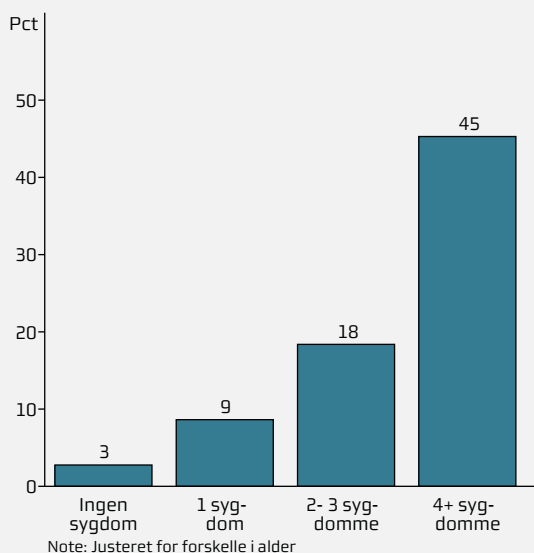
Figur 8.31 viser andelen, der er meget hæmmet af sygdom, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Figur 8.32 viser andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

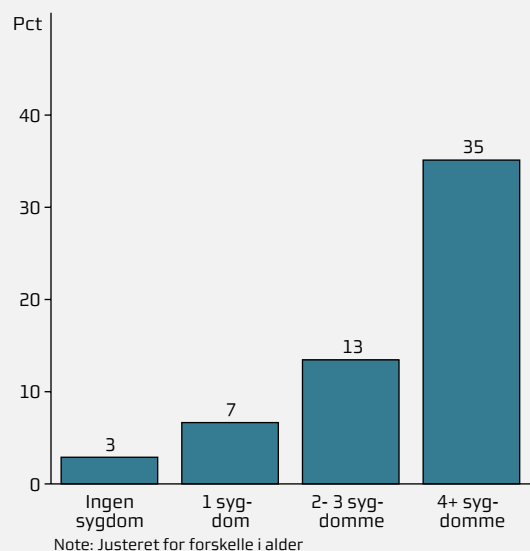
Der er i alle tilfælde justeret for aldersforskelle mellem de analyserede undergrupper.

FIGUR 8.31

Andel der er meget hæmmet af sygdom i forhold til antallet af kroniske sygdomme

**FIGUR 8.32**

Andel der har brug for hjælp til daglige gøremål i forhold til antallet af kroniske sygdomme



Det generelle billede, der tegner sig, er:

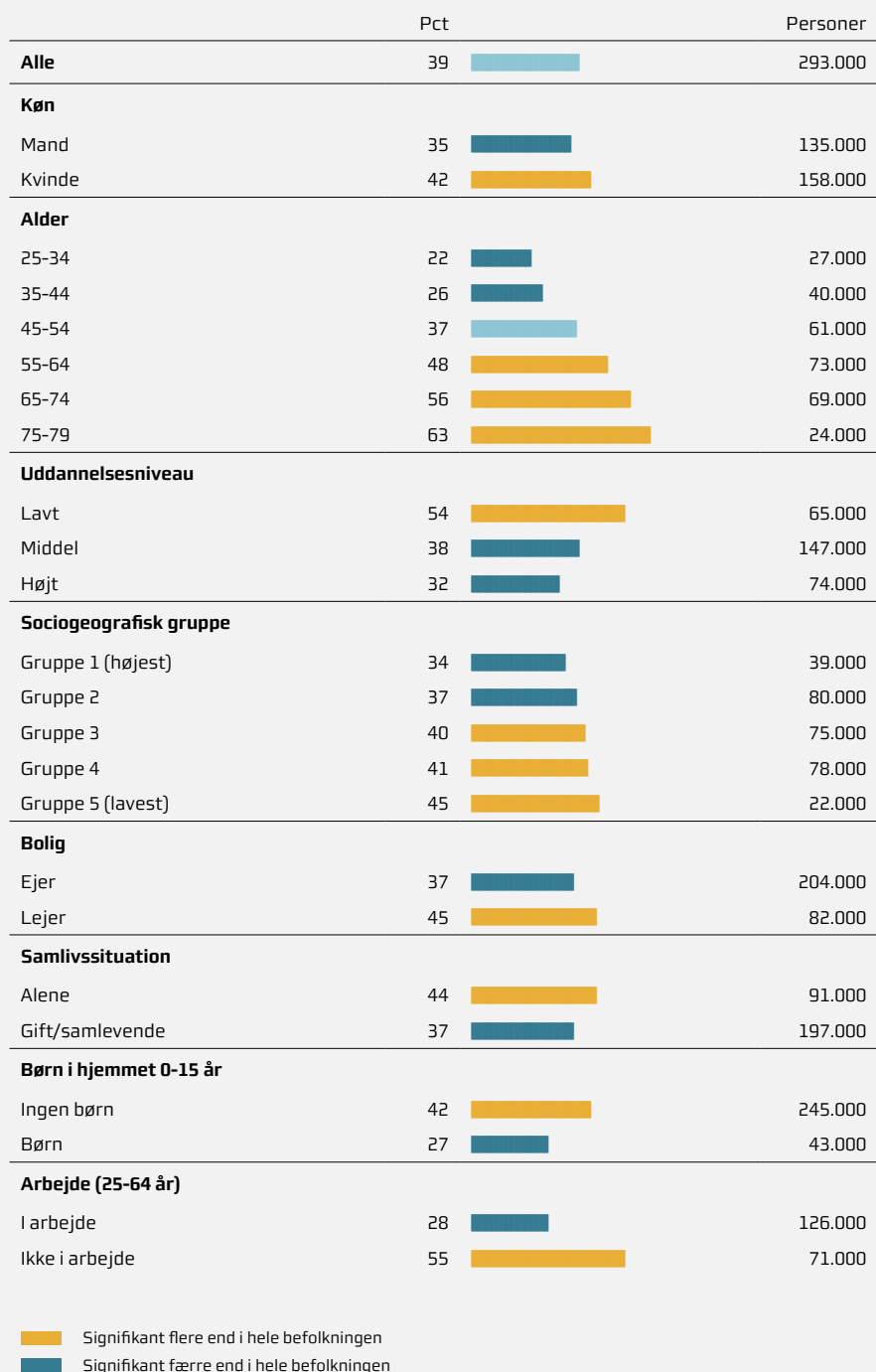
- at der er en meget stærk sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og helbredsbelastning, og
- at personer med multisygdom oplever en betydeligt større helbredsbelastning end personer med en enkelt kronisk sygdom

Den største helbredsbelastning ses ved mennesker med fire eller flere kroniske sygdomme. Fx har 35 % med fire eller flere kroniske sygdomme brug for hjælp til deres daglige gøremål mod 3 % blandt personer uden kronisk sygdom og 7 % blandt personer med en enkelt kronisk sygdom.

Det skal bemærkes, at den benyttede opgørelsesmetode viser de "gennemsnitlige" konsekvenser af at have en eller flere kroniske sygdomme, idet antallet af sygdomme hos den enkelte undersøgelsesdeltager er opgjort ved en simpel sammentælling uden hensyntagen til sygdommens alvorlighedsgrad. Det betyder fx, at allergi vægter lige så meget som kræft, når antallet af sygdomme opgøres. Ønsker man at belyse konsekvenserne af særlige kombinationer af sygdomme, kræver det mere detaljerede analyser.

På trods af den simple opgørelsesmetode viser resultaterne, at mange mennesker med multisygdom har særlige behov, både med hensyn til behandling, rehabilitering, forebyggelse og social støtte. Hvis det kan forebygges, at borgere, der allerede har en eller flere sygdomme, udvikler yderligere kroniske sygdomme, vil det være en sundhedsmæssig gevinst, da hver ny sygdom, der kommer til, begrænser funktionsevnen. Det er derfor vigtigt at kende udbredelsen af multisygdom i forskellige dele af befolkningen.

FIGUR 8.33
Multisygdom - køn, alder og sociale forhold



Multisygdom - køn, alder og sociale forhold

I det følgende beskrives forekomsten af multisygdom - det vil sige andelen af borgere med to eller flere kroniske sygdomme - i forhold til køn, alder og sociale forhold.

Det generelle billede er, at der er betydelige forskelle på tværs af grupperne, se figur 8.33.

Køn. Flere kvinder end mænd har multisygdom.

Alder. Andelen med multisygdom stiger markant med alderen fra 22 % blandt de 25-34-årige til 63 % blandt de 75-79-årige.

Uddannelse. Der er en betydelig uddannelsesmæssig skævhed i forekomsten af multisygdom. Der er en markant højere forekomst af multisygdom blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Multisygdom er mere end 60 % så hyppigt her end hos personer med et højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Andelen med multisygdom stiger markant fra højeste til laveste sociogeografiske gruppe.

Bolig. Der er flere med multisygdom blandt personer, der bor til leje, end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Der er flere med multisygdom blandt personer, der lever alene, end blandt gifte/samlevende.

Børn i hjemmet. Der er markant flere med multisygdom blandt personer, der ikke har børn i alderen 0-15 år i hjemmet.

Arbejde. Der er dobbelt så mange med multisygdom blandt personer, der ikke er i arbejde, end blandt personer, der er i arbejde i alderen 25-64 år.

Der er en signifikant større andel med multisygdom end i hele befolkningen, blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3, 4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der bor alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Da andelen med multisygdom stiger stærkt med alderen, er der foretaget en uddybende analyse (ikke vist), hvor forekomsten af multisygdom er beregnet efter, at der er justeret for forskelle i alderssammensætning i de grupper, der sammenlignes i figur 8.33.

Justering for forskelle i alderssammensætning medfører kun små eller ingen ændringer med hensyn til forekomsten af multisygdom ved køn, sociogeografisk gruppe, samlivssituation og i forhold til, om personer i den erhvervsaktive alder er i arbejde eller ej.

Forskellen i forekomsten af multisygdom mellem personer med lavt, middelhøjt og højt uddannelsesniveau reduceres noget, men er dog stadig markant.

Der sker en væsentlig udjævning i forekomsten af multisygdom mellem personer med og uden børn i hjemmet, men der er stadig en signifikant højere andel med multisygdom blandt personer uden børn i hjemmet efter justering for aldersforskelle mellem de to grupper.

Forskellen i forekomsten af multisygdom øges mellem personer, der bor til leje, og personer, der bor i ejerbolig, efter justering for aldersforskelle.

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, har der været en stigning i andelen med multisygdom hos både mænd og kvinder, hos personer i alderen 45-79 år, samt hos personer på alle uddannelsesniveauer dog mest hos de lavtuddannede. Se figur 8.23.S i bind 2. ◀

► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, er forekomsten af multisygdom steget lidt hos kvinder. Desuden er der sket en stigning hos de 65-74-årige samt i alle uddannelsesgrupper, dog mest hos de lavtuddannede. Se figur 8.23.S i bind 2. ◀

FIGUR 8.34

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - køn, alder og sociale forhold

	Pct		Personer
Alle	11		80.000
Køn			
Mand	9		34.000
Kvinde	12		46.000
Alder			
25-34	3		3.200
35-44	5		7.400
45-54	10		16.000
55-64	14		22.000
65-74	18		23.000
75-79	25		9.300
Uddannelsesniveau			
Lavt	20		25.000
Middel	10		38.000
Højt	6		15.000
Sociogeografisk gruppe			
Gruppe 1 (højest)	8		8.900
Gruppe 2	9		19.000
Gruppe 3	11		21.000
Gruppe 4	12		23.000
Gruppe 5 (lavest)	16		7.800
Bolig			
Ejer	9		48.000
Lejer	16		29.000
Samlivssituation			
Alene	15		31.000
Gift/samlevende	9		49.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Ingen børn	12		71.000
Børn	5		7.700
Arbejde (25-64 år)			
I arbejde	5		21.000
Ikke i arbejde	21		26.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - køn, alder og sociale forhold

Analyserne i afsnittet om multisygdom og helbredsbelastning viser, at den tiendedel af befolkningen, der har fire eller flere kroniske sygdomme, udgør en særligt belastet gruppe. I det følgende beskrives forekomsten af fire eller flere kroniske sygdomme i forhold til køn, alder og sociale forhold. Se figur 8.34.

Køn. Flere kvinder end mænd har fire eller flere kroniske sygdomme.

Alder. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme øges væsentligt med alderen. I den ældste aldersgruppe (75-79 år) har hver fjerde fire eller flere kroniske sygdomme.

Uddannelse. Mere end tre gange så mange med lavt uddannelsesniveau har fire eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med personer med højt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk gruppe. Dobbelt så mange i den laveste sociogeografiske gruppe har fire eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med den højeste sociogeografiske gruppe.

Bolig. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er væsentligt større hos personer, der bor i lejebolig, sammenholdt med personer, der bor i ejerbolig.

Samlivssituation. Personer, der bor alene, har oftere fire eller flere kroniske sygdomme end personer, der er gift/samlevende.

Børn i hjemmet. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er mere end dobbelt så stor blandt personer, hvor der ikke er børn i alderen 0-15 år i hjemmet, sammenholdt med personer med børn i hjemmet.

Arbejde. Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), er der fire gange så mange med fire eller flere kroniske sygdomme blandt personer, der ikke er i arbejde, sammenholdt med personer, der er i arbejde.

Der er en signifikant større andel med fire eller flere kroniske sygdomme end i hele befolkningen blandt:

- Kvinder
- Personer i alderen 55-79 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Sociogeografisk gruppe 3,4 og 5
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der lever alene
- Personer, der ikke bor sammen med børn
- Personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde

Ligesom ved analysen af samtlige multisyge i regionen er der fortaget en uddybende analyse (ikke vist) af andelen med fire eller flere sygdomme, hvor der er justeret for forskelle i alderssammensætning i de grupper, der sammenlignes i figur 8.34.

Effekten af aldersjustering på andelen med fire eller flere sygdomme er i store træk den samme som ved to eller flere sygdomme. Der sker en vis udjævning i forskellen mellem de tre uddannelsesniveauer, selv om forskellen stadig er markant, idet dobbelt så mange med lavt uddannelsesniveau har fire eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med personer med højt uddannelsesniveau.

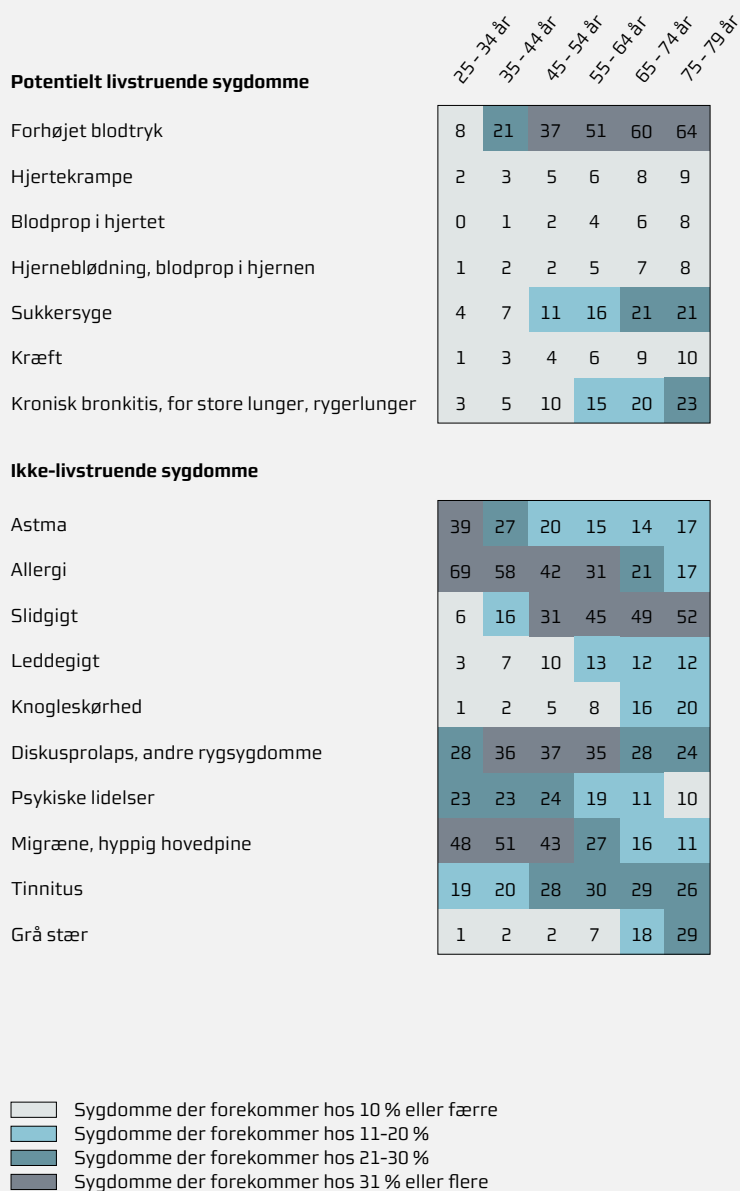
Der sker en væsentlig udjævning i forekomsten af fire eller flere sygdomme mellem personer med og uden børn i hjemmet, men der er stadig en signifikant højere andel hos personer uden børn i hjemmet efter justering for aldersforskelle mellem de to grupper.

Desuden øges forskellen i andelen med fire eller flere sygdomme mellem personer, der bor til leje, og personer, der bor i ejerbolig, efter justering for aldersforskelle.

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, har der været en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme på 2 %. Der har været en stigning hos både mænd og kvinder, hos 55-79-årige samt hos personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 8.24.S i bind 2. ◀

► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, er andelen med fire eller flere kroniske sygdomme steget lidt. Stigningen er sket blandt kvinder og hos personer med et lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 8.24.S i bind 2. ◀

FIGUR 8.35
Forekomsten af kroniske sygdomme hos multisyge



Hyppige sygdomme hos personer med multisygdom i forhold til alder

Selv om multisygdom bliver væsentlig mere almindeligt med alderen, forekommer multisygdom i alle aldersgrupper. Hyppigheden af de enkelte sygdomme er imidlertid meget forskellig fra aldersgruppe til aldersgruppe, se figur 8.35.





I figur 8.35 er det markeret, hvor hyppigt de 18 sygdomme forekommer inden for hver aldersgruppe.



De fem hyppigste kroniske sygdomme hos personer med multisygdom inden for hver aldersgruppe nævnes i det følgende efter aftagende forekomst.

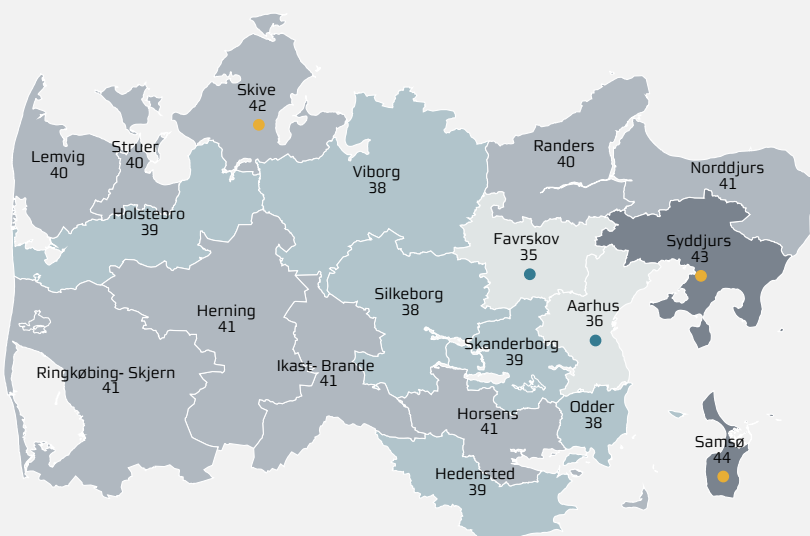
- 25-34 år: Allergi, migræne/hyppig hovedpine, astma, diskusprolaps/andre rygsygdomme, psykiske lidelser
- 35-44 år: Allergi, migræne/hyppig hovedpine, diskusprolaps/andre rygsygdomme, psykiske lidelser og astma
- 45-54 år: Migræne/hyppig hovedpine, allergi, diskusprolaps/andre rygsygdomme, forhøjet blodtryk, slidgigt
- 55-64 år: Forhøjet blodtryk, slidgigt, diskusprolaps/andre rygsygdomme, allergi, tinnitus
- 65-74 år: Forhøjet blodtryk, slidgigt, tinnitus, diskusprolaps/andre rygsygdomme, allergi
- 75-79 år: Forhøjet blodtryk, slidgigt, grå stær, tinnitus, diskusprolaps/andre rygsygdomme

Der sker en tydelig ændring i sygdomsmønsteret med alderen blandt personer med multisygdom, som går fra at være domineret af overfølsomhedssygdomme og psykiske lidelser til i stigende grad at være præget af kredsløbssygdomme og degenerative lidelser. Diskusprolaps/andre rygsygdomme optræder hyppigt i alle aldersgrupper.

FIGUR 8.36
Multisygdom - kommuner

	Pct		Personer
Samsø	44		1.100
Syddjurs	43		11.000
Skive	42		12.000
Herning	41		21.000
Horsens	41		20.000
Ikast-Brande	41		9.900
Ringkøbing-Skjern	41		14.000
Norddjurs	41		9.500
Lemvig	40		5.200
Randers	40		24.000
Struer	40		5.400
Skanderborg	39		14.000
Hedensted	39		11.000
Holstebro	39		13.000
Odder	38		5.200
Viborg	38		22.000
Silkeborg	38		20.000
Aarhus	36		64.000
Favrskov	35		9.900
Region Midtjylland	39		293.000

 Signifikant flere end i hele befolkningen
 Signifikant færre end i hele befolkningen



Multisygdom - kommuner

Figur 8.36 viser andelen med multisygdom – det vil sige andelen af borgere med to eller flere kroniske sygdomme – i kommunerne.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant højere andel med multisygdom i følgende kommuner:

- Samsø
- Syddjurs
- Skive

Der er en signifikant lavere andel med multisygdom i:

- Aarhus
- Favrskov

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i 15 kommuner. Se [figur 8.25.S i bind 2](#). ◀

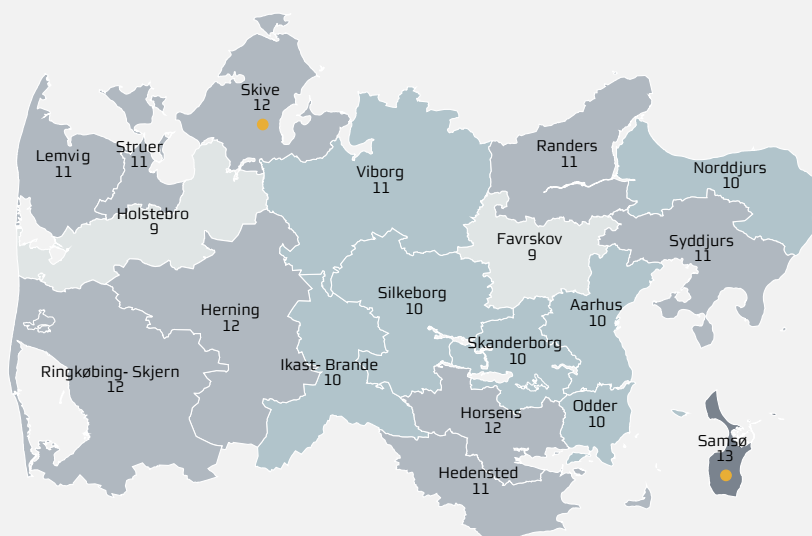
► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i Ikast-Brandø. Se [figur 8.25.S i bind 2](#). ◀

FIGUR 8.37

Andel med fire eller flere kroniske sygdomme - kommuner

	Pct		Personer
Samsø	13	■	300
Skive	12	■	3.700
Horsens	12	■	6.000
Ringkøbing-Skjern	12	■	3.900
Herning	12	■	5.900
Randers	11	■	6.800
Lemvig	11	■	1.500
Hedensted	11	■	3.100
Struer	11	■	1.500
Syddjurs	11	■	2.900
Viborg	11	■	6.100
Skanderborg	10	■	3.600
Ikast-Brande	10	■	2.500
Aarhus	10	■	17.000
Odder	10	■	1.300
Silkeborg	10	■	5.400
Norddjurs	10	■	2.200
Favrskov	9	■	2.700
Holstebro	9	■	3.100
Region Midtjylland	11	■	80.000

■ Signifikant flere end i hele befolkningen



Fire eller flere kroniske sygdomme - kommuner

Figur 8.37 viser andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i kommunerne.

Andelen varierer fra 9 % i Holstebro til 13 % på Samsø.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant højere andel med fire eller flere kroniske sygdomme i følgende kommuner:

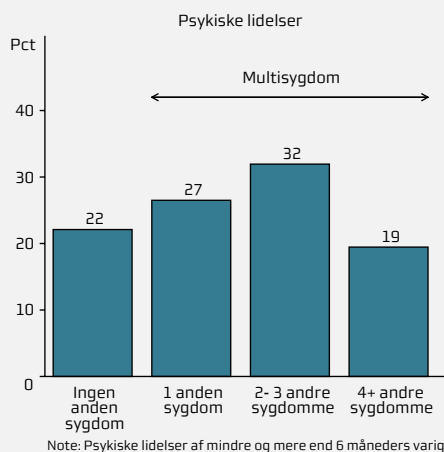
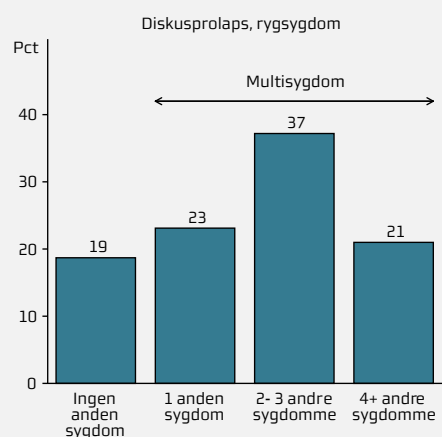
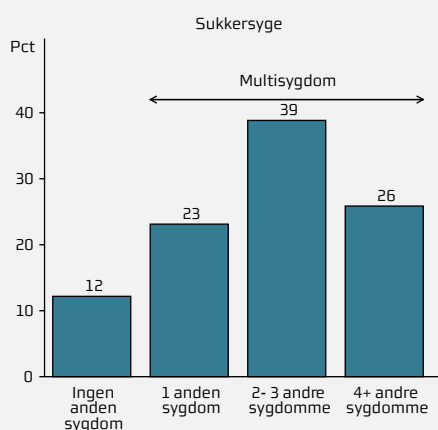
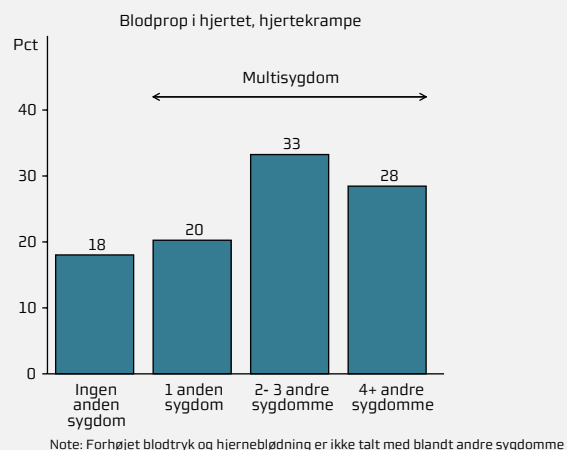
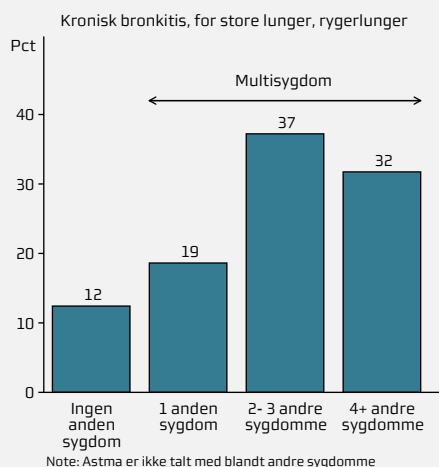
- Samsø
- Skive

► **2006-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2006 og 2013, er der sket en stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i otte kommuner. Se [figur 8.26.S i bind 2.](#) ◀

► **2010-2013.** Opgjort ud fra de 15 sygdomme, der er sammenlignelige oplysninger om i 2010 og 2013, har der været en lille stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i Ringkøbing-Skjern og Skanderborg. Se [figur 8.26.S i bind 2.](#) ◀

FIGUR 8.38

Forekomsten af multisygdom hos personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, blodprop i hjertet/hjertekrampe, sukkersyge, diskusprolaps og psykiske lidelser



Multisygdom hos udvalgte patientgrupper

Som nævnt i indledningsafsnittet om multisygdom anbefaler Sundhedsstyrelsen, at multisygdom indgår som et tema i alle fremtidige forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. Det er derfor relevant at beskrive, hvor stor en andel af målgruppen for de nuværende forløbsprogrammer i Region Midtjylland, der har multisygdom.

Figur 8.38 viser forekomsten af multisygdom hos fem patientgrupper, der i store træk svarer til de patientgrupper, der er lavet forløbsprogrammer for i Region Midtjylland. Det er personer med kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger, blodprop i hjertet/hjertekrampe, sukkersyge, diskusprolaps/andre rygsygdomme samt psykiske lidelser.

Det generelle billede er, at det kun er en mindre del – mellem 12 % og 22 % – der kun har én kronisk sygdom. Langt hovedparten har to eller flere kroniske sygdomme. Multisygdom er derfor reglen frem for undtagelsen i disse patientgrupper, hvilket understreger vigtigheden af, at man ved tilrettelæggelse af behandling og rehabilitering tager højde for forekomsten af multisygdom.

Fx har 20 % af hjertepatienterne én anden sygdom, 33 % to til tre andre sygdomme og 28 % har fire eller flere andre sygdomme. I denne opgørelse er ikke medregnet de to andre kredsløbssygdomme, der er med i undersøgelsen – forhøjet blodtryk og hjerneblødning/blodprop i hjernen – da disse tilstande kan ses som manifestationer af de samme underliggende sygdomsprocesser som ved hjertesygdommene.

Ud fra den samme begrundelse er astma ikke talt med blandt andre sygdomme ved optællingen af kroniske sygdomme ved de kronisk obstruktive lungesygdomme. Psykiske lidelser omfatter både psykiske lidelser af under og over seks måneders varighed.

Sammenfatning

Forekomsten af kroniske sygdomme er et væsentligt element i beskrivelse af sundhedstilstanden. Det skønnes, at 70-80 % af ressourcerne i det danske sundhedsvæsen bruges på udredning, behandling mv. af patienter med kroniske sygdomme. Hertil kommer kommunernes indsats for at forebygge kroniske sygdomme. Afsnittet belyser forekomsten af 18 kroniske sygdomme, heraf syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme.

I det samlede sygdomsbillede dominerer de ikke-livstruende sygdomme med muskel-skelet-sygdomme som den hyppigste gruppe. 31 % af den voksne befolkning i Region Midtjylland har muskel-skeletsygdomme eller eftervirkninger af disse.

Andre hyppige ikke-livstruende sygdomme er allergi, psykiske lidelser samt migræne/hyppig hovedpine og tinnitus.

Blandt de potentielt livstruende sygdomme er hjerte-kar-sygdomme de hyppigste.

Der er generelt sket en forøgelse af forekomsten af kronisk sygdom fra 2006 til 2013. Forøgelsen er størst ved forhøjet blodtryk, slidgigt/leddegigt og allergi.

Der er foretaget en rangordning af kommunerne i forhold til forekomsten af de 18 kroniske sygdomme. Favrskov har den mindste sygdomsforekomst, Horsens den største. Ser man på alle 19 kommuner, er der signifikante afvigelser fra forekomsten i regionen som helhed ved 16 af de 18 sygdomme. Der er i alt 64 signifikante afvigelser ud af 342 mulige.

Der er en betydelig forskel i forekomsten af de enkelte sygdomme mellem kommunerne. Den største variation mellem kommunerne finder man ved blodprop i hjertet, hjertekrampe og hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Der er markante forskelle i forekomsten af de 18 kroniske sygdomme i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau.

De potentielt livstruende sygdomme er hyppigst hos de ældre, mens billedet ved de ikke-livstruende sygdomme er mere komplekst. Forekomsten af allergi falder markant med alderen. Psykiske lidelser er hyppigst blandt unge og midaldrende. Det samme gælder migræne/hyppig hovedpine.

De potentielt livstruende sygdomme er hyppigst hos mænd, mens de ikke-livstruende sygdomme er hyppigst hos kvinder.

Ved 14 ud af de 18 kroniske sygdomme er forekomsten størst hos de lavtuddannede efter at der er justeret for forskelle i alderssammensætning mellem uddannelsesniveauerne. Der er således en udpræget social ulighed i forekomsten af kroniske sygdomme.

Mere end halvdelen af de kronisk syge lider af to eller flere kroniske sygdomme. 39 % af den voksne befolkning lider af multisygdom, defineret som to eller flere samtidige sygdomme hos samme person. Hver tiende borger lider af fire eller flere kroniske sygdomme. Der er sket en stigning i forekomsten af multisygdom fra 2006 til 2013.

Multisygdom medfører en betydelig helbredsbelastning. Der er en stærk sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og dårligt selv vurderet helbred, hvorvidt man er hæmmet af sygdom samt hvorvidt man har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål.

Forekomsten af multisygdom stiger markant med alderen. Multisygdom er hyppigere hos kvinder, hos

personer med lavt uddannelsesniveau og i socio-geografisk gruppe 3, 4 og 5.

Andelen med multisygdom varierer fra 35 % i Favrskov til 44 % på Samsø.

Der er foretaget en analyse af forekomsten af multisygdom hos fem patientgrupper, der i store træk svarer til de patientgrupper, der indgår i region Midtjyllands fem forløbsprogrammer. Det generelle billede er, at langt hovedparten i alle fem grupper har to eller flere kroniske sygdomme. Multisygdom er derfor reglen frem for undtagelsen i disse patientgrupper. Det understreger vigtigheden af, at multisygdom indgår som et tema i alle forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
2. Kommunernes Landsforening. Det nære sundhedsvæsen. København: Kommunernes Landsforening; 2012.
3. Madsen MH, Buch MS. Er behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme på rette spor? København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.
4. Region Midtjylland. Sundhedsplan 2013. Fælles ansvar for sundhed. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
5. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
6. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
7. Region Midtjylland. Forløbsprogram for type 2 diabetes. 2. udgave revideret oktober 2012. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
8. Region Midtjylland. Forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Viborg: Region Midtjylland; u.å.
9. Region Midtjylland. Forløbsprogram for hjertekarsygdom. Fokus på rehabilitering efter blodprop i hjertet og svær hjertekrampe. 3. udgave revideret oktober 2012. Viborg: Region Midtjylland; 2012.
10. Region Midtjylland. Forløbsprogram for lænderygsmærter. Opdateret 15. maj 2013. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
11. Region Midtjylland. Forløbsprogram for depression. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
12. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Geneva: WHO; 2005.
13. World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: WHO; 2008.
14. World Health Organization: Noncommunicable diseases country profiles 2011. Geneva: WHO; 2011.

15. Kræftens Bekæmpelse . Statistik om basalcelle- og pladecellekræft samlet (hudkræft); 2013. <http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/kraeftformer/kraeftsygdomme/huden/statistik+hudkraeft/statistik+basalcelle+og+pladecelle/>
16. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, Moltke A. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.
17. Nordisk Medicinalstatistisk Komité: Helsestatistik for de nordiske lande 2012. København: NOMESCO; 2012.
18. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL . Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006.
19. Institute for Health Metrics and Evaluation: GBD profile: Denmark. Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. Seattle: IHME; 2013.
20. Robinson KM, Lau CJ, Vind AB, Glümer C. Kroniske sygdomme – hvordan opgøres kroniske sygdomme. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og sundhed; 2011.
21. Vibe-Petersen J & Perrild HJD. Type 2-diabetes blandt indvandrere. Ugeskrift for Læger 2000; 6. november, nr. 45.
22. Danmarks Statistik. Nyt fra Danmarks Statistik. Emnegruppe: Befolkning og valg. Middellevetid 2011/2012. København: Danmarks Statistik 2013; Nr. 76.
23. Fortin M et al.. Prevalence of multimorbidity among adults in family practice. *Ann Fam Med* 2005; 3(3): 2.
24. Lee TA et al.. Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. *J Gen Intern Med.* 2007; Dec; 22 Suppl 3:403-7.
25. Condelius A, Edberg AK, Jakobsson U & Hallberg IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008 Jan-Feb;46(1):41-55. Epub 2007 Apr 2.
26. Librero J, Peiro S & Ordinana R. Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *J Clin Epidemiol* 1999; 52:171-9.
27. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Dubois M-F & Almirall J. Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care. *Ann Fam Med* 2006; 4: 417-22.
28. Verbrugge LM, Lepkowski JM & Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. *Milbank Quarterly* 1989; 67: p. 450-84.
29. Wright N, Smeeth L & Heath I. Moving beyond single and dual diagnosis in general practice. Many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed. *BMJ* 2003; 326: 512-514.
30. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
31. Region Midtjylland. Sundhedsplan 2013. Fælles ansvar for sundhed. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
32. Violan C, Foguet-Boreu Q, Hermosilla-Perez E, et al. Comparison of the information provided by electronic health records data and a population health survey to estimate prevalence of selected health conditions and multimorbidity. *BMC Public Health* 2013; 13: 251.