

'Hvordan har du det?'

Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021

– Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom

'Hvordan har du det?'

Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021

– Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom

Titel: 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom

Copyright: © 2023 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden. Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden. ISBN 978-87-93775-23-7

Forfattere: Peter Elsborg
Marie Stjerne Grønkjær
Cecilie Goltermann Toxværd
Marie Holm Eliassen
Cathrine Juel Lau
Maj Bekker-Jeppesen
Nina Gøtzsche
Maria Helene Jacobsen
Anne Helms Andreasen

Forsidebillede: Mads Jensen/ Ritzau Scanpix

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

Layout og grafisk produktion: Dantryk A/S

Publikationen citeres således:

Elsborg P; Grønkjær MS; Toxværd CG; Eliassen MH; Lau CJ; Bekker-Jeppesen M; Gøtzsche N; Jacobsen MH; Andreasen AH: 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023

Forord

Vi er glade for at kunne præsentere den tredje del af den femte sundhedsprofil for Region Hovedstaden. Den første del, udgivet i 2022, fokuserede på sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt alle regionens borgere. Den anden del, udgivet tidligere i 2023, havde fokus på forekomst og nye tilfælde af kroniske sygdomme. Denne rapport kombinerer de to foregående rapporter og fokuserer på sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt regionens borgere med kroniske sygdomme.

Sundhedsprofilen spiller en afgørende rolle i udformningen af sundhedspolitikker inden for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering for både kommunerne og regionen. Den er også afgørende i regionens rådgivning af kommunerne. Ydermere udgør de gentagne sundhedsprofiler et unikt værktøj til at følge udviklingen i sundhedsadfærd, overvægt, trivsel og byrden af kroniske sygdomme over tid.

Denne rapport er baseret på oplysninger om sygdom indsamlet fra nationale registre og spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', der udføres hver fjerde år. Takket være Danmarks unikke muligheder for indsamling af sundhedsdata kan sundhedsprofilen give os et dybere indblik i den generelle sundhedstilstand blandt borgere med forskellige kroniske sygdomme og samtidig belyse adfærd inden for vigtige områder som eksempelvis rygning, alkohol og fysisk aktivitet. Rapporten giver også en beskrivelse af, i hvilken grad borgere med kronisk sygdom ønsker og modtager rådgivning om ændring af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd for at forbedre deres generelle sundhedstilstand.

En særlig faktor for denne sundhedsprofil er, at den seneste dataindsamling blev gennemført i 2021 under COVID-19-pandemien, hvor Danmark var underlagt restriktioner. Det betyder, at både borgernes sundhedstilstand og sundhedsadfærd højest sandsynligt har været påvirket af dette forhold. Ikke desto mindre kan rapporten bidrage til en øget forståelse af sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom. Rapportens indsigter kan hjælpe kommuner og regionen med udviklingen af og prioritering imellem forebyggelsesindsatser rettet mod borgere med forskellige kroniske sygdomme samt bidrage til den generelle behandling og rehabilitering.

Sundhedsprofilen er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden. Vi vil gerne sige tak for et godt, engageret og stærkt fagligt samarbejde med de kommunale og regionale repræsentanter for Region Hovedstadens sundhedsprofil. Til sidst skal der rettes en stor tak til de mange borgere, som via deres deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021' har gjort det muligt at beskrive trivsel, sundhed og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom.

Vi glæder os til at følge anvendelsen af profilen i det kommende arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden.

God læselyst!



Peter Elsborg
Ph.d., Forsker
Konstitueret projektleder for Sundhedsprofilen



Ulla Toft
Sektionschef, Ph.d., Professor
Hovedansvarlig for Sundhedsprofilen

Indhold

Kapitel 1: Sammenfatning	11
Kapitel 2 : Indledning	29
2.1 Formål med sundhedsprofilen	30
2.2 Nationalt samarbejde om sundhedsprofilen	30
2.3 COVID-19-pandemien.....	31
2.4 Baggrund for denne rapport	31
2.5 Indhold og opbygning af rapporten	34
2.6 Materiale	35
2.7 Metode	37
2.8 Formidling og læsevejledning.....	39
2.9 Medarbejdere	43
2.10 Litteratur.....	44
Kapitel 3: Diabetes	45
3.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	46
3.2 Fysisk og mental sundhed	47
3.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	48
3.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	49
3.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	50
3.6 Litteratur.....	51
Kapitel 4: Hjertesygdom	53
4.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	54
4.2 Fysisk og mental sundhed	55
4.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	56
4.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	57
4.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	58
4.6 Litteratur.....	58
Kapitel 5: Apopleksi	59
5.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	60
5.2 Fysisk og mental sundhed	61
5.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	62
5.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	63
5.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	64
5.6 Litteratur.....	64
Kapitel 6: Kræft.....	65
6.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	66
6.2 Fysisk og mental sundhed	67
6.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	68
6.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	69
6.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	70
6.6 Litteratur.....	70
Kapitel 7: Kronisk obstruktiv lungesygdom	71
7.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	72
7.2 Fysisk og mental sundhed	73
7.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	74
7.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	75
7.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab.....	76
7.6 Litteratur	76

Kapitel 8: Astma	77
8.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	78
8.2 Fysisk og mental sundhed	79
8.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	80
8.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	81
8.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	82
8.6 Litteratur	82
Kapitel 9: Allergi	83
9.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	84
9.2 Fysisk og mental sundhed	85
9.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	86
9.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	87
9.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	88
9.6 Litteratur	88
Kapitel 10: Inflammatorisk ledsygdom	89
10.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	90
10.2 Fysisk og mental sundhed	91
10.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	92
10.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	93
10.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	94
10.6 Litteratur	94
Kapitel 11: Slidgigt	95
11.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	96
11.2 Fysisk og mental sundhed	97
11.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	98
11.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	99
11.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	100
11.6 Litteratur	100
Kapitel 12: Rygsygdom	101
12.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	102
12.2 Fysisk og mental sundhed	103
12.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	104
12.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	105
12.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	106
12.6 Litteratur	106
Kapitel 13: Knogleskørhed	107
13.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	108
13.2 Fysisk og mental sundhed	109
13.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	110
13.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	111
13.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	112
13.6 Litteratur	112
Kapitel 14: Kroniske smerter	113
14.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	114
14.2 Fysisk og mental sundhed	115
14.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	116
14.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	117
14.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	118
14.6 Litteratur	118

Kapitel 15: Migræne eller hyppig hovedpine	119
15.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	120
15.2 Fysisk og mental sundhed	121
15.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	122
15.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	123
15.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	124
15.6 Litteratur.....	124
Kapitel 16: Depression	125
16.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	126
16.2 Fysisk og mental sundhed	127
16.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	128
16.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	129
16.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	130
16.6 Litteratur.....	130
Kapitel 17: Angst	131
17.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme	132
17.2 Fysisk og mental sundhed.....	133
17.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer	134
17.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab	135
17.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab.....	136
17.6 Litteratur.....	136
Bilag.....	137
Bilag A: Afgrænsning af kroniske sygdomme	138
Bilag B: Måling af fysisk og mental sundhed.....	144
Bilag C: Måling af sundhedsadfærd og risikofaktorer	146
Bilag D: Måling af ønske om adfærdsændring eller vægttab	148
Bilag E: Måling af råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab	149

Kapitel 1

Sammenfatning

Indledning og metode

Denne rapport, som er tredje del af Sundhedsprofil 2021, omhandler sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom på 16 år eller derover i Region Hovedstaden. Rapporten kan i vid udstrækning ses som en krydsning mellem delrapport 1 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (1) og delrapport 2 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (2). Der anvendes samme metode til måling af sundhedsadfærd og risikofaktorer, samt afgrænsning af kroniske sygdomme som i delrapport 1 og 2, og rapporten er således udarbejdet på baggrund af oplysninger fra både spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' og nationale registre.

'Hvordan har du det?' undersøgelsen belyser trivsel, sundhed og sygdom blandt borgere på 16 år eller derover i Region Hovedstaden. I februar 2021 blev spørgeskemaet sendt til 102.500 tilfældigt udvalgte borgere, og i alt 56.245 borgere deltog i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 54,9 %. Til at belyse ændringer over tid er der anvendt data fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelserne fra 2013 og 2017. De fleste af de inkluderede kroniske sygdomme er baseret på registerdata, dvs. forekomsten opgøres blandt alle borgere på 16 år eller derover bosat i Region Hovedstaden (i 2021 baseret på 1.527.869 borgere). For kronisk sygdom baseret på registerdata i

hhv. 2021, 2017 og 2013 er forekomsten altid opgjort på datoen 1. januar det givne år.

Nærværende rapport er struktureret således, at der er et kapitel for hver af de kroniske sygdomme, som også blev inkluderet i 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom'. Der er imidlertid ikke inkluderet kapitler for skizofreni, bipolar lidelse og demens, da der blandt borgere med disse sygdomme er så få personer, som har deltaget i 'Hvordan har du det?' undersøgelsen, at opgørelser baseret på spørgeskemaoplysninger er behæftet med for stor usikkerhed. Tilsvarende vil opgørelser baseret på spørgeskemaoplysninger blandt borgere med de sygdomme med lav forekomst (f.eks. apopleksi og inflammatorisk ledsygdom) være behæftet med en større usikkerhed end sygdomme med høj forekomst. I hvert kapitel findes opgørelser af komorbiditet, fysisk og mental sundhed, samt sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med den pågældende kroniske sygdom i 2021 og (hvor det er muligt) udviklingen siden 2013. Derudover findes også opgørelse af ønske om adfærdsændring eller vægttab samt råd fra egen læge om adfærdsændring og vægttab blandt borgere med kronisk sygdom i 2021. I denne sammenfatning findes et overblik på tværs af disse opgørelser.

Komorbiditet

Én eller flere samtidige kroniske sygdomme

Borgere med kronisk sygdom har ofte andre samtidige kroniske sygdomme. Således ses det i 2021, at det for de fleste af de inkluderede kroniske sygdomme er omkring halvdelen af borgerne eller mere, som har én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme (Figur 1.1). De højeste forekomster ses blandt borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), apopleksi og hjertesygdom, hvor det er omkring to ud af tre borgere, som har én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme. De laveste forekomster ses blandt borgere med allergi og migræne eller hyppig hovedpine (herefter: migræne), hvor det er omkring hver tredje borger, som har én eller flere registerbaserede kroniske sygdomme.

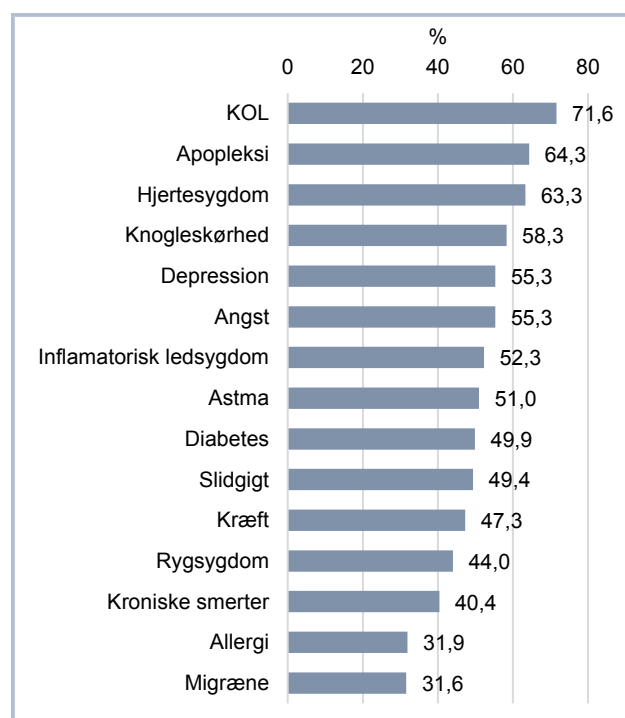
Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for de fleste kroniske sygdomme enten sket en stigning eller en begrænset udvikling i andelen med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme. For eksempel er der sket stigninger i andelen blandt borgere med rygsygdom fra 39,2 % i 2013 til 44,0 % i 2021 og blandt borgere med depression fra 51,6 % i 2013 til 55,3 % i 2021. Blandt borgere med apopleksi og angst er der en anden udviklingstendens, idet der er sket et fald i andelen med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme; for apopleksi er andelen faldet fra 68,3 % i 2013 til 64,3 % i 2021 og for angst fra 68,2 % i 2013 til 55,3 % i 2021. Derudover er der blandt borgere med diabetes også en anden udviklingstendens, idet der først er sket en stigning fra 49,9 % i 2013 til 51,0 % i 2017 og derefter et fald til 49,9 % i 2021.

Gruppering af de kroniske sygdomme

Når der ses på tværs af de (registerbaserede) kroniske sygdomme, ses det, at diabetes, hjertesygdom og apopleksi ofte forekommer samtidig. Det ses f.eks., at næsten hver fjerde borger med hjertesygdom også har diabetes, næsten hver femte borger med apopleksi har også hjertesygdom, og en ud af ti borgere med hjertesygdom har samtidig apopleksi. Tilsvarende ses det, at KOL og astma hyppigt forekommer samtidig; næsten hver tredje borger med astma har også KOL, og over fire ud af ti af borgere med KOL har også astma. Det ses også, at inflam-

matorisk ledsygdom og knogleskørhed forekommer hyppigt samtidig. Desuden ses det ikke overraskende, at der er en klar tendens til, at de psykiske sygdomme forekommer hyppigt samtidig; det ses bl.a., at mere end hver tredje borger med angst også har depression, og hver femte borger med depression også har angst. Derudover er forekomsten af skizofreni omkring fem til syv gange så høj blandt borgere med angst og depression sammenlignet med borgere i regionen samlet set, og mindst tre til fire gange så høj, som den er blandt borgere med andre kroniske sygdomme.

Figur 1.1 Én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme* i 2021



* Alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1.

Fysisk og mental sundhed blandt borgere med kronisk sygdom

Borgere med kronisk sygdom har generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Det er kun for indikatorer for dårlig mental sundhed, og især for ensomhed, hvor forekomsten i nogle sygdomsgrupper er på niveau med eller lavere end forekomsten i regionen som helhed. I de fleste tilfælde ses der dog i højere grad dårlig mental sundhed blandt borgere med kronisk sygdom sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling i grupperne.

Borgere med hhv. angst og depression har generelt en høj forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet og indikatorer for dårlig mental sundhed i form af lav score på mental helbredsskala, ensomhed, og høj score på stressskalaen. Borgere med migræne ligger desuden også højt ift. forekomst af dårlig mental sundhed. Borgere med hhv. hjertesygdom, apopleksi, KOL og inflammatorisk ledsygdom har generelt en høj forekomst af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og lav score på fysisk helbredsskala. Derudover ses det, at andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, er stor blandt borgere med rygsygdom, kroniske smerter, inflammatorisk ledsygdom og slidgigt.

Udvikling: Blandt borgere med kronisk sygdom er forekomsten af dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og lav score på fysisk helbredsskala i de fleste tilfælde ikke signifikant ændret i perioden 2013 til 2021. Derudover er der i de fleste tilfælde sket stigninger fra 2013 til 2021 i andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, som har lav score på mental helbredsskala, som har ensomhed, og som har høj score på stressskalaen, blandt borgere med kronisk sygdom.

Livskvalitet

I 2021 er forekomsten af dårlig eller meget dårlig livskvalitet for alle de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.2). De markant højeste forekomster ses blandt borgere med angst og depression, hvor næsten hver femte borger har dårlig eller meget dårlig livskvalitet. Den laveste forekomst ses blandt borgere med allergi (6 %), mens borgere med kræft, astma og slidgigt også ligger i den lave ende med hensyn til dårlig eller meget dårlig livskvalitet.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med kronisk sygdom i højere grad har dårlig eller meget dårlig livskvalitet end borgere i regionen samlet set.

Udvikling: Fra 2017 til 2021 er der for langt størstedelen af de kroniske sygdomme ikke sket en signifikant ændring i forekomsten af dårlig eller meget dårlig livskvalitet (livskvalitet blev ikke målt i 2013), hvilket stemmer nogenlunde overens med, at der i regionen er sket en forholdsvis begrænset om end statistisk signifikant stigning i forekomsten. Blandt borgere med diabetes er der imidlertid sket et statistisk signifikant fald fra 11 % i 2017 til 9 % i 2021, og borgere med diabetes er således den eneste sygdomsgruppe, hvor der er sket signifikant ændring i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet i perioden.

Selvvurderet helbred

I 2021 er forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred for alle de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.3). I den høje ende ligger borgere med hjertesygdom, inflammatorisk ledsygdom, KOL, depression og apopleksi, hvor forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred ligger på 40-42 %. Den markant laveste forekomst ses blandt borgere med allergi, hvor 18 % har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, mens også borgere med slidgigt, astma og migræne ligger i den lave ende med hensyn til mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med kronisk sygdom i højere grad har mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred end borgere i regionen samlet set.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for de fleste kroniske sygdomme ikke sket en signifikant ændring i andelen med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred. Der er dog også nogle sygdomme, hvor der er sket stigninger siden 2013 ligesom i regionen samlet set; det gælder for KOL, depression, rygsygdom og kræft. Omvendt er der blandt borgere med apopleksi sket et fald i andelen fra 46 % i 2017 til 40 % i 2021. Blandt borgere med migræne er der først sket en stigning fra 25 % i 2013 til 29 % i 2017, hvorefter forekomsten er faldet til 27 % i 2021.

Smerter eller ubehag i bevægeapparatet

I 2021 er andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, for alle de kroniske sygdomme større end andelen i regionen samlet set (Figur 1.4). Den største andel ses ikke overraskende blandt borgere med rygsygdom og kroniske smerter, hvor to ud af tre borgere er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, men andelen blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom og slidgigt er også i den høje ende. Den laveste forekomst ses blandt borgere med allergi (35 %), mens borgere med apopleksi, astma og kræft også ligger i den lave ende med hensyn til andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med kronisk sygdom i højere grad er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet end borgere i regionen samlet set.

Udvikling: Fra 2013 til 2021 ses for de fleste af de kroniske sygdomme en stigning i andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, ligesom der ses i regionen samlet set. For eksempel ses der stigninger i andelen blandt borgere med kræft fra 32 % i 2013 til 39 % i 2021 og blandt borgere med KOL fra 42 % i 2013 til 48 % i 2021. Blandt borgere med migræne, angst, depression og apopleksi ses der ikke statistisk signifikante ændringer i andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, i perioden. For borgere med inflammatorisk ledsygdom ses en anden udviklingstendens, idet der først er sket et fald fra 57 % i 2013 til 51 % i 2017 og derefter en stigning til 57 % i 2021.

Fysisk helbred

I 2021 er forekomsten af lav score på den fysiske helbredsskala for alle de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.5). I den høje ende ligger borgere med hjertesygdom, apopleksi, KOL, inflammatorisk ledsygdom og knogleskørhed, hvor forekomsten af lav score på fysisk helbredsskala ligger på 34-38 %. Den laveste forekomst ses blandt borgere med allergi, hvor 11 % har lav score på den fysiske helbredsskala, mens også borgere med migræne og angst ligger i den lave ende.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med kronisk sygdom i højere grad har lav score på den fysiske helbredsskala end borgere i regionen samlet set.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for størstedelen af de kroniske sygdomme ikke sket en signifikant ændring i andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, hvilket stemmer nogenlunde overens med, at der i regionen er sket en forholdsvis begrænset om end statistisk signifikant stigning i andelen. Der er imidlertid sket et signifikant fald i andelen med lav score på den fysiske helbredsskala blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom og apopleksi; for inflammatorisk ledsygdom er faldet sket siden 2013, mens det for apopleksi er sket fra 2017 til 2021. Omvendt er der blandt borgere med kræft og KOL sket en signifikant stigning i andelen over tid, hvor stigningen for kræft er sket siden 2013 og for KOL fra 2017 til 2021. Blandt borgere med migræne er der først sket en stigning fra 15 % i 2013 til 18 % i 2017, hvorefter forekomsten er faldet til 16 % i 2021.

Mentalt helbred

I 2021 er forekomsten af lav score på den mentale helbredsskala for størstedelen af de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.6). Den markant højeste forekomst ses ikke overraskende blandt borgere med angst (47 %) og borgere med depression (45 %). Forekomsten blandt borgere med migræne ligger dog også i den høje ende (31 %). Omvendt er forekomsten af lav score på den mentale helbredsskala blandt borgere med hhv. kræft, slidgigt og knogleskørhed i den lave ende, og forekomsten på 18 % er faktisk på niveau med forekomsten blandt alle borgere i regionen.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses i højere grad lav score på den mentale helbredsskala for alle de kroniske sygdomme, hvor andelen også før justering var signifikant større end i regionen samlet set. For kræft, slidgigt og knogleskørhed, som før justering var på niveau med regionen, ses det også, at borgere med disse sygdomme i højere grad har lav score på den mentale helbredsskala sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for næsten alle de kroniske sygdomme sket en stigning i andelen med lav score på den mentale helbredsskala, ligesom der ses i regionen samlet set. Fra 2013 til 2021 er der for eksempel sket stigninger i andelen blandt borgere med angst fra 37 % til 47 %, blandt borgere med depression fra 36 % til 45 % og blandt borgere med migræne fra 22 % til 31 %. Blandt borgere med apopleksi

er der imidlertid ikke sket en signifikant stigning i andelen med lav score på den mentale helbredsskala i perioden.

Ensomhed

I 2021 er forekomsten af ensomhed for størstedelen af de kroniske sygdomme enten på samme niveau eller lidt højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.7). Den højeste forekomst ses blandt borgere med angst (30 %) og borgere med depression (27 %), men forekomsten blandt borgere med migræne ligger også i den høje ende (20 %). Omvendt er forekomsten af ensomhed blandt borgere med hhv. hjertesygdom, KOL, knogleskørhed og slidgigt i den lave ende. Den laveste forekomst af ensomhed ses blandt borgere med kræft og her er forekomsten på 10 % faktisk signifikant lavere end forekomsten blandt borgerne i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med astma, allergi, kroniske smerter, migræne, angst, depression og rygsygdom i højere grad har ensomhed sammenlignet med regionen samlet set. For en del sygdomme ændres tendensen imidlertid. For diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, inflammatorisk ledsygdom, slidgigt og knogleskørhed, der alle før justering var på niveau med regionen, ses det, at borgere med disse sygdomme i højere grad har ensomhed sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn. Derudover er der for kræft, hvor andelen før justering var signifikant mindre, ikke længere forskel sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Udvikling: I perioden 2017 til 2021 ses for næsten alle de kroniske sygdomme en stigning i forekomsten af ensomhed (blev ikke målt i 2013), ligesom der ses i regionen samlet set. Fra 2017 til 2021 ses der for eksempel stigninger i forekomsten blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom fra 8 % til 14 % og blandt borgere med knogleskørhed fra 8 % til 13 %. Der er ikke sket en signifikant stigning i forekomsten af ensomhed blandt borgere med hhv. angst og apopleksi i perioden.

Stress

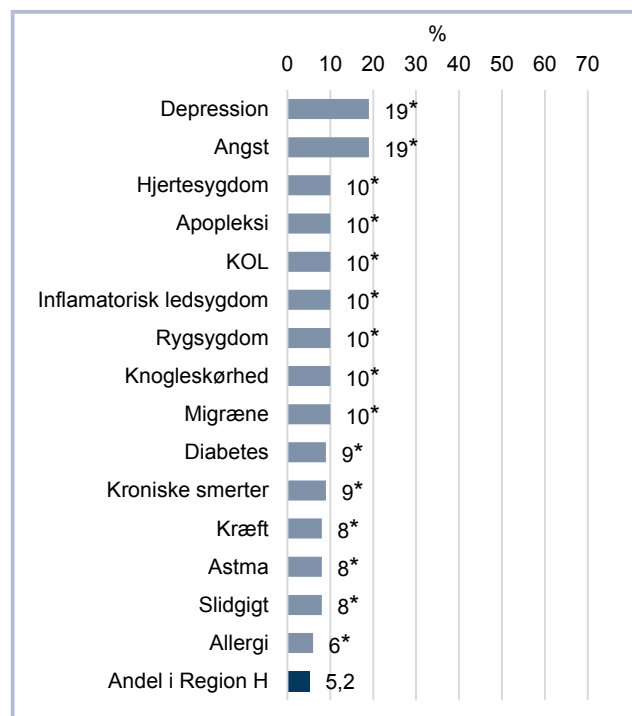
I 2021 er forekomsten af høj score på stressskalaen for langt størstedelen af de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.8). Den markant højeste forekomst ses blandt borgere med angst (62 %) og borgere med depression (60 %), men forekomsten blandt borgere med migræne ligger også i den høje ende (48 %). Omvendt er forekomsten af høj score på stressskalaen blandt borgere med hhv. astma, knogleskørhed og kræft i den lave ende, og forekomsten på 31 % blandt borgere med kræft er faktisk ikke signifikant forskellig fra forekomsten blandt borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses i højere grad høj score på stressskalaen for alle de kroniske sygdomme, hvor andelen også før justering var signifikant større end i regionen samlet set. Derudover har borgere med kræft, hvor andelen før justering var på niveau med regionen, i højere grad høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for de fleste af de kroniske sygdomme sket en stigning i andelen med høj score på stressskalaen ligesom i regionen samlet set. Fra 2013 til 2021 er der for eksempel sket stigninger i andelen blandt borgere med depression fra 50 % til 60 % og blandt borgere med migræne fra 38 % til 48 %. Blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom

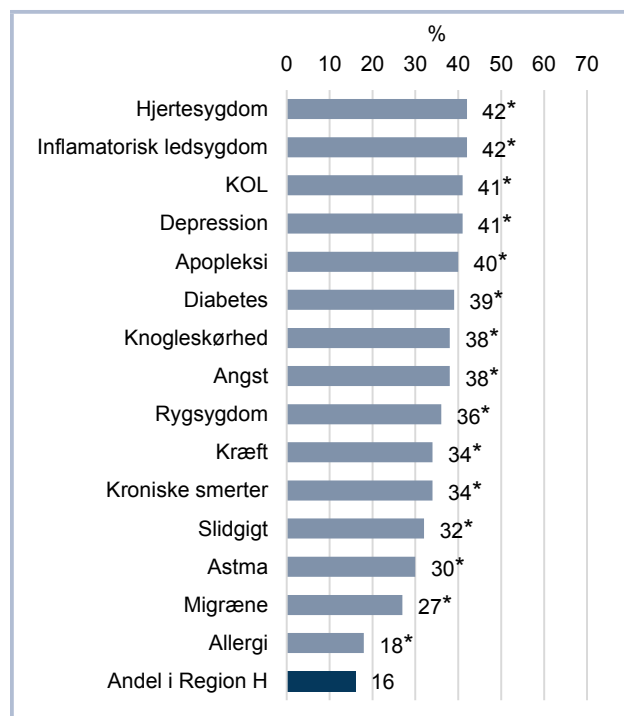
og knogleskørhed ses der imidlertid ikke statistisk signifikante ændringer i andelen med høj score på stressskalaen i perioden. For borgere med apopleksi ses en anden udviklingstendens, idet der først er sket en stigning fra 34 % i 2013 til 42 % i 2017 og derefter et fald til 37 % i 2021.

Figur 1.2 Dårlig eller meget dårlig livskvalitet i 2021



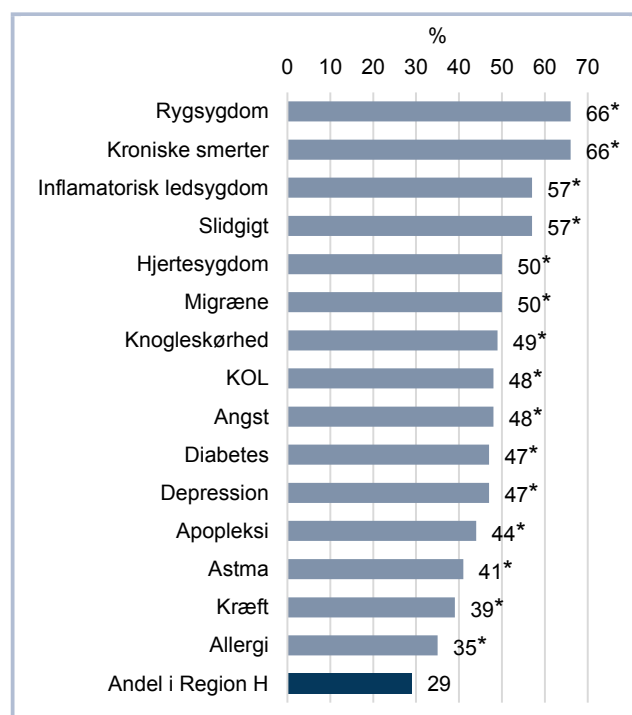
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.3 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i 2021



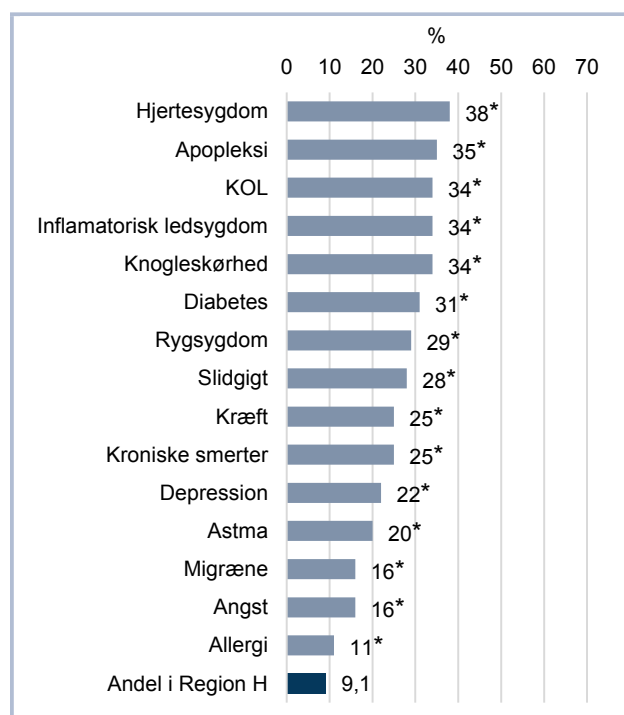
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.4 Meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet i 2021

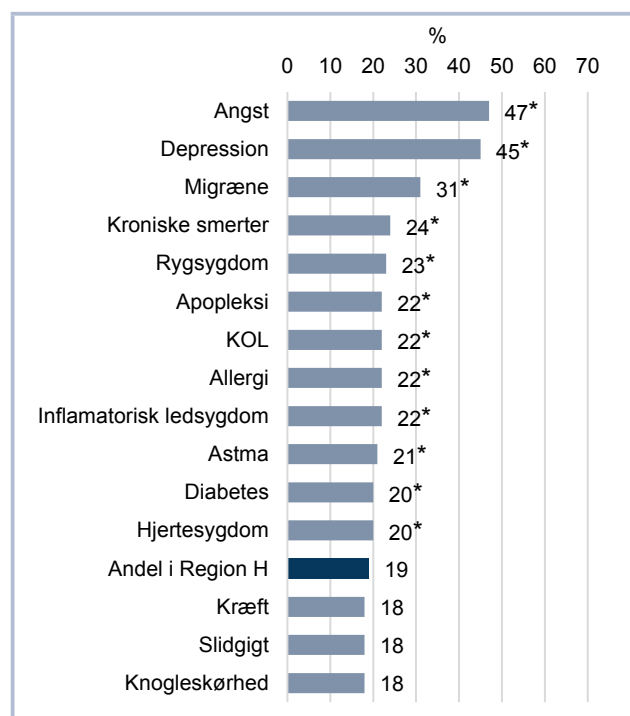


* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

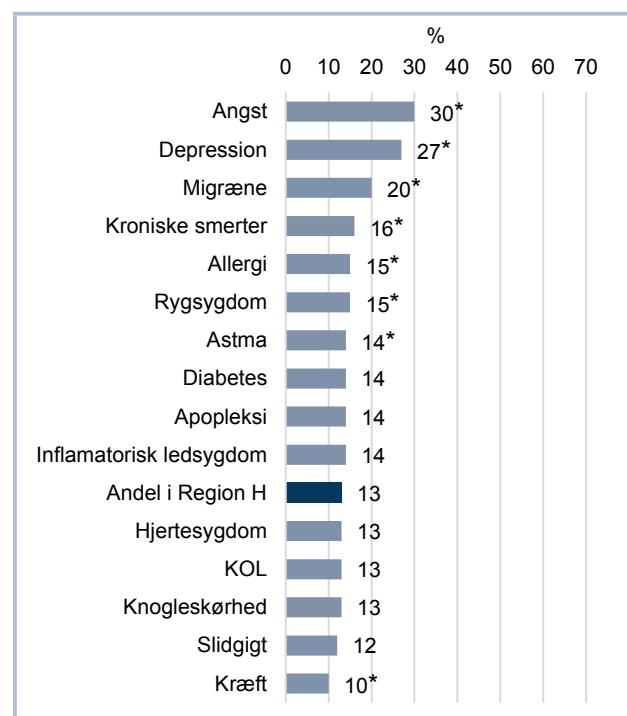
Figur 1.5 Lav score på fysisk helbredsskala i 2021



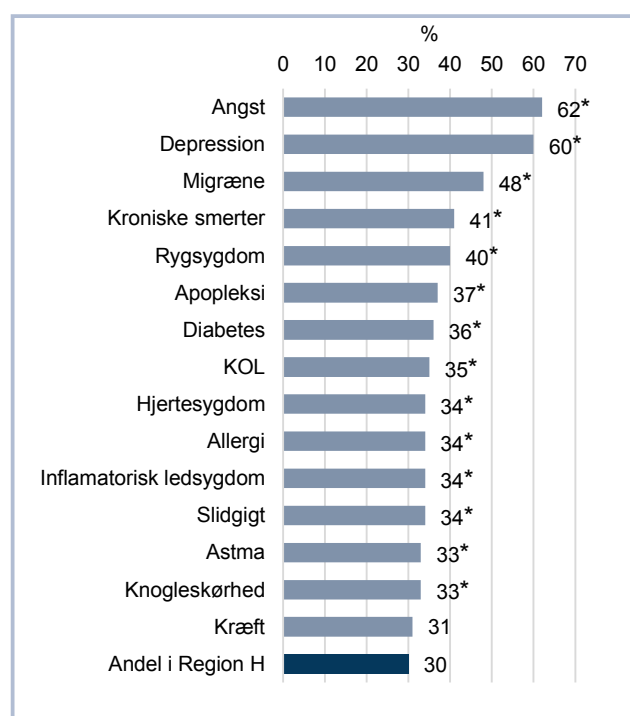
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.6 Lav score på mental helbredsskala i 2021


* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.7 Ensomhed i 2021


* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.8 Høj score på stressskalaen i 2021


* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom

Borgere med kronisk sygdom har generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med regionen samlet set. Det er stort set kun for daglig rygning og især for alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor der for nogle sygdomsgrupper ses forekomster på niveau med eller lavere end i regionen samlet set.

Borgere med hhv. KOL, hjertesygdom, angst og depression har generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med de andre kroniske sygdomme. Således ligger de i den høje ende med hensyn til tre eller flere indikatorer. Borgere med KOL ligger i den høje ende på alle indikatorer bortset fra meget generet af søvnproblemer, hvor forekomsten blandt borgere med KOL omvendt er i den lave ende. Forekomsten af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med allergi er i den lave ende på alle indikatorer med undtagelse af alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor de hverken ligger i den høje eller lave ende. Desuden er borger med allergi også den eneste gruppe, som har lavere forekomst af daglig rygning end regionen samlet set og er på niveau med regionen ift. usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet i fritiden. Borgere med hhv. astma og knogleskørhed har også lave forekomster af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med de andre kroniske sygdomme, og borgere med knogleskørhed har endda lavere forekomst af svær overvægt sammenlignet med regionen som helhed.

Udvikling: Blandt borgere med de fleste kroniske sygdomme er forekomsten af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer steget i perioden 2013 til 2021 for indikatorerne usundt kostmønster, svær overvægt og meget generet af søvnproblemer. Forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden er for de fleste sygdomme enten steget eller ikke ændret i perioden. Omvendt ses det for daglig rygning og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, at forekomsten er faldet i perioden for de fleste sygdomme.

Rygning

I 2021 er forekomsten af daglig rygning for de fleste af de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.9). Borgere med KOL, depression og angst ligger i den høje ende, idet næsten hver fjerde borger ryger dagligt (23-24 %). Omvendt er forekomsten af daglig rygning blandt borgere med hhv. astma, inflammatorisk ledsygdom, kræft og allergi i den lave ende. Forekomsten på 12 % blandt borgere med allergi er faktisk signifikant lavere end forekomsten i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for daglig rygning for alle sygdommene.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for de fleste af de kroniske sygdomme sket et fald i forekomsten af daglig rygning, ligesom i regionen samlet set, og faldet er i de fleste tilfælde sket fra 2017 til 2021. Fra 2017 til 2021 er der for eksempel sket et fald i forekomsten af daglig rygning blandt borgere med angst fra 28 % til 23 % og blandt borgere med migræne fra

19 % til 15 %. Blandt borgere med hhv. KOL, knogleskørhed og hjertesygdom ses der imidlertid ikke statistisk signifikante ændringer i forekomsten af daglig rygning i perioden.

Alkohol

I 2021 er andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, blandt borgere med kroniske sygdomme ligeligt fordelt imellem at være større end, på samme niveau med og mindre end andelen i regionen samlet set (Figur 1.10). Borgere med hjertesygdom, KOL, apopleksi, kræft og slidgigt ligger i den høje ende, hvor mere end hver femte borger drikker over 10 genstande om ugen (21-23 %). Omvendt er forekomsten blandt borgere med hhv. diabetes, angst og migræne i den lave ende, og forekomsterne blandt borgere med disse sygdomme (11-15 %) er signifikant lavere end forekomsten i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for borgere med diabetes, astma, inflammatorisk ledsygdom, rygsygdom, knogleskørhed, kroniske smerter, migræne og depression. For en del sygdomme ændres tendensen imidlertid. For hjertesygdom og apopleksi, der før justering havde en større andel end i regionen, ses det, at borgere med disse sygdomme i mindre grad drikker over 10 genstande om ugen sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn. Derudover er der for kræft, KOL og slidgigt, som før justering havde en større andel end i regionen, samt for allergi og angst, som før havde en mindre andel end i regionen, ikke længere forskel sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for størstedelen af de kroniske sygdomme sket et fald i andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, ligesom der ses i regionen som helhed. Fra 2013 til 2021 er der for eksempel sket et fald i andelen blandt borgere med diabetes fra 22 % til 15 % og blandt borgere med angst fra 23 % til 13 %. Blandt borgere med hhv. inflammatorisk ledsygdom og knogleskørhed ses der imidlertid ikke statistisk signifikante ændringer i andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, i perioden.

Kost

I 2021 er forekomsten af usundt kostmønster for langt størstedelen af de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.11). Borgere med KOL, depression, hjertesygdom og angst ligger i den høje ende, hvor omkring hver femte borger har usundt kostmønster (19-21 %). Omvendt er forekomsten af usundt kostmønster blandt borgere med hhv. allergi og slidgigt i den lave ende, og forekomsten på 14 % blandt borgere med allergi er faktisk på niveau med forekomsten blandt borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for usundt kostmønster for stort set alle sygdommene. For kræft, hvor der før justering ses en højere forekomst, ses det imidlertid, at der ikke længere er forskel sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for størstedelen af de kroniske sygdomme sket en stigning i andelen med usundt kostmønster ligesom i regionen samlet set. Fra 2013 til 2021 er der for eksempel sket en stigning i andelen blandt borgere med depression fra 13 % til 20 % og blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom fra 12 % til 18 %. Blandt borgere med hhv. angst og apopleksi ses der imidlertid ikke statistisk signifikante ændringer i andelen med usundt kostmønster i perioden.

Fysisk aktivitet

I 2021 er forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden for langt størstedelen af de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.12). Borgere med diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL og depression ligger i den høje ende, hvor omkring hver tredje borger har lav fysisk aktivitet i fritiden (31-35 %). Omvendt er forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden blandt borgere med hhv. allergi, migræne og astma i den lave ende, og forekomsten på 18 % blandt borgere med allergi er faktisk på niveau med forekomsten blandt borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses der for alle de kroniske sygdomme i højere grad lav fysisk aktivitet i fritiden sammenlignet med regionen samlet set. Tendensen for borgere med allergi er således ændret, idet andelen for justering var på niveau med andelen blandt borgere i regionen som helhed.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for størstedelen af de kroniske sygdomme enten sket en stigning eller ikke sket en signifikant ændring i andelen med lav fysisk aktivitet i fritiden. Således er der sket en stigning i andelen blandt borgere med diabetes, depression, slidgigt, rygsygdom, astma og allergi, og stigningerne er i de fleste tilfælde sket fra 2013 til 2017. Denne udvikling stemmer i høj grad overens med udviklingen i regionen samlet set, hvor der er sket en stigning fra 2013 til 2017 og derefter et fald fra 2017 til 2021. Blandt borgere med hjertesygdom, KOL, knogleskørhed, angst, inflammatorisk ledsygdom og kræft er der ikke sket statistisk signifikante ændringer i andelen med lav fysisk aktivitet i fritiden i perioden. Der ses en anden udviklingstendens blandt borgere med apopleksi og migræne, idet der her først er sket en signifikant stigning fra 2013 til 2017 og derefter et signifikant fald fra 2017 til 2021.

Svær overvægt

I 2021 er forekomsten af svær overvægt for de fleste af de kroniske sygdomme højere end forekomsten i regionen samlet set (Figur 1.13). Den markant højeste forekomst ses blandt borgere med diabetes, hvor mere end hver tredje har svær overvægt (38 %), men borgere med hhv. hjertesygdom, KOL og slidgigt ligger også i den høje ende, idet omkring hver fjerde borger

med disse sygdomme har svær overvægt (24-27 %). Omvendt ses den laveste forekomst blandt borgere med knogleskørhed, hvor det kun er hver tiende borger, som har svær overvægt, og her er forekomsten også signifikant lavere end i regionen samlet set. I den lave ende med hensyn til forekomsten af svær overvægt findes også borgere med allergi, kræft og migræne med forekomster på 16-19 %, som dog stadig er højere end i regionen samlet set. Apopleksi ligger også i den lave ende, men her er andelen på 17 % ikke signifikant forskellig fra andelen i regionen.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for svær overvægt for stort set alle sygdommene. For kræft ses det imidlertid, at der ikke længere er forskel sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for størstedelen af de kroniske sygdomme sket en stigning i andelen med svær overvægt, ligesom der ses i regionen samlet set. Fra 2013 til 2021 er der for eksempel sket en stigning i andelen blandt borgere med hjertesygdom fra 21 % til 27 % og blandt borgere med migræne fra 13 % til 19 %. Blandt borgere med hhv. apopleksi og knogleskørhed ses der imidlertid ikke statistisk signifikante ændringer i andelen med svær overvægt i perioden.

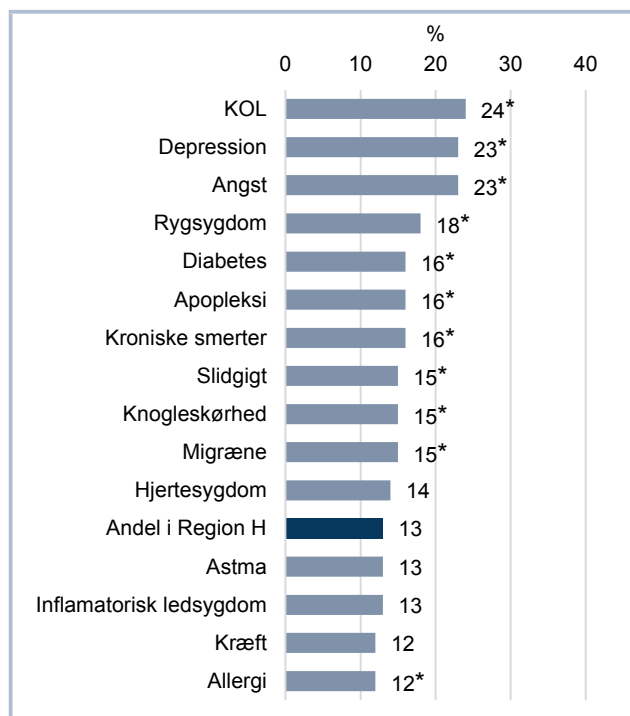
Søvn

I 2021 er andelen, som er meget generet af søvnproblemer, for alle de kroniske sygdomme større end andelen i regionen samlet set (Figur 1.14). Borgere med angst, depression og migræne ligger i den høje ende, hvor næsten hver tredje borger er meget generet af søvnproblemer (29-33 %). Omvendt ses i den lave ende borgere med hhv. kræft, knogleskørhed, allergi og apopleksi, hvor 17-19 % er meget generet af søvnproblemer.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kronisk sygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med kronisk sygdom i højere grad er meget generet af søvnproblemer end borgere i regionen samlet set.

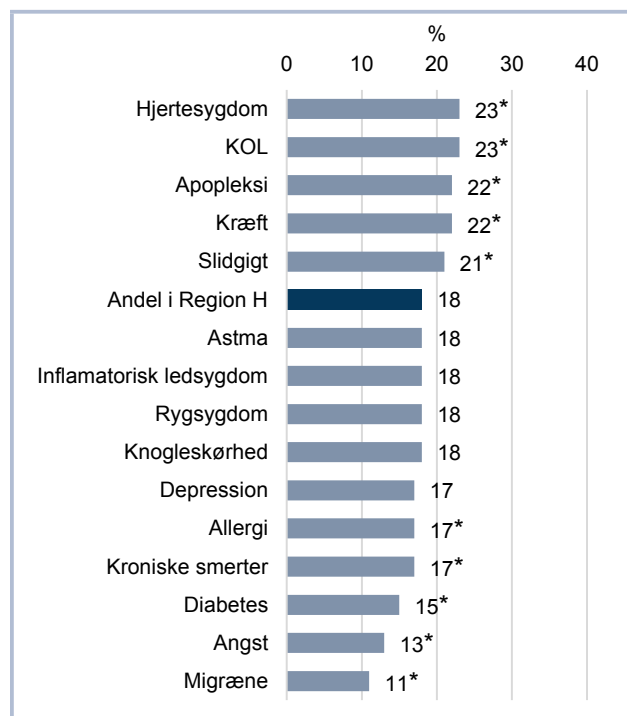
Udvikling: I perioden 2013 til 2021 er der for de fleste af de kroniske sygdomme sket en stigning i andelen, som er meget generet af søvnproblemer, ligesom i regionen samlet set, og stigningen er for det meste sket fra 2013 til 2017. Fra 2013 til 2021 er der for eksempel sket en stigning i andelen, som er meget generet af søvnproblemer, blandt borgere med migræne fra 23 % til 29 % og blandt borgere med astma fra 14 % til 20 %. Blandt borgere med hhv. inflammatorisk ledsygdom, hjertesygdom og knogleskørhed ses der imidlertid ikke statistisk signifikante ændringer i andelen, som er meget generet af søvnproblemer i perioden.

Figur 1.9 Daglig rygning i 2021



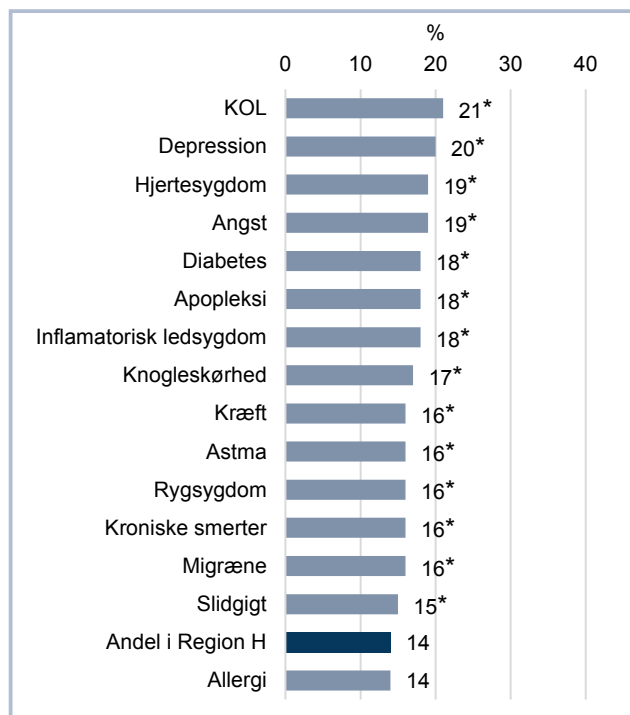
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.10 Drikker over 10 genstande om ugen i 2021



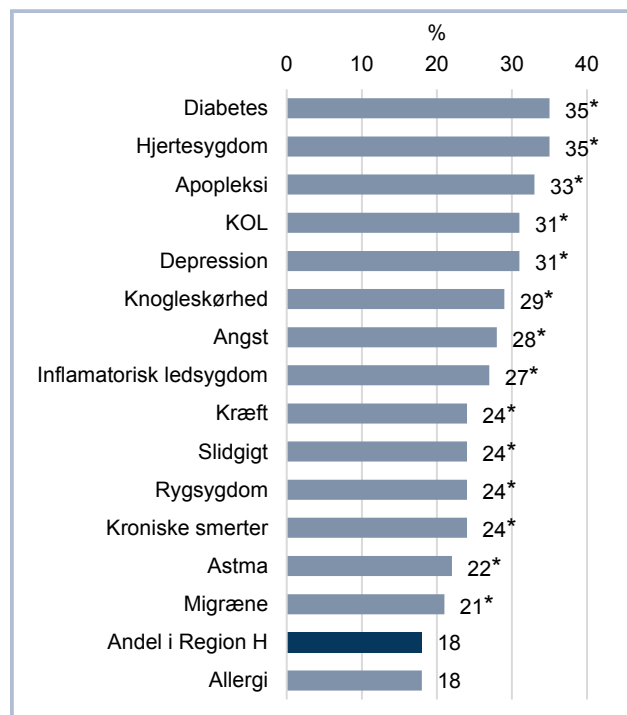
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.11 Usundt kostmønster i 2021



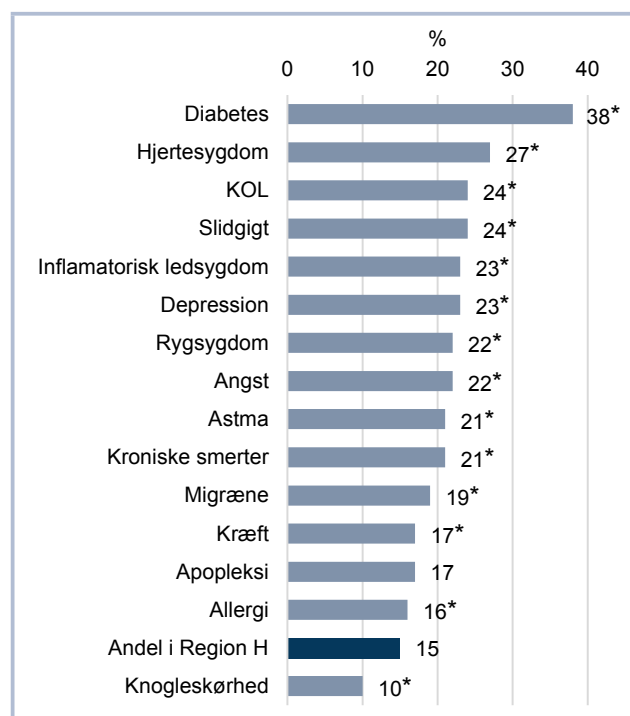
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.12 Lav fysisk aktivitet i fritiden i 2021



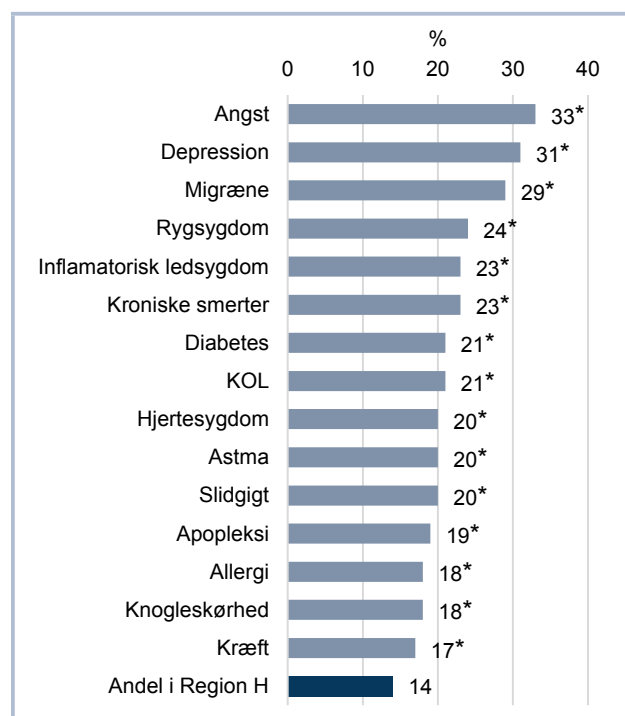
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.13 Svær overvægt i 2021



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.14 Meget generet af søvnproblemer i 2021



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med kronisk sygdom

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde enten den samme andel eller en mindre andel, som ønsker en adfærdsændring eller vægttab blandt borgere, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, sammenlignet med regionen samlet set.

Borgere med hhv. angst og migræne ligger i den høje ende med hensyn til andelen, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, sammenlignet med de andre kroniske sygdomme. Andelen blandt borgere med disse sygdomme ligger i øvrigt enten på niveau med eller over regionen samlet set. Borgere med hhv. depression og allergi ligger også i de fleste tilfælde i den høje ende sammenlignet med de andre kroniske sygdomme. Omvendt ligger borgere med hhv. apopleksi og knogleskørhed i den lave ende med hensyn til andelen, som ønsker samtlige af de inkluderede adfærdsændringer eller vægttab blandt borgere, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt. Desuden er andelen blandt borgere med hhv. apopleksi og knogleskørhed i næsten alle tilfælde mindre end i regionen samlet set. Borgere med hhv. kræft, hjertesygdom og KOL ligger også i de fleste tilfælde i den lave ende sammenlignet med de andre kroniske sygdomme.

Ønske om rygestop

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde samme andel, som ønsker at stoppe med at ryge blandt borgere, der ryger dagligt, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.15). Blandt borgere med astma, migræne og allergi ses imidlertid en større andel end der ses i regionen samlet set, mens der blandt borgere med slidgigt, diabetes, kræft, knogleskørhed og apopleksi ses en mindre andel.

Borgere med astma, migræne, allergi og angst ligger således i den høje ende med 77-81 %, som ønsker at stoppe med at ryge, blandt borgere, der ryger dagligt. De mindste andele ses blandt borgere med apopleksi (63 %) og knogleskørhed (64 %), mens borgere med kræft og diabetes også ligger i den lave ende (68-70 %) med hensyn til andelen, som ønsker at stoppe med at ryge, blandt borgere, der ryger dagligt.

Ønske om at nedsætte alkoholforbruget

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde samme andel, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med alkoholindtag over 10 genstande om ugen, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.16). Blandt borgere med depression, migræne, kroniske smerter og slidgigt ses imidlertid en større andel end der ses i regionen samlet set, mens der blandt borgere med kræft, knogleskørhed og hjertesygdom ses en mindre andel.

Den største andel, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med alkoholindtag over 10 genstande om ugen, ses for borgere med depression, hvor 38 % har ønske om at ændre forbruget, men også borgere med angst, migræne og kroniske smerter ligger i den høje ende med andele på 29-31 %. I den lave ende ses borgere med apopleksi, kræft, knogleskørhed og hjertesygdom, hvor 19-20 % ønsker at nedsætte alkoholfor-

bruget blandt borgere med alkoholindtag over 10 genstande om ugen.

Ønske om at ændre spise sundere

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde en mindre andel, som ønsker at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.17). Blandt borgere med angst, migræne og allergi ses imidlertid en større andel end der ses i regionen samlet set, mens andelen blandt borgere med depression og astma ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen som helhed.

Borgere med angst, migræne, allergi og depression ligger således i den høje ende med 66-72 %, som ønsker at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster. De mindste andele ses blandt borgere med knogleskørhed (39 %) og apopleksi (41 %), mens borgere med hjertesygdom, kræft og KOL også ligger i den lave ende (44-48 %) med hensyn til andelen, som ønsker at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster.

Ønske om at være mere fysisk aktiv

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde en mindre andel, som ønsker at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.18). Der er imidlertid også en del sygdomme, hvor andelen ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen som helhed; det gælder f.eks. for borgere med hhv. depression og kroniske smerter. Blandt borgere med allergi, migræne og angst ses imidlertid en større andel, som ønsker at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, end der ses i regionen samlet set.

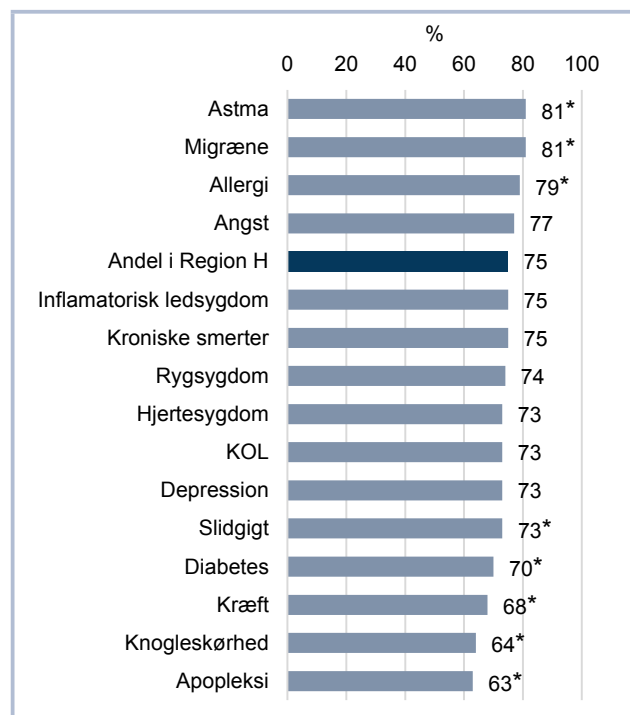
Borgere med allergi, migræne og angst ligger således i den høje ende med 79-80 %, som ønsker at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden. Den mindste andel ses blandt borgere med apopleksi (59 %), mens borgere med hjertesygdom, knogleskørhed, KOL og diabetes også ligger i den lave ende (62-64 %) med hensyn til andelen, som ønsker at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden.

Ønske om vægttab

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde en mindre andel, som ønsker vægttab blandt borgere med svær overvægt, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.19). Der er også en del sygdomme, hvor andelen ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen som helhed; det gælder f.eks. for borgere med hhv. rygsygdom og kroniske smerter. Blandt borgere med migræne og allergi ses imidlertid en større andel, som ønsker vægttab blandt borgere med svær overvægt, end der ses i regionen samlet set.

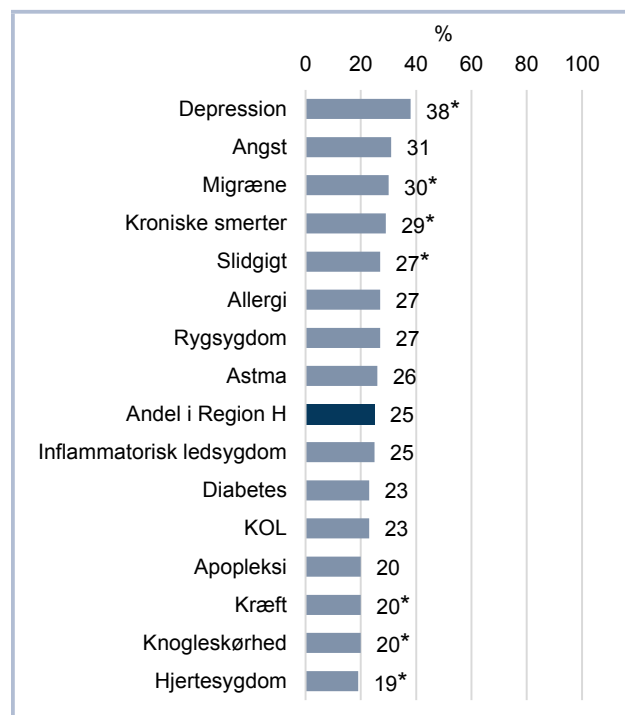
Borgere med migræne, angst, allergi og depression ligger i den høje ende med 94-96 %, som ønsker vægttab blandt borgere med svær overvægt. I den lave ende med hensyn til andelen, som ønsker vægttab blandt borgere med svær overvægt, ses borgere med knogleskørhed (84 %) og apopleksi (86 %).

Figur 1.15 Ønske om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt, i 2021



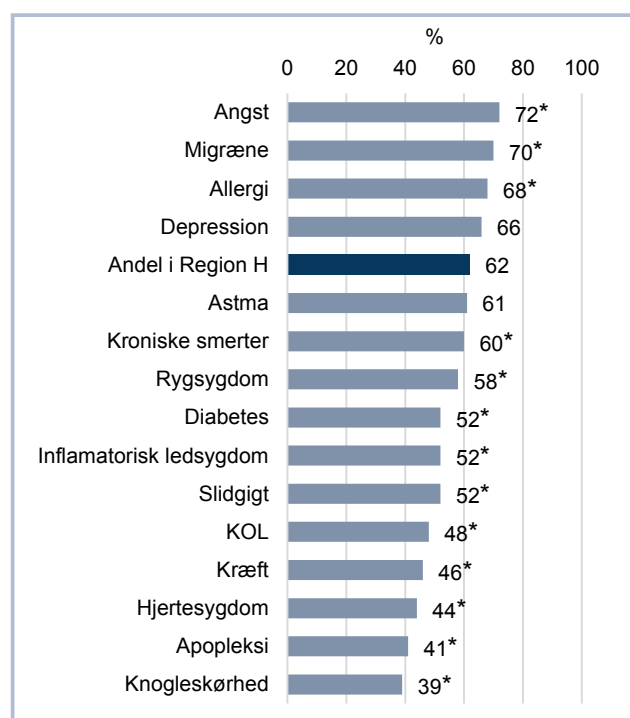
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.16 Ønske om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, i 2021



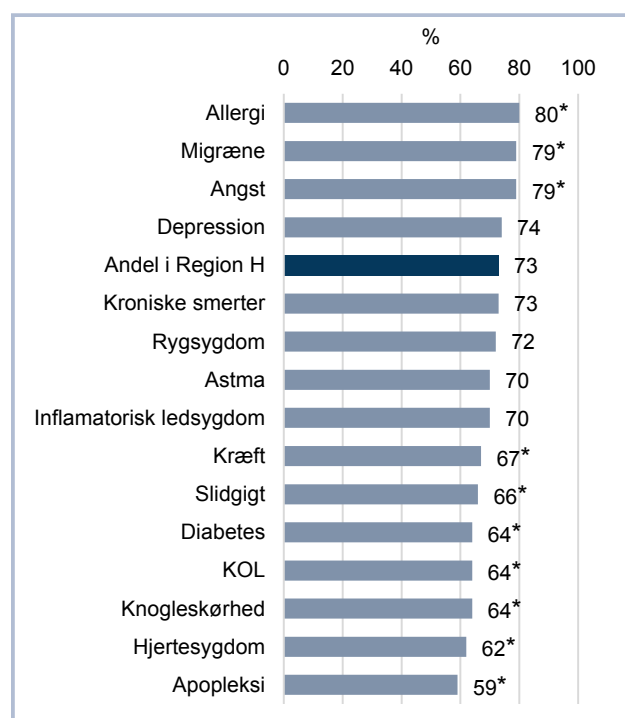
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.17 Ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster i 2021



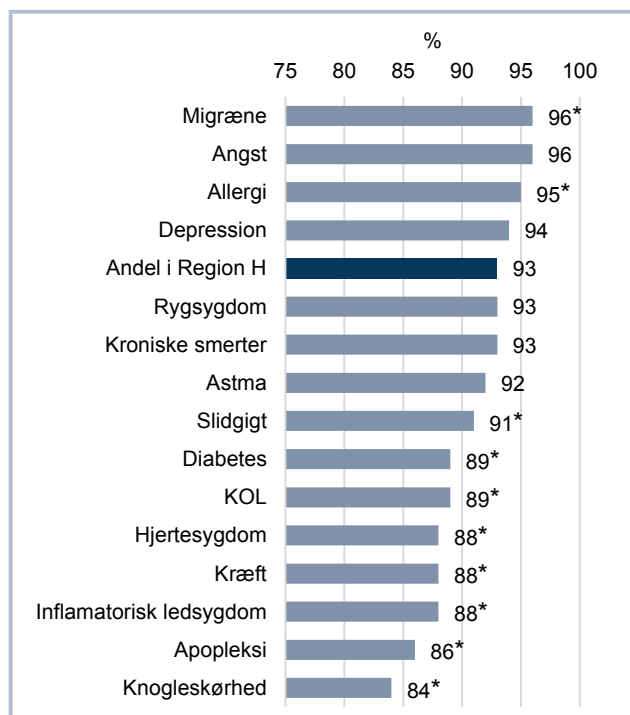
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.18 Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden i 2021



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.19 Ønske om vægttab blandt borgere med svær overvægt i 2021



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H

Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med kronisk sygdom

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde en større andel, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, sammenlignet med regionen samlet set.

Borgere med diabetes har den største andel, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, sammenlignet med de andre kroniske sygdomme. Andelen blandt borgere med diabetes er desuden i alle tilfælde også markant større end i regionen samlet set. Borgere med KOL ligger også i de fleste tilfælde i den høje ende. Omvendt ligger borgere med hhv. knogleskørhed, inflammatorisk ledsygdom, kræft og allergi i de fleste tilfælde i den lave ende med hensyn til andelen, som har fået råd om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, sammenlignet med de andre kroniske sygdomme. Borgere med inflammatorisk ledsygdom ligger dog også i den høje ende med hensyn til andelen, som har fået råd om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med alkoholindtag over 10 genstande om ugen, og som har fået råd om at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster.

Råd fra egen læge om rygestop

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde en større andel, der har fået råd fra egen læge om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.20). Det ses f.eks., at andelen er større blandt borgere med hjertesygdom, KOL og diabetes. Der er imidlertid også en del sygdomme, hvor andelen ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen som helhed. Det gælder bl.a. for borgere med migræne, depression og allergi.

De største andele på 59 % ses blandt borgere med diabetes og KOL, men borgere med hjertesygdom, apopleksi og astma ligger også i den høje ende med 49-53 %, der er blevet rådet til rygestop blandt borgere, som ryger dagligt. Den mindste andel ses blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom (28 %), mens borgere med angst, allergi og depression også ligger i den lave ende (34-35 %).

Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde en større andel, der har fået råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.21). Det ses f.eks., at andelen er større blandt borgere med diabetes, depression og inflammatorisk ledsygdom. Der er imidlertid også en del sygdomme, hvor andelen ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen som helhed. Det gælder bl.a. for borgere med migræne, astma og allergi.

De største andele på 18-19 % ses blandt borgere med diabetes og depression, men borgere med inflammatorisk ledsygdom og KOL ligger også i den høje ende med 14-15 %, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen. I den lave ende ses borgere med

allergi, astma og migræne, hvor det kun er hver tiende borgere eller mindre med alkoholindtag over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte forbruget.

Råd fra egen læge om at ændre kostvaner

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde en større andel, som har fået råd fra egen læge om at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.22). Det ses f.eks., at andelen er større blandt borgere med diabetes, inflammatorisk ledsygdom og angst. For borgere med apopleksi, KOL, allergi og knogleskørhed er andelen ikke signifikant forskellig fra andelen i regionen som helhed, mens andelen blandt borgere med kræft er signifikant mindre.

Den markant største andel på 30 % ses blandt borgere med diabetes, men borgere med inflammatorisk ledsygdom og angst ligger også i den høje ende (begge med 17 %), som er blevet rådet til at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster. De mindste andele ses blandt borgere med kræft (6 %) og knogleskørhed (7 %), men borgere med allergi, KOL og apopleksi ligger også i den lave ende med 12 %, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med usundt kostmønster.

Råd fra egen læge om at dyrke motion

For borgere med kronisk sygdom ses i de fleste tilfælde en større andel, som har fået råd fra egen læge om at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, sammenlignet med regionen samlet set (Figur 1.23). Det ses f.eks., at andelen er større blandt borgere med diabetes, angst og KOL. Der er imidlertid også en del sygdomme, hvor andelen ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen som helhed. Det gælder bl.a. for borgere med allergi, kræft og knogleskørhed.

Den største andel på 46 % ses blandt borgere med diabetes, men borgere med angst, KOL og ryg sygdom ligger også i den høje ende med 35-40 %, som er blevet rådet til at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden. I den lave ende ses borgere med allergi, kræft, knogleskørhed og inflammatorisk ledsygdom, hvor det kun er omkring hver femte borger med lav fysisk aktivitet i fritiden, som er blevet rådet til at dyrke motion.

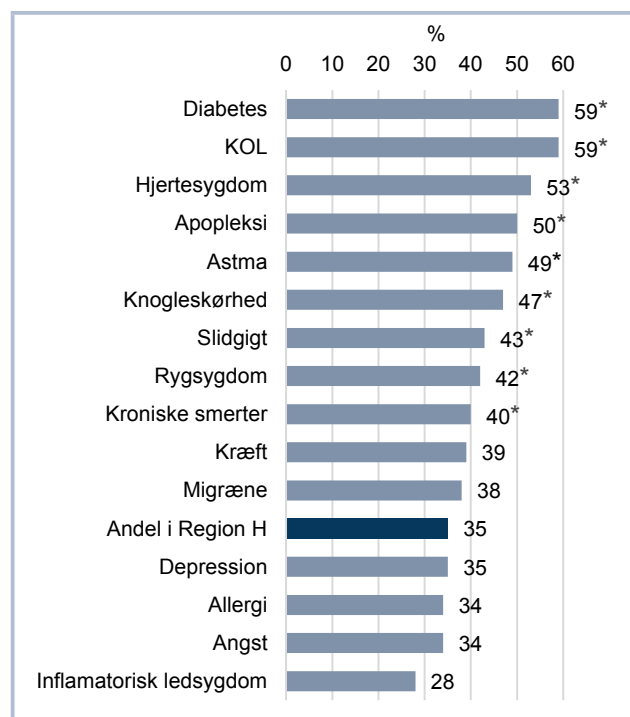
Råd fra egen læge om vægttab

For borgere med kronisk sygdom er andelen, som har fået råd fra egen læge om vægttab blandt borgere med svær overvægt, i størstedelen af tilfældene større end eller på niveau med andelen i regionen samlet set (Figur 1.24). Det ses f.eks., at andelen er større blandt borgere med diabetes, KOL og hjertesygdom, mens andelen blandt borgere med depression, migræne og allergi ikke og her er statistisk signifikant forskellig fra andelen i regionen som helhed. Det ses imidlertid også, at andelen blandt borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom og knogleskørhed er signifikant mindre sammenlignet med regionen samlet set.

Den største andel på 55 % ses blandt borgere med diabetes, men borgere med KOL og apopleksi ligger også i den høje ende

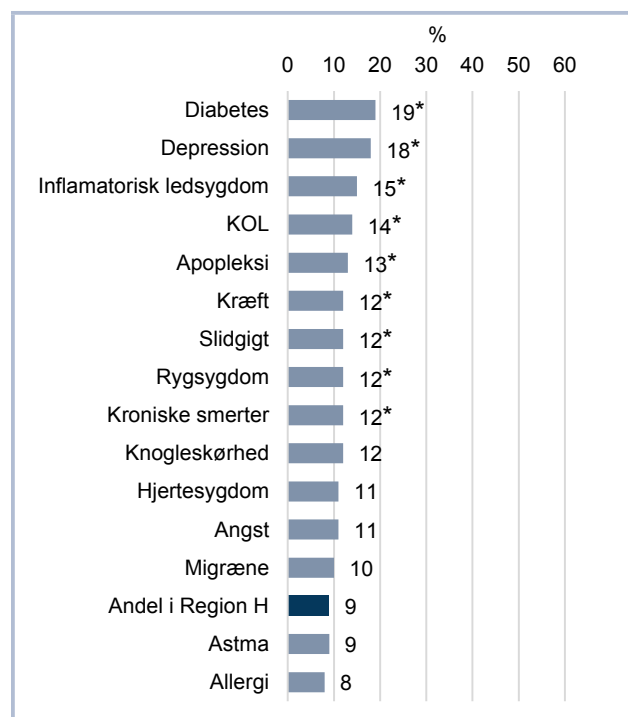
med 41-45 %, som er blevet rådet til vægttab blandt borgere med svær overvægt. I den lave ende ses borgere med kræft, inflammatorisk ledsygdom og knogleskørhed, hvor det kun er omkring hver femte borger med svær overvægt, som er blevet rådet til vægttab.

Figur 1.20 Råd fra egen læge om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt, i 2021



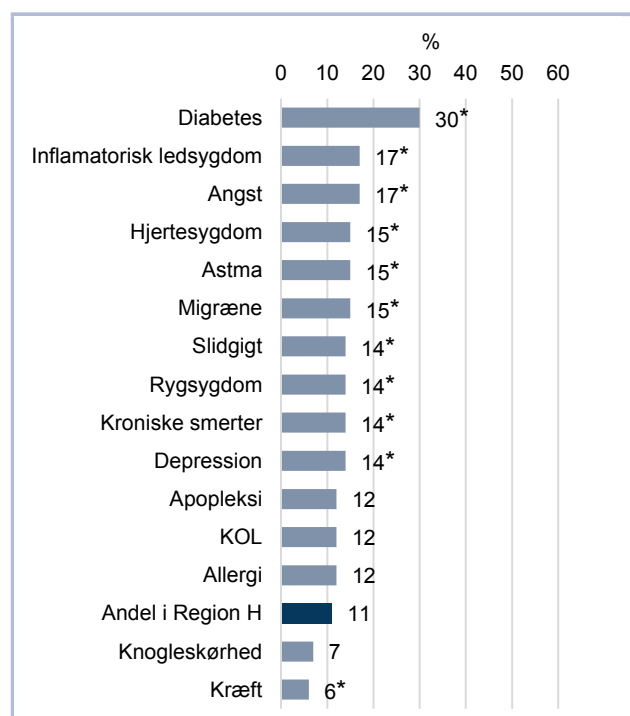
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.21 Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, i 2021



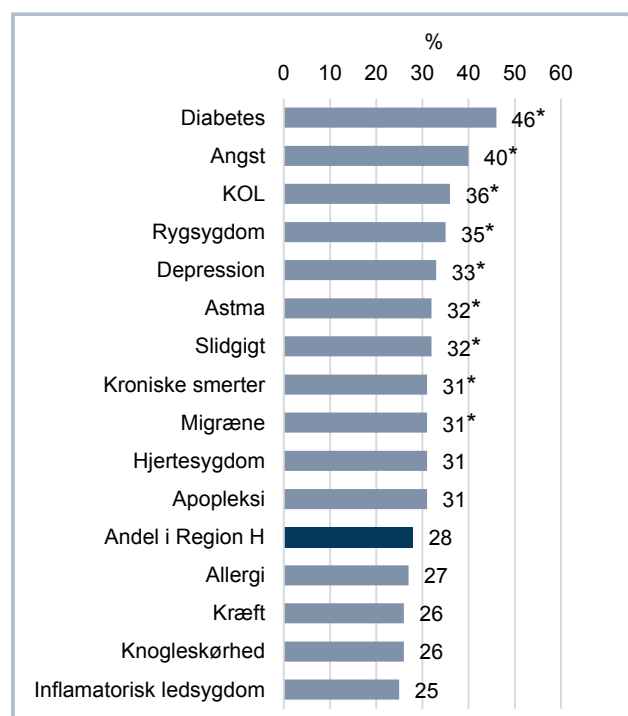
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.22 Råd fra egen læge om at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster i 2021



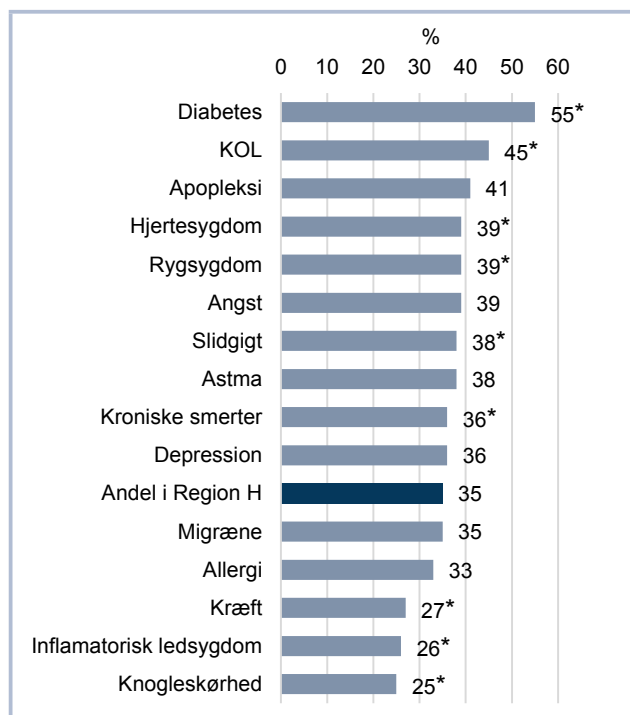
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.23 Råd fra egen læge om at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden i 2021



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Figur 1.24 Råd fra egen læge om vægttab blandt borgere med svær overvægt i 2021



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Opsamling

Borgere med kronisk sygdom har generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed samt af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer. Derudover ses der for borgere med kronisk sygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt i de fleste tilfælde enten den samme eller en mindre andel, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, og i de fleste tilfælde en større andel, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, sammenlignet med regionen samlet set. Borgere med kronisk sygdom har desuden også ofte andre samtidige kroniske sygdomme; i de fleste tilfælde er det omkring halvdelen af borgerne eller mere, som har én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme.

Borgere med hhv. hjertesygdom, KOL og apopleksi ligger alle i den høje ende med hensyn til indikatorer for dårlig fysisk sundhed samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer. Samtidig ligger borgere med disse sygdomme i den lave ende, hvad angår ønske om adfærdsændringer eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt. Borgere med KOL ligger desuden også i den høje ende, hvad angår råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

Borgere med hhv. angst, depression og migræne har ikke overraskende høje forekomster af dårlig mental sundhed. Samtidig ligger borgere med depression og angst også, sammenlignet med de andre kroniske sygdomme, i den høje ende med

hensyn til indikatorer på uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer. Borgere med angst, depression og migræne har desuden en stor andel, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med hhv. knogleskørhed og kræft i den lave ende ift. andelen, der ønsker adfærdsændring eller vægttab, og andelen, der har fået råd fra egen læge herom, blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

Borgere med diabetes adskiller sig ved at have den markant største andel, der har fået råd fra egen læge om samtlige af de inkluderede adfærdsændringer samt vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

I perioden 2013 til 2021 er der for de fleste kroniske sygdomme sket en stigning i dårlig mental sundhed og smerter i bevægeapparatet og en begrænset udvikling i dårlig livskvalitet samt dårligt fysisk og generelt helbred. Derudover er der sket en stigning i forekomsten af usund kost, svær overvægt og søvnproblemer, men omvendt et fald i forekomsten af daglig rygning og stort alkoholindtag. For lav fysisk aktivitet i fritiden er forekomsten enten steget eller ikke ændret i perioden. Endelig er der enten sket en stigning eller en begrænset udvikling i andelen med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme.

Kapitel 2

Indledning

Indledning

Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden og kommuner består af to trykte rapporter og en webrapport. Den første rapport har fokus på sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt alle borgere på 16 år eller derover og blev udgivet i 2022 (1), mens den anden rapport har fokus på kronisk sygdom blandt borgere på 16 år eller derover og blev udgivet i 2023 (2). Denne webrapport er tredje del i Sundhedsprofil 2021. Den krydser de to første rapporter og handler således om sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom.

Sundhedsprofil 2021 er efterfølgeren til fire tidligere sundhedsprofiler fra hhv. 2007, 2010, 2013 og 2017 (3–6), og er således en fortsættelse af den kortlægning af borgerne trivsel, sundhed og sygdom, som tidligere er blevet præsenteret. I tillæg til de trykte rapporter er der udarbejdet en række supplerende opgørelser. Derudover findes der faktaark for kommuner, region og sundhedsklynger, som bl.a. viser forekomsten af udvalgte risikofaktorer og sygdomme samt udvikling heri siden 2010 fordelt på køn og aldersgrupper. Disse kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen, hvor alle rapporterne også kan findes digitalt.

2.1 Formål med sundhedsprofilen

Formålet med sundhedsprofilen for Region Hovedstaden er at belyse og beskrive, hvordan det går med trivsel, sundhed og sygdom blandt borgerne i regionen samt at følge udviklingen over tid. Sundhedsprofilen kan bruges som planlægningsredskab i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden i alle sektorer samt tværsektorielt. Ved hjælp af sundhedsprofilen kan det ses, hvilke sundhedsmæssige områder der er potentiale i at forbedre, og hvilke befolkningsgrupper der er væsentlige at have fokus på, når sundhedsindsatser tilrettelægges.

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden dækker samtlige 29 kommuner i regionen og bidrager med detaljeret viden om borgernes trivsel, sundhed og sygdom i de enkelte kommuner og i ti københavnske bydele samt i regionen som helhed. Dette sættes derudover i relation til en række demografiske og sociale forhold. Som noget nyt i den seneste rapport om kronisk sygdom vistes også opgørelser for de nye sundhedsklynger (2). Derudover er der i sundhedsprofilen særligt fokus på social ulighed.

Sundhedsprofilen kan anvendes som grundlag i forbindelse med planlægning og prioritering af forebyggelses-, behandlings-

og rehabiliteringsindsatser i alle sektorer samt i det tværsektorielle samarbejde. Den er således et unikt redskab i arbejdet med kommunernes sundhedspolitikker og for sundhedsaftalen mellem kommunerne, praksissektoren og regionen.

Formål med denne rapport

Formålet med nærværende rapport er at undersøge komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentiale blandt borgere med kronisk sygdom. Rapporten har således ikke fokus på at beskrive demografiske og sociale forhold som i de to foregående rapporter i Sundhedsprofil 2021 (1,2), men bidrager med viden om trivsel, sundhed og sygdom blandt borgere med forskellige kroniske sygdomme. Nærværende rapport belyser således hvilke sundhedsmæssige områder, der er vigtige at prioritere i forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser i kommuner, sundhedsklynger og region i arbejdet omkring borgere med kronisk sygdom. Resultaterne giver et indblik i de forskelle, der ses mellem borgere med forskellige kroniske sygdomme og i forhold til den generelle befolkning i Region Hovedstaden.

2.2 Nationalt samarbejde om sundhedsprofilen

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden bygger bl.a. på spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', som er en del af en landsdækkende undersøgelse, der gennemføres samtidigt i et samarbejde mellem de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Der udarbejdes sundhedsprofiler i alle fem regioner samt nationalt, hvor hver region, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed står bag udarbejdelsen på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsministeriet og Finansministeriet.

'Hvordan har du det?'-undersøgelsen er udviklet og gennemført i overensstemmelse med retningslinjer fastlagt af Det Nationale Koordinerende Udvalg for sundhedsprofilen, som består af Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Statens Institut for Folkesundhed og repræsentanter fra hhv. de fem regioner og en kommune i hver region. Det betyder, at dataindsamlingen og databearbejdningen er blevet standardiseret nationalt og på tværs af regioner. Dette gør det muligt at sammenligne mange af opgørelserne i Region Hovedstadens sundhedsprofil med opgørelserne i de øvrige regioners og den nationale sundhedsprofil inklusive opgørelser på hjemmesiden danskernessundhed.dk, hvor opgørelser fra hele landet er samlet.

2.3 COVID-19-pandemien

Særligt for sundhedsprofilen i 2021 er, at dataindsamlingen blev gennemført under COVID-19-pandemien i en periode, hvor Danmark var underlagt restriktioner for at minimere smittespredning af COVID-19. Mere præcist fandt spørgeskema-dataindsamlingen sted mellem d. 5. februar og d. 12. maj 2021. I starten af perioden var der omfattende restriktioner (nedlukning), som var indført i december 2020. Dette gjaldt bl.a. hjemsendelse af skoleelever, hjemsendelse af offentligt ansatte i ikke-kritiske funktioner, forsamlingsloft samt lukning af butikker (bortset fra dagligvarebutikker og apoteker), restauranter og cafeer samt kultur-, idræts-, og nattelivet, herunder teatre, museer, biografer, svømmehaller og fitnesscentre. Derudover var der opfordring til at se så få personer som muligt. Studier indikerer, at vaner, adfærd, trivsel, sundhed og sygdom blev påvirket af pandemien, hvor der er eksempler på, at sundhedsadfærd, trivsel og risikofaktorer for nogen er blevet bedre, mens de for andre er blevet værre (11-21). Derudover er det muligt, at restriktionerne har påvirket borgere med kronisk

sygdom anderledes end øvrige borgere i regionen, da kronisk sygdom er forbundet med mere alvorligt COVID-19 forløb. Resultaterne for udviklingen i trivsel, sundhed og sygdom blandt borgere med kronisk sygdom samt forskellen til regionen som helhed kan derfor være påvirket af COVID-19 pandemien. Det skal dog bemærkes, at ændringer og forskelle i trivsel, sundhed og sygdom siden 2017 ikke udelukkende kan tilskrives COVID-19-pandemien, men også kan tilskrives generel udvikling og andre forhold, som f.eks. ny rygelovgivning og ændring i sygdomsopsporing. Det er med metoden bag denne undersøgelse ikke muligt at afgøre, i hvilken grad pandemien evt. forklarer udviklingen og de forskelle, der ses mellem borgere med kronisk sygdom og alle borgere i regionen i nærværende rapport. I rapporten "Hvordan har du det?" Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner – sundhedsadfærd og risikofaktorer" (1) kan læses en mere komplet beskrivelse af COVID-19-pandemiens mulige betydning for borgernes adfærd i forhold til spørgeskemaundersøgelsen.

2.4 Baggrund for denne rapport

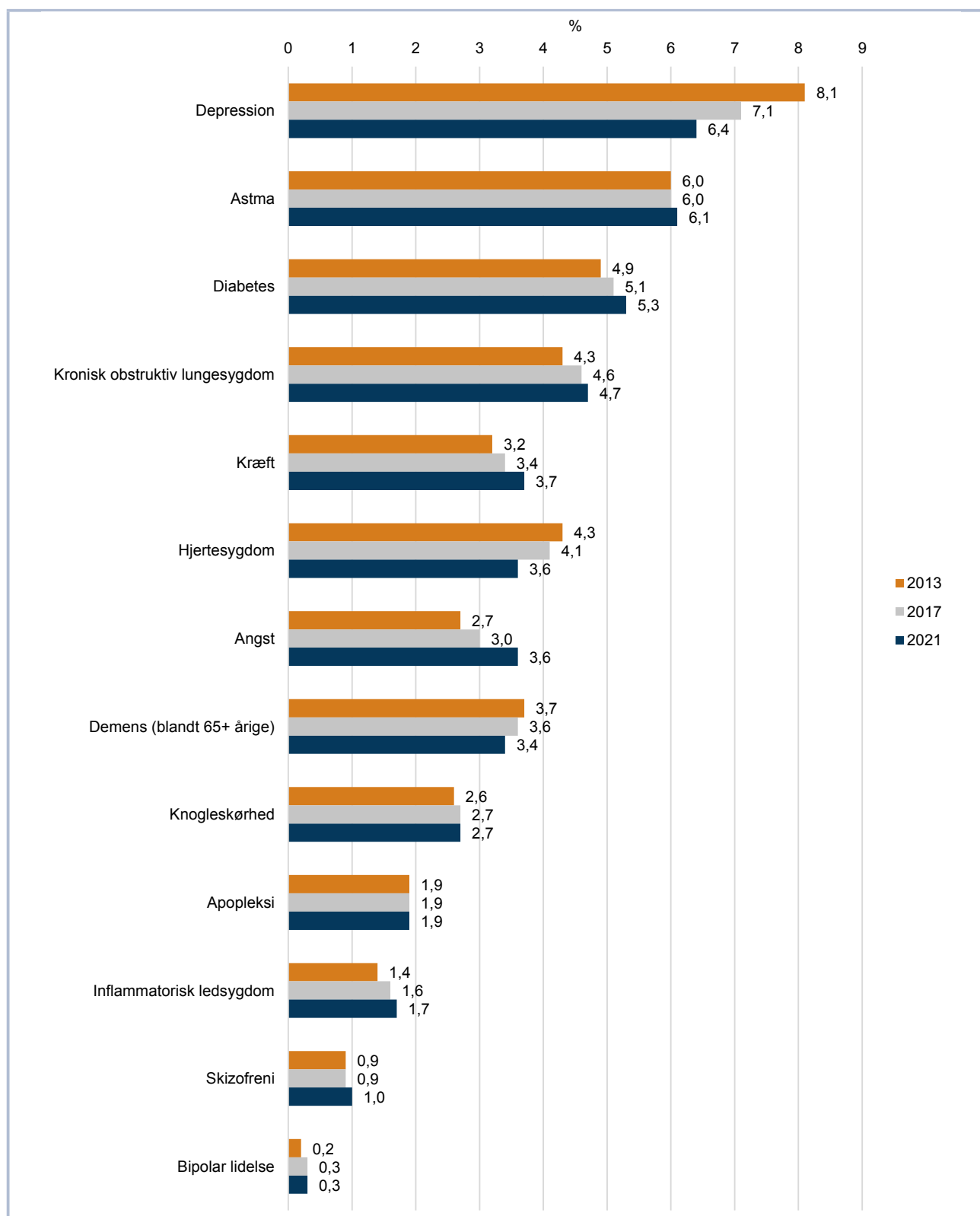
Kommunerne har sammen med regionen delt ansvar for rehabilitering og forebyggelse og regionen har ansvar for behandling af borgere med kronisk sygdom. I den forbindelse er det vigtigt at kende den generelle sundhedstilstand, sundhedsadfærd og risikofaktorer hos borgere med kronisk sygdom for at kunne tilrettelægge og prioritere effektive forebyggende indsatser og rehabilitering. Dette for at forbedre borgernes livskvalitet og sundhedsadfærd, selvom de lever med kronisk sygdom samt forebygge risikoen for at udvikle flere samtidige kroniske sygdomme. Nærværende rapport krydser derfor de to foregående rapporter i Sundhedsprofil 2021 (1,2) og beskriver således både den mentale og fysiske sundhed samt sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med forskellige kroniske sygdomme. Nedenfor beskrives kort hovedresultaterne for de to foregående rapporter som baggrund for denne rapport.

I den seneste rapport om kronisk sygdom i Sundhedsprofil 2021 (2) blev det vist, at forekomsten for mange af de opgjorte kroniske sygdomme var steget fra 2013 til 2021 blandt borgere på 16 år eller derover i Region Hovedstaden. Af de registerbaserede sygdomme sås bl.a. en stigning i forekomsten af diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og angst (Figur 2.1), mens der for de selvrapporterede sygdomme sås en stigning i forekomsten af allergi, migræne/hyppig hovedpine, slidgigt og ryg sygdom (Figur 2.2). Omvendt var der sket et fald i forekomsten af registerbaseret hjertesygdom, demens og depression

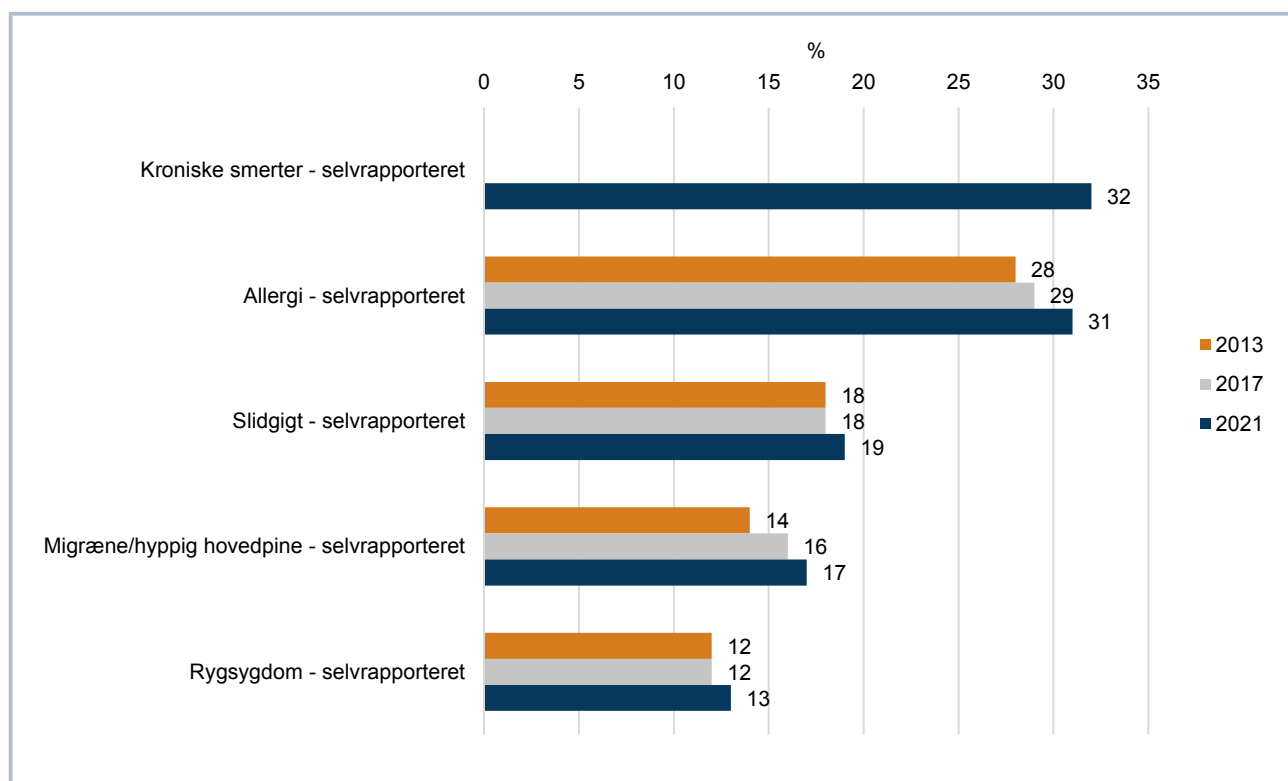
(Figur 2.1). I 2021 blev der for første gang målt på selvrapporterede kroniske smerter (Figur 2.2).

Den første delrapport i Sundhedsprofil 2021 (1) om sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere på 16 år eller derover i Region Hovedstaden viste, at dårlig fysisk og mental sundhed generelt var steget fra 2013 til 2021. For de fleste indikatorer, som er medtaget i nærværende rapport (Figur 2.3), sås en stigning i forekomsten fra 2013 til 2021, herunder mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og lav score på mental helbredsskala. Derudover sås en stigning i forekomsten af ensomhed (ikke målt i 2013) og høj score på stressskalaen, samt en mindre stigning i forekomsten af dårlig eller meget dårlig livskvalitet (ikke målt i 2013), mens andelen med lav score på fysisk helbredsskala stort set var uændret i perioden. Derudover inkluderede rapporten (1) et stort udvalg af indikatorer, som beskrev sundhedsadfærd og risikofaktorer. For de indikatorer, der er medtaget i nærværende rapport (Figur 2.4), sås, at andelen af borgere med usundt kostmønster, svær overvægt, og som er meget generet af søvnproblemer, var steget fra 2013 til 2021 (Figur 2.4). Modsat sås et fald i andelen af borgere, som drikker over 10 genstande om ugen. For daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden sås en stigning fra 2013 til 2017 efterfulgt af et fald fra 2017 til 2021.

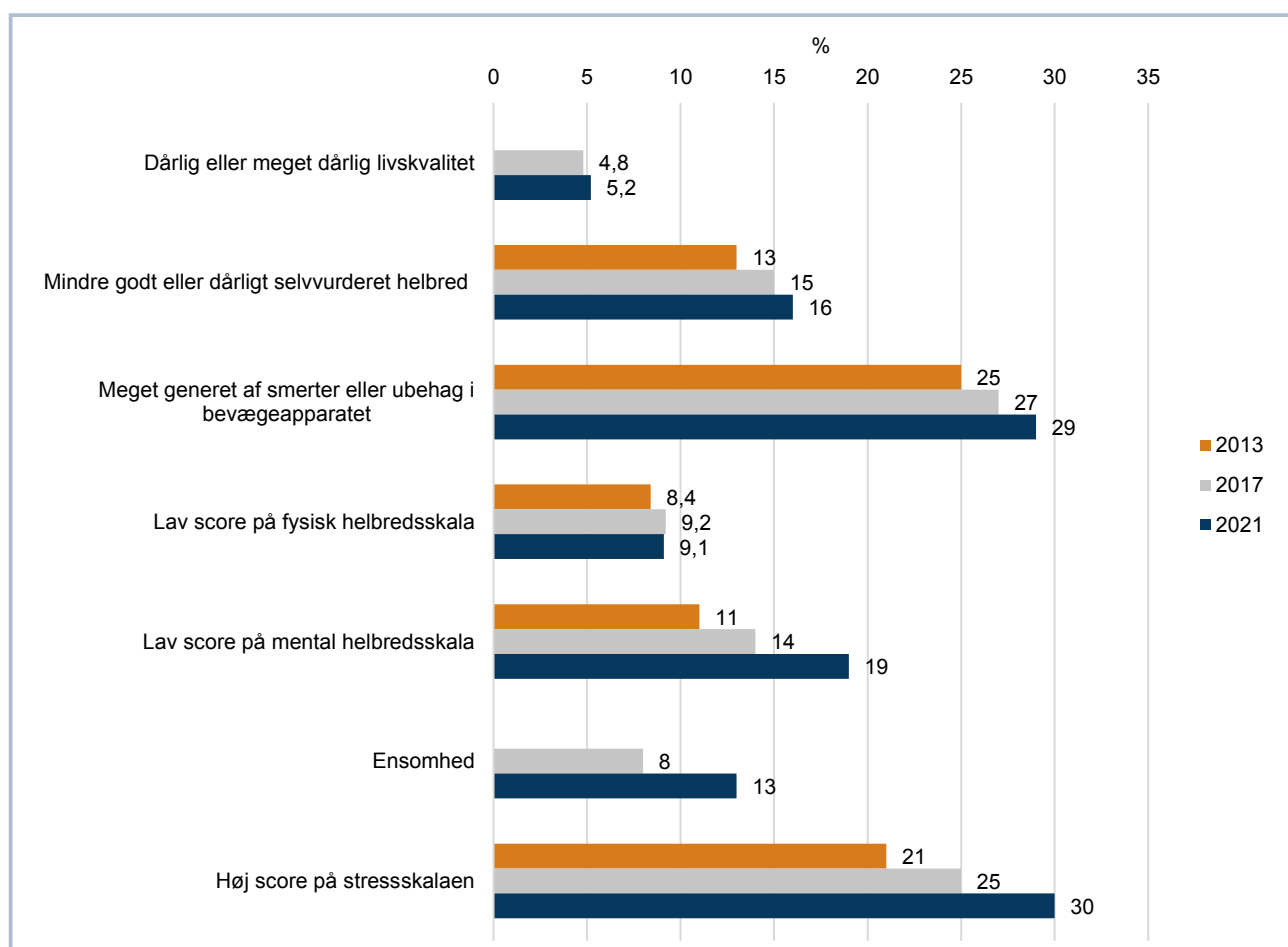
Figur 2.1. Forekomst af registerbaserede kroniske sygdomme i Region Hovedstaden



Resultater fra figuren er præsenteret yderligere i rapporten "Hvordan har du det? Sundhedsprofil fra kommuner og region 2021 - kronisk sygdom" (2). Sygdommene er sorteret efter faldende forekomst i 2021.

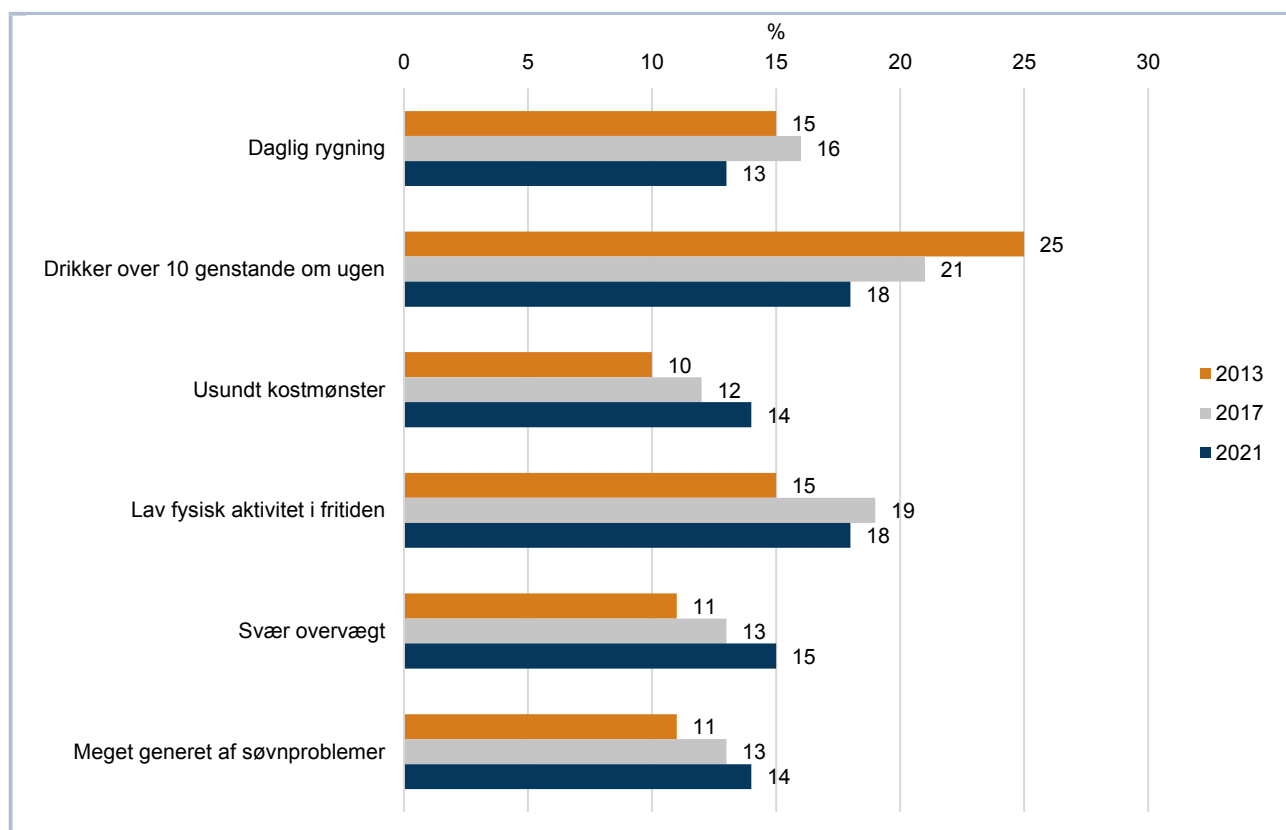
Figur 2.2 Forekomst af selvrapporterede kroniske sygdomme i Region Hovedstaden

Resultater fra figuren er præsenteret yderligere i rapporten "Hvordan har du det? Sundhedsprofil fra kommuner og region 2021 - kronisk sygdom" (2). Sygdommene er sorteret efter faldende forekomst i 2021. Kroniske smerter blev målt for første gang i 2021 og er derfor ikke vist for 2013 og 2017.

Figur 2.3 Forekomst af indikatorer for fysisk og mental sundhed i Region Hovedstaden medtaget i denne rapport

Resultater fra figuren er præsenteret yderligere i rapporten "Hvordan har du det? Sundhedsprofil fra kommuner og region 2021 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer" (1). Livskvalitet og ensomhed blev ikke målt i 2013 og vises derfor kun for 2017 og 2021.

Figur 2.4 Forekomst af indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer i Region Hovedstaden medtaget i denne rapport



Resultater fra figuren er præsenteret yderligere i rapporten ”Hvordan har du det? Sundhedsprofil fra kommuner og region 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer” (1).

2.5 Indhold og opbygning af rapporten

Denne rapport beskriver sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere på 16 år eller derover med kronisk sygdom. Rapporten er opbygget således, at der findes et kapitel for hver sygdom med tilhørende tekst, tabeller og figurer, der beskriver og viser forekomsten af komorbiditet (samtidig forekomst af mindst én anden registerbaseret kronisk sygdom), fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentiale (ønske om adfærdsændring og råd fra egen læge om adfærdsændring) blandt borgere med kronisk sygdom og sammenlignet med alle borgere i regionen samlet set.

Der er i rapporten lagt vægt på at vise og beskrive forekomsten af trivsel, sundhed og sygdom blandt borgere med kronisk sygdom i 2021 og derudover at vise og beskrive udviklingen siden 2013, hvor muligt. Derudover er der lagt vægt på at sammenligne forekomsten og udviklingen med regionen som helhed. Forekomsten og udviklingen fra 2013 til 2021 i de kroniske

sygdomme kan ses på regionsniveau i Figur 2.1 og Figur 2.2. Ligeledes kan forekomsten og udviklingen for de indikatorer, som beskrives i rapportens kapitler ses på regionsniveau i Figur 2.3 og Figur 2.4 medtaget i denne rapport. I kapitlernes tabeller og figurer vises tilsvarende den samlede forekomst af de respektive indikatorer i Region Hovedstaden i 2021. I sammenfatningen findes desuden et overblik af resultaterne på tværs af rapportens kapitler.

Da dele af metoden og strukturen i denne rapport er den samme som i ”Hvordan har du det? Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden og kommuner – adfærd og risikofaktorer” (1) og ”Hvordan har du det? Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden og kommuner – kronisk sygdom” (2), vil der være genbrug af tekststykker herfra samt henvisninger til disse.

2.6 Materiale

Denne rapport bygger på data fra nationale registre og spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?' undersøgelsen. I dette afsnit beskrives kort det data, som danner grundlag for opgørelserne i denne rapport, mens mere uddybende informationer kan læses i de to tidligere rapporter i Sundhedsprofil 2021 om hhv. kronisk sygdom (2) og sundhedsadfærd og risikofaktorer (1).

Landspatientregistret-Psykiatri (LPR-PSYK), Lægemeddeledebasen (LMDB) samt Sygesikringsregistret. Oplysningerne er indhentet for alle borgere på 16 år eller derover, som var bosat i Region Hovedstaden 1. januar 2021, 1. januar 2017 samt 1. januar 2013. I Tabel 2.1 ses antallet af borgere bosat i regionen på disse datoer.

2.6.1 Registre

I Danmark har vi en unik mulighed for at indhente og koble oplysninger om sociodemografiske forhold og sygdomsforekomst via centrale nationale registre. Registeroplysninger om sygdomsforekomst, som bruges i denne rapport samt i rapporten om kronisk sygdom (2), er indhentet fra Landspatientregistret (LPR2 indtil 2019 og LPR3-midlertidig model for 2019-2021),

Landspatientregistret-Psykiatri (LPR-PSYK), Lægemeddeledebasen (LMDB) samt Sygesikringsregistret. Oplysningerne er indhentet for alle borgere på 16 år eller derover, som var bosat i Region Hovedstaden 1. januar 2021, 1. januar 2017 samt 1. januar 2013. I Tabel 2.1 ses antallet af borgere bosat i regionen på disse datoer.

Tabel 2.1 Antal borgere på 16 år eller derover med bopæl i Region Hovedstaden pr. 1. januar i årene 2021, 2017, og 2013

	2013	2017	2021
Indbyggere pr. 1. januar	1.412.671	1.483.255	1.527.869

2.6.2 Spørgeskemadata

I denne rapport er der foruden registeroplysninger benyttet data fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' fra 2021, 2017 og 2013 i Region Hovedstaden, tilsvarende de to andre rapporter i Sundhedsprofil 2021 (1,2). I undersøgelsen spørges bl.a. ind til borgernes trivsel, sundhedsadfærd, sygdomme og symptomer, sociale relationer, livskvalitet samt ønsker om adfærdssændring.

I februar 2021 blev en tilfældig stikprøve af borgere inden for hver af de 29 kommuner i Region Hovedstaden samt 10 bydele i Københavns Kommune inviteret til at besvare spørgeskemaet 'Hvordan har du det? 2021'. Stikprøven blev lavet blandt alle borgere på 16 år eller derover, der havde folkeregisteradresse i den pågældende kommune pr 1. januar 2021. Borgere, der var tilmeldt digital post (93 %), blev i første omgang inviteret gennem digital post med link til et elektronisk spørgeskema samt en efterfølgende digital påmindelse. Herefter fik de tilsendt en postomdelt invitation med trykt spørgeskema samt to postomdelte påmindelser, hvoraf den sidste indeholdt endnu et trykt spørgeskema. Borgere, der ikke var tilmeldt digital post (7 %), fik tilsendt en postomdelt invitation med trykt spørgeskema og efterfølgende to postomdelte påmindelser, hvoraf den sidste også indeholdt et trykt spørgeskema. Undersøgelsen kørte indtil primo maj 2021. Der blev udsendt spørgeskemaer til i alt 102.500 borgere i Region Hovedstaden, hvoraf 54,9 % (N=56.245) valgte at deltage. Af disse svarede 81,1 % på spørgeskemaet elektronisk. Der var en større andel af kvinder, ældre, borgere med dansk baggrund, borgere med erhvervsfaglig og videregående uddannelse, pensionister samt samlevende borgere, som deltog i undersøgelsen sammenlignet med alle inviterede borgere.

I 2017 blev 104.950 borgere i Region Hovedstaden inviteret til undersøgelsen, hvoraf 52,6 % (N=55.185) valgte at deltage. I 2013 blev 95.150 borgere inviteret, hvoraf 43,5 % (N=41.356) valgte at deltage.

I Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden er der, i modsætning til de tidligere sundhedsprofiler, også inkluderet spørgeskemadata fra borgere i Region Hovedstaden, der er inkluderet i den nationale stikprøve, som Statens Institut for Folkesundhed (SIF) står for at indsamle. Det betyder, at der i Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2021 for de nationale spørgsmål både er inkluderet data indsamlet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF; tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed) i Region Hovedstaden og data indsamlet af SIF. Dette øger datagrundlaget og giver således en større styrke til analyserne. Det gælder dog kun for de nationale spørgsmål, dvs. spørgsmål, som er ens på tværs af regioner og SIF. I Bilag A-E ses for alle spørgsmål opgjort i denne rapport, hvor data er indsamlet. I opgørelserne i denne rapport er medtaget spørgeskemadata for Region Hovedstaden indsamlet af SIF for alle årene tilbage til 2013. I alle årene er ca. 7.600 borgere fra Region Hovedstaden blevet inviteret til 'Hvordan har du det?' undersøgelsen af SIF, og omkring halvdelen af de inviterede (ca. 4.000) har for hvert af årene returneret et udfyldt spørgeskema til SIF. Den samlede svarprocent i Region Hovedstaden, når data fra SIF og CKFF opgøres samlet, er 54,1 % for 2021, 52,6 % for 2017 og 44,3 % for 2013.

Eftersom formålet med denne rapport er at beskrive trivsel, sundhed og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom, er alle opgørelser med brug af spørgeskemadata begrænset til borgere med den pågældende sygdom, som har deltaget i undersøgelsen. Det betyder f.eks., at for inflammatorisk ledsygdom i 2021, hvor forekomsten er 1,7 % i Region Hovedstaden, er opgørelserne lavet på baggrund af de deltagere i 'Hvordan har du det? 2021', som har inflammatorisk ledsygdom (N=1.284). For kroniske smerter, som er den hyppigste sygdom i 2021, er opgørelserne derimod baseret på 18.244 deltagere. I Tabel 2.2 ses antal deltagere i 'Hvordan har du det?' undersøgelsen fordelt på de forskellige kroniske sygdomme (baseret på data fra CKFF og SIF).

Uddybende information om spørgeskemadata findes i rapporten "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner

2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer"(1) samt i tilsvarende rapporter fra 2017 (3) og 2013 (4).

Tabel 2.2 Antal deltagere i 'Hvordan har du det?' undersøgelsen fordelt på kronisk sygdom

Sygdom	Antal deltagere		
	2013	2017	2021
Diabetes	2.522	3.363	3.539
Hjertesygdom	2.308	2.878	2.692
Apopleksi	889	1.191	1.325
Kræft	1.988	2.784	3.034
Kronisk obstruktiv lungesygdom	2.338	3.299	3.537
Astma	2.864	3.769	4.081
Allergi – selvrapporteret	10.597	15.129	16.206
Inflammatorisk ledsygdom	765	1.183	1.284
Slidgigt – selvrapporteret	9.303	12.388	13.323
Rygsygdom – selvrapporteret	5.636	7.111	7.764
Knogleskørhed	1.525	1.942	2.086
Kroniske smerter – selvrapporteret			18.244
Migræne – selvrapporteret	5.718	8.807	9.186
Depression	3.135	3.879	3.675
Angst	903	1.503	1.782
Skizofreni	169	258	383
Bipolar	71	140	154
Demens (65 + år)	158	219	223

Antal deltagere er angivet for data indsamlet på CKFF og SIF. Oplysninger om allergi og kroniske smerter er kun baseret på data indsamlet på CKFF.

2.7 Metode

2.7.1 Kronisk sygdom

De kroniske sygdomme, som beskrives i denne rapport, er baseret på de sygdomme, som indgår i rapporten "Hvordan har du det?" Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom" (2). De er valgt ud fra en række kriterier og i dialog med kommunerne i Region Hovedstaden samt med repræsentanter fra Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. Kriterierne omfatter bl.a., at det er hyppigt forekommende sygdomme i den danske befolkning, det er sygdomme, som er belastende for den enkelte borger og for samfundet, det er sygdomme, som er kroniske/langvarige, samt at det er muligt at forebygge udvikling/forværring af sygdommene. Sammenlignet med rapporten om kronisk sygdom er opgørelser for skizofreni, bipolar lidelse samt demens dog ikke medtaget i denne rapport, da forekomsten af disse er relativ lav, især blandt deltagere i 'Hvordan har du det?' undersøgelsen, hvorfor fysisk og mental sundhed samt sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med disse sygdomme ville opgøres på et meget usikkert grundlag. Derudover er der ikke opgørelser for selvrapporteret angst og depression med.

Identifikation af borgere med de udvalgte kroniske sygdomme er i de fleste tilfælde sket ud fra oplysninger om diagnoser ved kontakt til hospitalssektoren, køb af medicin på recept samt enkelte ydelser i primærsektoren (gælder sygdommene i Figur 2.1). Oplysningerne er indhentet i nationale registre. Algoritmer til identifikation af borgere med kronisk sygdom baseret på registeroplysninger var i høring i de Sundhedsfaglige

Råd i Region Hovedstaden i 2013. I 2021 er algoritmerne blevet videreudviklet, ligeledes i samarbejde med de Sundhedsfaglige Råd i Region Hovedstaden samt udvalgte eksperter inden for sygdommene. Borgere defineres som havende den specifikke registerbaseret sygdom pr 1. januar i hhv. 2013, 2017 og 2021, hvis betingelserne, der er for den specifikke algoritme, er opfyldt inden for de seneste fem år (f.eks. benyttes oplysninger for 2016-2020 til at definere prævalens pr. 1. januar 2021). De præcise algoritmer og afgrænsninger for sygdommene kan ses i Bilag A.

For allergi, slidgigt, rygsygdom, kroniske smerter samt migræne eller hyppig hovedpine er opgørelserne baseret på data fra 'Hvordan har du det?' spørgeskemaundersøgelsen, da disse sygdomme primært behandles i almen praksis og ikke på hospital, hvorfor disse ikke er registreret med en hospitalskontakt. Derudover er den medicinske behandling ikke specifik for disse sygdomme, og flere af lægemidlerne kan fås i håndkøb, hvorved oplysninger om køb af receptpligtig medicin heller ikke kan anvendes til afgrænsningen. Opgørelserne af borgere med kronisk sygdom, baseret på data fra 'Hvordan har du det?', omfatter borgere, som i spørgeskemaet har angivet, at de har den kroniske sygdom nu eller har eftervirkninger af den. Kroniske smerter er dog kun målt i 2021, mens de øvrige sygdomme er målt i alle årene (2013, 2017 og 2021). De præcise spørgsmål kan ses i Bilag A.

2.7.2 Komorbiditet

I denne rapport ses for hvert kapitel på andelen med komorbiditet blandt borgere med den pågældende kroniske sygdom. Dette er defineret som udover den specifikke sygdom at have mindst én anden af de registerbaserede kroniske sygdomme, som er beskrevet i 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (2) og vist

i Figur 2.1. Derudover ses på forekomst af de fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med den pågældende kroniske sygdom; også her tages udgangspunkt i sygdomme vist i Figur 2.1.

2.7.3 Fysisk og mental sundhed

Dårlig fysisk og mental sundhed omhandler i denne rapport dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selvvrurderet helbred, meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, lav score på fysisk helbredsskala, lav score på mental helbredsskala, ensomhed samt høj score på stressskalaen (Figur 2.3). Spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?' fra

2013, 2017 og 2021 er benyttet til disse opgørelser. Livskvalitet og ensomhed er dog ikke målt i 2013 og opgøres derfor kun for 2017 og 2021. I Bilag B ses de spørgsmål og afgrænsninger, der ligger bag opgørelserne af ovenstående indikatorer for dårlig fysisk og mental sundhed.

2.7.4 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer omhandler i denne rapport daglig rygning, alkoholindtag over 10 genstande om ugen, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden, svær overvægt samt meget generet af søvnproblemer (Figur 2.4). Spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?' fra 2013, 2017 og

2021 er anvendt til disse opgørelser. I Bilag C kan ses de spørgsmål og afgrænsninger, der ligger til grund for opgørelserne af ovenstående indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer.

2.7.5 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

Ønske om adfærdsændring eller vægttab opgøres i denne rapport blandt borgere med tilsvarende uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt. Spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det? - 2021' er anvendt til opgørelser heraf,

hvor borgere med kronisk sygdom sammenlignes med borgere i regionen som helhed. I Bilag D ses de spørgsmål og afgrænsninger, der ligger til grund for ovenstående opgørelser af ønske om adfærdsændring eller vægttab.

2.7.6 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab opgøres i denne rapport blandt borgere, der har en tilsvarende uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt og har været til egen læge de seneste 12 måneder. Spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det? - 2021' er anvendt til opgørelser heraf,

hvor borgere med kronisk sygdom sammenlignes med borgere i regionen som helhed. I Bilag E ses de spørgsmål og afgrænsninger, der ligger til grund for ovenstående opgørelser af råd fra egen læge om adfærdsændring.

2.7.7 Vægtning

Til opgørelserne i denne rapport er benyttet de samme vægte af spørgeskemadata som i de øvrige to rapporter i Sundhedsprofil 2021. Det betyder, at opgørelserne er vægtet både i forhold til hvilke borgere, der er inviteret til undersøgelsen (sampling) og i forhold til hvilke borgere, der har deltaget i undersøgelsen (non-response).

Indbyggertallet i hovedstadens kommuner og københavnske bydele varierer betydeligt, mens stikprøven inden for kommuner og bydele med enkelte undtagelser er den samme. Derfor vil den samlede stikprøve ikke nødvendigvis være repræsentativ for befolkningen i hele Region Hovedstaden. Dette er der taget højde for i analyserne af spørgeskemadata ved at vægte data i forhold til indbyggertallet i de enkelte kommuner og bydele (sampling).

Opgørelserne er vægtet i forhold til non-response, ved at besvarelsen fra hver enkelt person er givet en værdi (en vægt) i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, indkomst, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, boligforhold (ejer eller lejer) samt antal lægebesøg og indlæggelser på sygehus. Vægtene er udarbejdet af Danmarks Statistik på baggrund af ovennævnte oplysninger fra centrale registre. Hver persons besvarelse kommer på denne måde til at repræsentere besvarelser fra et varierende antal personer. Hvis der f.eks. er 20 % blandt unge mænd med anden etnisk baggrund end dansk, som har deltaget, vil hver besvarelse fra en ung mand med anden etnisk baggrund end dansk således repræsentere

fem personer i sundhedsprofilen. Hvis svarprocenten derimod er 50 % i en gruppe af midaldrende etnisk danske kvinder, vil hver besvarelse fra en midaldrende etnisk dansk kvinde repræsentere to personer, og hvis svarprocenten er 100 %, vil hver besvarelse repræsentere én person. Når der i rapporten præsenteres andele og antal personer, er der således tale om estimerede tal, der derfor er behæftet med en vis usikkerhed, hvilket øges i opgørelser blandt færre personer. Dette gælder især for opgørelser af spørgeskemadata blandt borgere med sygdomme med relativ lav prævalens f.eks. apopleksi og inflammatorisk ledsygdom, hvor omkring 1300 personer har deltaget i undersøgelsen (Tabel 2.2), og særligt i opgørelser af forebyggelsespotentialer, som er begrænset til borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og svær overvægt.

Ved brug af vægtning øges sandsynligheden for, at resultaterne bliver repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner og i regionen på trods af den varierende svarprocent på tværs af kommuner og befolkningsgrupper.

Data fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelserne i 2013 og 2017, som er inkluderet i denne rapport, er ligeledes vægtet efter ovenstående metode, men med relevante data fra de pågældende år. Der er derfor små variationer i, hvilken information der blev brugt til beregning af vægtene i de enkelte år.

2.8 Formidling og læsevejledning

2.8.1 Præsentation af resultater – generelt

I denne rapport præsenteres resultater omkring trivsel, sundhed og risikofaktorer blandt borgere med 15 forskellige kroniske sygdomme. For hver sygdom vises resultater blandt borgere med den specifikke sygdom i tabeller for hhv. forekomst af andre kroniske sygdomme (komorbiditet) (se afsnit 2.7.2), fysisk og mental sundhed (se afsnit 2.7.3), og sundhedsadfærd og risikofaktorer (se afsnit 2.7.4). Foruden disse tabeller præsenteres figurer, der viser andelen blandt borgere med den specifikke kroniske sygdom, som har ønske om adfærdsændring eller vægttab (se afsnit 2.7.5) og andelen, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab (se afsnit 2.7.6). I opgørelser, som er baseret på eller krydses med spørgeskema-

data fra 'Hvordan har du det?', er forekomst og antal personer estimerede tal beregnet ved brug af vægte og er dermed behæftet med usikkerhed. For komorbiditet blandt borgere med registerbaserede sygdomme er opgørelserne dog udelukkende baseret på registeroplysninger, hvor alle regionens borgere på 16 år eller derover indgår, hvorfor der ikke er brugt vægte her. Yderligere information om vægte kan findes i afsnit 2.7.7. Foruden de tabeller og figurer, der er i de 15 sygdomskapitler, præsenteres også figurer i indledningen og sammenfatningen, som viser resultatoverblik for hhv. resultater i de to andre rapporter i Sundhedsprofil 2021 og resultater på tværs af de 15 sygdomme i denne rapport.

2.8.2 Figurer og tabeller

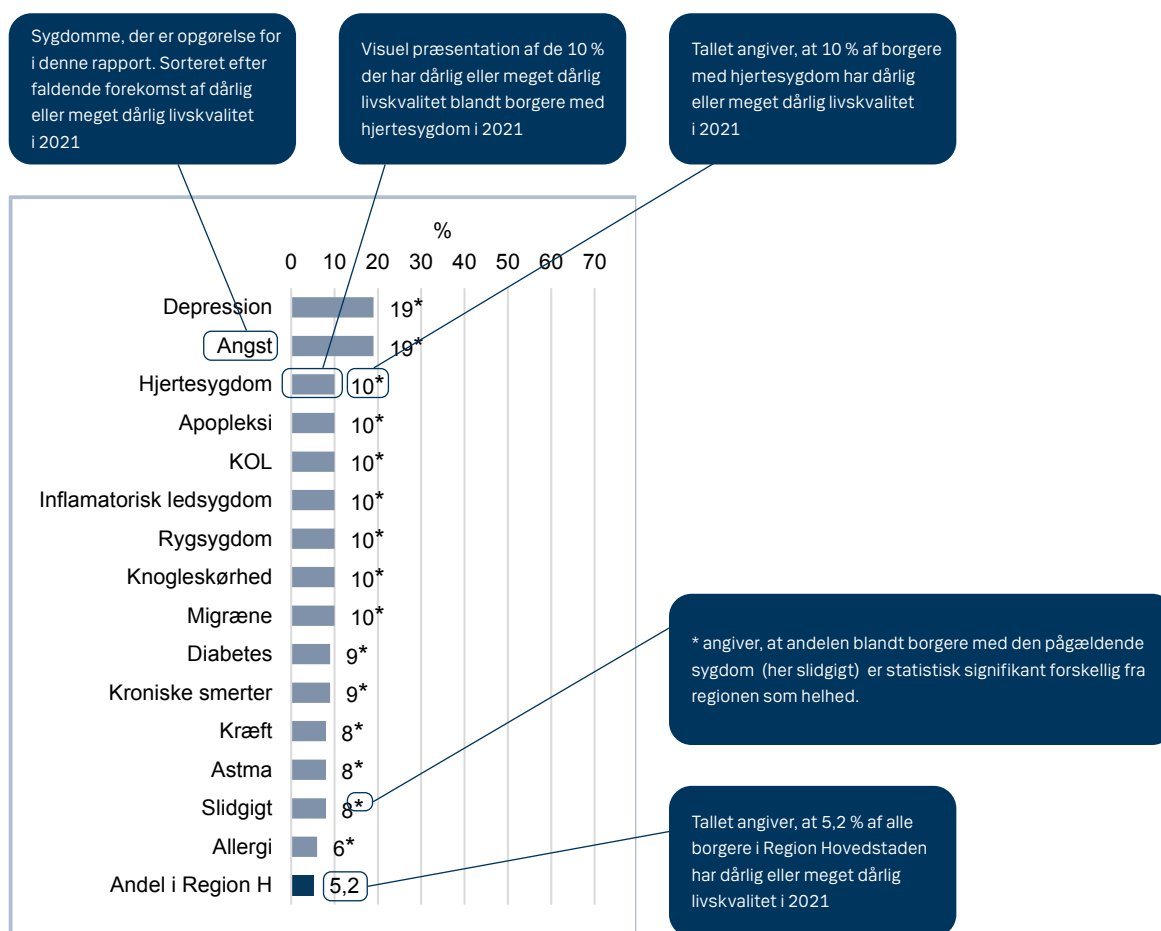
Resultatoverblik i sammenfatning

I sammenfatningen præsenteres resultatoverblik for hver indikator, der opgøres i denne rapport, på tværs af de 15 sygdomme i rapporten. Figuren viser andelen med den pågældende indikator blandt borgere med de forskellige sygdomme samt

for alle borgere i regionen i 2021. I alle figurer er sygdommene sorteret efter faldende forekomst af den pågældende indikator således, at den sygdom med højeste forekomst af indikatoren er placeret øverst i figuren. Figur 2.5 viser et eksempel på, hvordan resultatoverblik i sammenfatningen skal læses.

Figur 2.5 Læsevejledning for resultatoverblik i sammenfatningen

Eksempel: Dårlig eller meget dårlig livskvalitet i 2021 (Figur 1.2 i sammenfatningen)



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

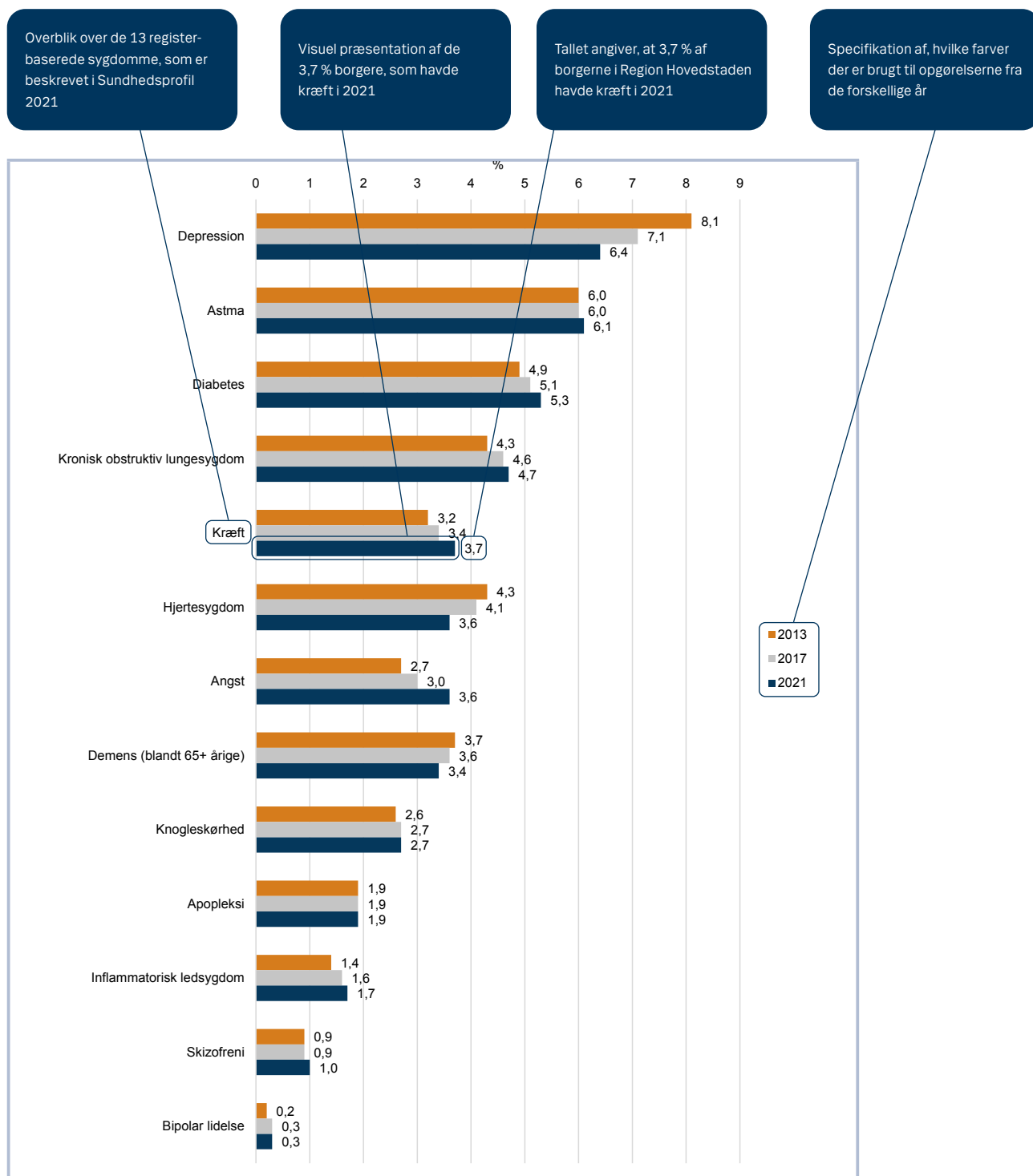
Resultatoverblik i indledning

I rapportens indledning vises fire resultatoverblik: to som illustrerer forekomst og udvikling over tid for hhv. de registerbaserede sygdomme og spørgeskemasygdomme, som er opgjort i Sundhedsprofil 2021 – kronisk sygdom, og to som illustrerer forekomst og udvikling over tid for de indikatorer, som bruges

til at beskrive hhv. fysisk og mental sundhed samt sundhedsadfærd og risikofaktorer. Udviklingen i alle resultatoverlik vises for 2013 til 2021 i de år, hvor data haves og kan sammenlignes over tid. Figur 2.6 er et eksempel på, hvordan resultatoverblik i indledningen skal læses.

Figur 2.6 Læsevejledning for resultatoverblik i indledningen

Eksempel: Forekomst af registerbaserede sygdomme i Region Hovedstaden (Figur 2.1 i indledningen)



Tabeller

I hvert sygdomskapitel opgøres komorbiditet, fysisk og mental sundhed og sundhedsadfærd og risikofaktorer i tabeller.

I tabellen, som viser komorbiditet, angiver første række andelen med én eller flere samtidige registerbaserede sygdomme blandt borgere med den pågældende sygdom. De efterfølgende rækker angiver de fem hyppigste registerbaserede sygdomme blandt borgere med den pågældende sygdom: her vises forekomsten for borgere med den pågældende sygdom i 2021, 2017 og 2013, mens forekomsten blandt alle borgere i regionen angives for 2021 og i parentes efter de fem hyppigste sygdomme. Der tages udgangspunkt i de registerbaserede sygdomme, der er opgjort i rapporten om kronisk sygdom og vist i Figur 2.1.

For tabellerne, som viser fysisk og mental sundhed samt sundhedsadfærd og risikofaktorer, angives forekomsten også

for hver indikator blandt borgere med den pågældende sygdom i 2021, 2017 og 2013 (hvor muligt). Derudover angives forekomsten blandt alle borgere i regionen for 2021 i parentes efter indikatoren.

I alle tabeller er andelen i 2021 markeret med en *, hvis der er statistisk signifikant forskel mellem borgere med den pågældende sygdom og alle borgere i regionen i forhold til andelen med den pågældende indikator. Derudover er det markeret med en # ved andele i 2017 og 2013, hvis de adskiller sig statistisk signifikant fra 2021. I alle tilfælde er der benyttet test med et signifikansniveau på 5 %.

For at øge læsevenligheden i tabellerne er antallet af personer afrundet til nærmeste 100. Tabel 2.3 er et eksempel på, hvordan en tabel læses.

Tabel 2.3 Læsevejledning for tabeller

Eksempel: Fysisk og mental sundhed blandt borgere med hjertesygdom (Tabel 4.2 i rapporten)

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	10 *	5.400	10	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	42 *	23.200	43	42
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	50 *	26.100	46 #	45 #
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	38 *	17.400	37	35
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	20 *	9.500	16 #	16 #
Ensomhed (13 %)	13	6.700	9 #	
Høj score på stressskalaen (30 %)	34 *	16.900	34	28 #

Tallet angiver, at 5,2 % af alle borgere i Region Hovedstaden har dårlig eller meget dårlig livskvalitet i 2021

Tallet angiver, at 10 % af borgere med hjertesygdom har dårlig eller meget dårlig livskvalitet i 2021

Visuel præsentation af de 10 % af borgere med hjertesygdom, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet i 2021

Tallet angiver, at 5.400 borgere med hjertesygdom har dårlig eller meget dårlig livskvalitet i 2021

* angiver, at andelen blandt borgere med den pågældende sygdom (her hjertesygdom og dårlig eller meget dårlig livskvalitet) er statistisk signifikant forskellig fra regionen som helhed.

Andel i hhv. 2017 og 2013.
angiver, at andelen er statistisk signifikant forskellig fra andel i 2021

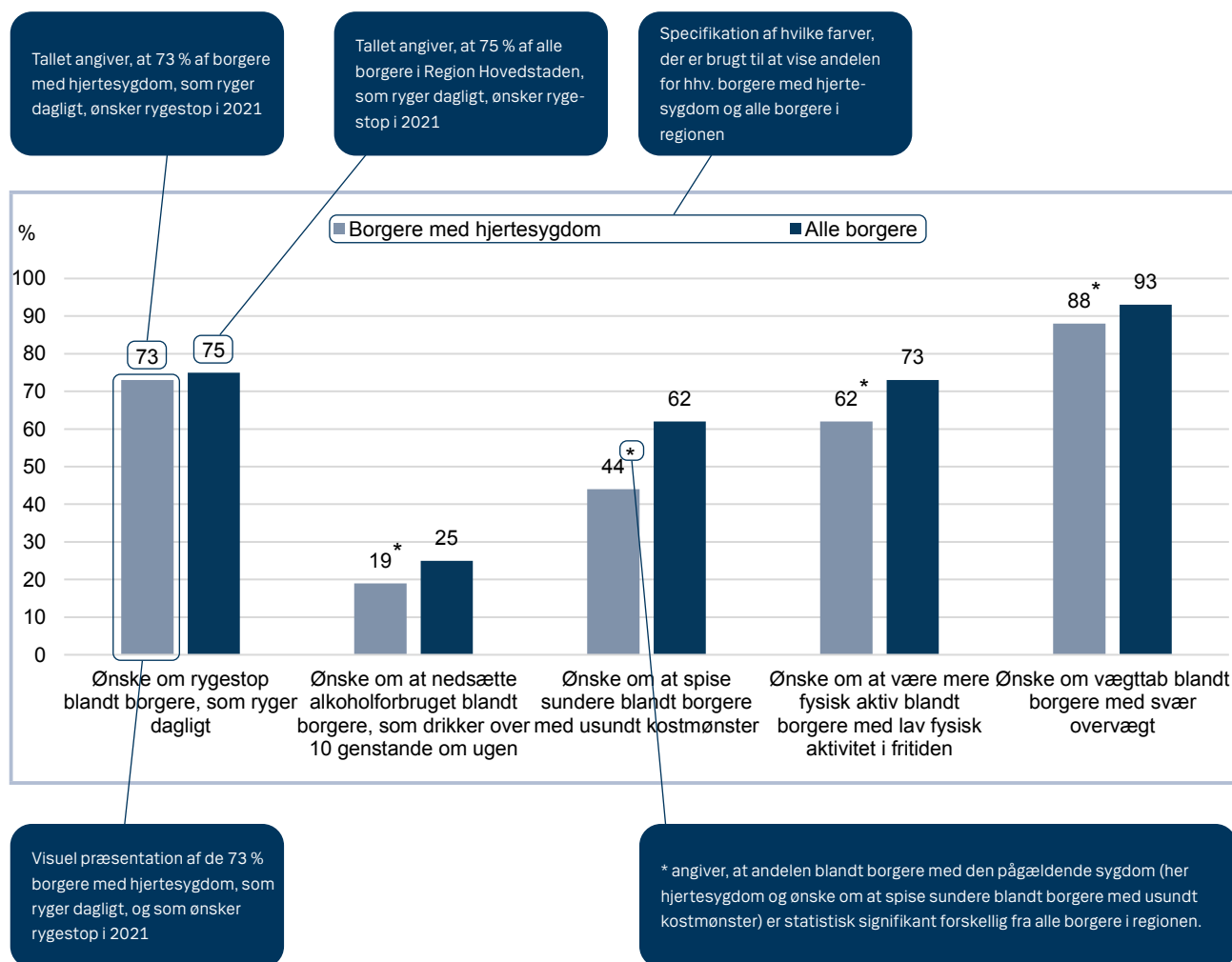
Figurer i sygdomskapitler

I hvert sygdomskapitel præsenteres en frekvensfigur, som viser andelen, som har ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt. Derudover præsenteres en frekvensfigur, der viser andelen, som har fået råd fra egen læge om adfærdsæn-

dring eller vægttab blandt borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt og været hos egen læge det seneste år. I begge frekvensfigurer vises andelen blandt borgere med den pågældende sygdom og andelen blandt alle borgere i regionen. Figur 2.7 er et eksempel på, hvordan en frekvensfigur læses.

Figur 2.7 Læsevejledning for frekvensfigur

Eksempel: Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med hjertesygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 4.1 i rapporten)



2.9 Medarbejdere

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse har stået for undersøgelsen bag og udarbejdelse af ”’Hvordan har du det?’ Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom”.

Teamet bag sundhedsprofilen består aktuelt af forsker og konstitueret projektleder Peter Elsborg (ph.d.), forsker Marie Stjerne Grønkjær (ph.d.), videnskabelig medarbejder Cecilie Goltermann Toxværd (cand.scient), forsker Marie Holm Eliassen (ph.d.), datamanager Gert Virenfeldt (cand.scient) samt statistiker Anne Helms Andreasen (cand.scient).

Derudover har holdet bag gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen ’Hvordan har du det? 2021’ samt den efterfølgende udarbejdelse af Sundhedsprofil 2021 bestået af seniorforsker Cathrine Juel Lau (ph.d.), videnskabelige medarbejdere Maj Bekker-Jepesen (cand.scient.), Nina Göttsche (cand.scient.) og Maria Helena Jacobsen (cand.scient.) samt dataanalytiker Signe Thorup (ph.d.).

Udarbejdelse af algoritmer til definering af borgere med kronisk sygdom ud fra centrale nationale registre er sket i samarbejde med de Sundhedsfaglige Råd i Region Hovedstaden. Derudover har forskerkolleger fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse med ekspertise i specifikke sygdomme bidraget med sparring angående algoritmeudvikling og afgrænsning af sygdommene, som beskrevet i rapporten ’Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom’ (2). Interne og eksterne forskere har desuden bidraget med afklaring og sparring på opgørelser og afrapportering af fysisk og mental sundhed samt sundhedsadfærd og risikofaktorer i regionen som helhed, som beskrevet i rapporten ’Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og Kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer’ (1).

En referencegruppe bestående af repræsentanter, som dækker de 29 kommuner, og Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) i Region Hovedstaden har været sparringspartnere i processen. Under udarbejdelse af rapporten bestod referencegruppen af sundhedskonsulent Mette Nielsen, Glostrup Kommune (repræsentant for sundhedsklynge SYD), sundhedskoordinator Lars Ole Andersen, Brøndby Kommune (repræsentant for sundhedsklynge SYD), afdelingsleder Camilla Hoelstad Holm, Gentofte Kommune (repræsentant for sundhedsklynge MIDT), chefkonsulent Lena Søeborg, Rudersdal Kommune (repræsentant for sundhedsklynge MIDT), data og analysekonsulent Kathrine Vingum Møller Olesen, Halsnæs Kommune (repræsentant for sundhedsklynge NORD), chefkonsulent Tine Baatrup, Gribskov Kommune (repræsentant for sundhedsklynge NORD), fuldmægtig Kirstine Halberg Engell, Gribskov Kommune (repræsentant for sundhedsklynge NORD), chefkonsulent Anne Svanholm, Københavns Kommune (repræsentant for sundhedsklynge BYEN), konsulent Marianne Steenstrup Svendsen, Bornholms Regionskommune (repræsentant for sundhedsklynge Bornholm), konsulent for kronisk sygdom Anita Kjer Madsen, Bornholms Regionskommune (repræsentant for sundhedsklynge Bornholm) og chefkonsulent Lene Schack-Nielsen fra DNS i Region Hovedstaden. Sidstnævnte har også indgået i den styregruppe for kronisk sygdom, som er tilknyttet sundhedsprofilen, sammen med chefkonsulent Karen Pernille Faurschou, ligeledes fra DNS i Region Hovedstaden, forsker Louise Meinertz Jakobsen fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse samt medarbejdere bag sundhedsprofilen i Region Hovedstaden.

Opsætning af spørgeskemaet er foretaget af RegionH Design. Opsætning og håndtering af det elektroniske spørgeskema er sket i samarbejde med Huge Consulting ApS. Udsendelse af spørgeskema er sket i samarbejde med Express A/S og Bladkompagniet A/S. Express A/S har desuden stået for indscanning af besvarelser på papirspørgeskemaer. Grafisk opsætning af rapporten er foretaget af Dantryk A/S.

2.10 Litteratur

1. Lau CJ, Eliassen M, Grønkjær MS, Bekker-Jeppesen M, Toxværd CG, Gøtzsche N, m.fl. "Hvordan har du det?" Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2022.
2. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.
3. Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreassen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018.
4. Robinson KM, Lykke M, Hansen BH, Andreassen AH, Jeppesen M, Buhelt LP, m.fl. Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2014.
5. Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreassen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden; 2010.
6. Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Jensen HN, Jørgensen T, Andreassen AH, Ladelund S. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden; 2008.
7. Pisinger V, Hviid S, Hoffmann S, Rosing J, Tolstrup J. Sammen – hver for sig – Hvordan tackler unge coronakrisen? København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2021.
8. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Corona fik mange unge til at ændre rygevaner [Internet]. Ugens tal, uge 38 2021, SDU. 2021 [henvist 26. januar 2023]. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/38_2021
9. Ibsen B, Høyer-Kruse, J, Elmoose-Østerlund, K. Hvordan har Corona påvirket det fysiske aktivitetsniveau? Resultater fra undersøgelse af bevægelsesvaner. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU; 2021.
10. Mulugeta W, Desalegn H, Solomon S. Impact of the COVID-19 pandemic lockdown on weight status and factors associated with weight gain among adults in Massachusetts. *Clinical Obesity*. 2021;11(4):e12453.
11. Didriksen M, Werge T, Nissen J, Schwinn M, Sørensen E, Nielsen KR, m.fl. Impact of COVID-19 Pandemic on Sleep Quality, Stress Level and Health-Related Quality of Life—A Large Prospective Cohort Study on Adult Danes. *IJERPH*. 17. juli 2021;18(14):7610.
12. Petersen MB, Roepstorff A. Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemien. Resultater fra HOPE-projektet. Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet; 2020.
13. Clotworthy A, Dissing AS, Nguyen TL, Jensen AK, Andersen TO, Bilsteen JF, m.fl. 'Standing together – at a distance': Documenting changes in mental-health indicators in Denmark during the COVID-19 pandemic. *Scand J Public Health*. 1. februar 2021;49(1):79–87.
14. Varga TV, Bu F, Dissing AS, Elsenburg LK, Bustamante JJH, Matta J, m.fl. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *The Lancet Regional Health - Europe*. 1. marts 2021;2.
15. Giacalone D, Frøst MB, Rodríguez-Pérez C. Reported Changes in Dietary Habits During the COVID-19 Lockdown in the Danish Population: The Danish COVIDiet Study. *Front Nutr*. 8. december 2020;7.
16. Møller SP, Ekholm O, Thygesen LC. Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.
17. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. Increased psychological well-being after the apex of the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*. oktober 2020;32(5):277–9.

Kapitel 3

Diabetes

Indledning

Diabetes er en betegnelse for sygdomme, som påvirker blodsukkeret pga. nedsat insulinproduktion og/eller nedsat effekt af insulin (1, 2). Diabetes kan overordnet opdeles i to typer: type 1-diabetes og type 2-diabetes. Type 1-diabetes (ca. 10 % af tilfældene) er en autoimmun sygdom, som primært karakteriseres ved insulinmangel, fordi de insulinproducerende celler er ødelagt (3, 4). Type 2-diabetes (ca. 90 % af tilfældene) karakteriseres ved en kombination af, at evnen til at udnytte insulin er nedsat, og at kroppen ikke kan producere nok insulin til det øgede behov (3, 5). Type 1-diabetes diagnosticeres hyppigst hos børn og unge voksne (under 30 år), mens forekomsten af type 2-diabetes stiger med stigende alder (4, 5). I Region Hovedstaden var forekomsten af diabetes 5,3 % i 2021 (Figur

2.1). Forekomsten var højere blandt mænd end blandt kvinder og steg med alderen (6).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelses-potentiale blandt borgere med diabetes i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med diabetes er beskrevet i Bilag A ('Diabetes'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdsændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdsændring (Bilag E).

3.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har omkring halvdelen af borgere med diabetes samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (49,9 %) (Tabel 3.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med diabetes, er: hjertesygdom, som ses hos ca. hver sjette borger med diabetes, depression, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma og kræft. Forekomsten af de fem sygdomme er højere – og i de fleste tilfælde dobbelt så høj – blandt borgere med diabetes sammenlignet med borgere i regionen samlet set. Den største forskel ses for hjertesygdom, hvor forekomsten er over fire gange så høj blandt borgere med diabetes sammenlignet med alle borgere i regionen.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med diabetes og i regionen som helhed, ses det stadig,

at borgere med diabetes i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med diabetes er steget fra 49,9 % i 2013 til 51,0 % i 2017 og derefter faldet til 49,9 % i 2021 (Tabel 3.1). Den udvikling i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med diabetes, som også har KOL eller kræft, er steget, især fra 2013 til 2017, mens andelen, som også har hjertesygdom eller depression, er faldet siden 2013 og især fra 2017 til 2021. Andelen af borgere med diabetes, som også har astma, er uændret i perioden.

For alle de fem kroniske sygdomme stemmer udviklingen over tid blandt borgere med diabetes overens med den generelle udvikling blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1).

Tabel 3.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med diabetes

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	49,9 	40.200	51,0 [#]	49,9
Hjertesygdom (3,6 %)	16,2  *	13.100	19,0 [#]	19,4 [#]
Depression (6,4 %)	11,9  *	9.600	13,5 [#]	14,5 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	11,5  *	9.200	11,7	10,5 [#]
Astma (6,1 %)	9,8  *	7.900	9,9	9,8
Kræft (3,7 %)	8,4  *	6.800	8,0 [#]	7,1 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med diabetes (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

3.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med diabetes generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 3.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er markant større blandt borgere med diabetes sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 39 % af borgere med diabetes et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 29.400 personer, mens 31 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 20.300 personer. Der er således tale om to til tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med diabetes ses også en større andel, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, og som har en høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen som helhed. Andelen med lav score på den mentale helbredsskala er kun lidt større end andelen i regionen samlet set. Samtidig ses det, at forekomsten af ensomhed blandt borgere med diabetes ikke er forskellig fra forekomsten i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med diabetes og i regionen som helhed, ses samme tendenser for stort set alle indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist). For ensomhed ses imidlertid en forskel mellem grupperne, således at borgere med diabetes i højere grad har ensomhed sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med diabetes hverken i den høje eller lave ende med hensyn til dårlig fysisk og mental sundhed.

Udvikling: For lidt over halvdelen af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses en stigning i forekomsten blandt borgere med diabetes i perioden 2013 til 2021 (Tabel 3.2). Således er andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, steget fra 42 % til 47 % fra 2013 til 2021, andelen med lav score på mental helbredsskala er steget fra 14 % til 20 %, og andelen med høj score på stressskalaen er steget fra 27 % til 36 % blandt borgere med diabetes. For ensomhed er der sket en stigning fra 10 % i 2017 til 14 % i 2021. Omvendt er forekomsten af dårlig eller meget livskvalitet faldet fra 11 % i 2017 til 9 % i 2021 blandt borgere med diabetes, mens der ikke er sket en ændring i forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på fysisk helbredsskala i perioden 2013 til 2021.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med diabetes følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses imidlertid en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, hvilket ikke ses blandt borgere med diabetes. Desuden ses i regionen som helhed en mindre stigning i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, som er modsat det fald, der ses blandt borgere med diabetes.

Tabel 3.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med diabetes

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	9 *	6.300	11 [#]	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	39 *	29.400	39	38
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	47 *	33.800	44	42 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	31 *	20.300	32	28
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	20 *	13.400	17 [#]	14 [#]
Ensomhed (13 %)	14	9.600	10 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	36 *	25.100	34	27 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

3.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med diabetes generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 3.3). Især er andelen med lav fysisk aktivitet i fritiden og andelen med svær overvægt større blandt borgere med diabetes sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 35 % af borgere med diabetes lav fysisk aktivitet i fritiden (Region H: 18 %), svarende til 25.200 personer, og 38 % har svær overvægt (Region H: 15 %), svarende til 26.700 personer. Der ses også en større andel af borgere med diabetes, der ryger dagligt, har et usundt kostmønster og er meget generet af søvnproblemer sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Omvendt ses det, at andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, er lavere blandt borgere med diabetes sammenlignet med regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med diabetes og i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist).

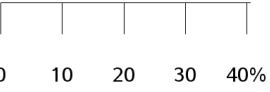
Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med diabetes den højeste forekomst af svær overvægt og ligger også i den høje ende med hensyn til forekomst af lav fysisk aktivitet i fritiden, men omvendt i den lave ende, hvad angår forekomst af alkoholindtag over 10 genstande om ugen.

Udvikling: For fire af de seks indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en stigning i andelen i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med diabetes (Tabel 3.3). Dette gælder for andelen med usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden, svær overvægt og andelen, som er meget generet af søvnproblemer. De største stigninger fra 2013 til 2021 blandt borgere med diabetes ses for usundt kostmønster, hvor forekomsten er steget fra 14 % til 18 %, og for meget generet af søvnproblemer, hvor forekomsten er steget fra 17 % til 21 %. Omvendt ses et fald i forekomsten af daglig rygning og alkoholindtag over 10 genstande om ugen i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med diabetes. Det største fald ses for alkoholindtag over 10 genstande om ugen, som er faldet fra 22 % i 2013 til 15 % i 2021.

Udviklingen over tid i indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med diabetes følger i de fleste tilfælde den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgerne i regionen samlet set (Figur 2.4). I regionen som helhed ses for daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden dog først en stigning i forekomsten fra 2013 til 2017 og derefter et fald fra 2017 til 2021. Disse udviklingstendenser adskiller sig således hos borgere med diabetes.

Tabel 3.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med diabetes

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	16  *	11.400	17	19 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	15  *	10.700	19 [#]	22 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	18  *	12.900	17	14 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	35  *	25.200	35	32 [#]
Svær overvægt (15 %)	38  *	26.700	36	35 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	21  *	15.400	20	17 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

3.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med diabetes sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

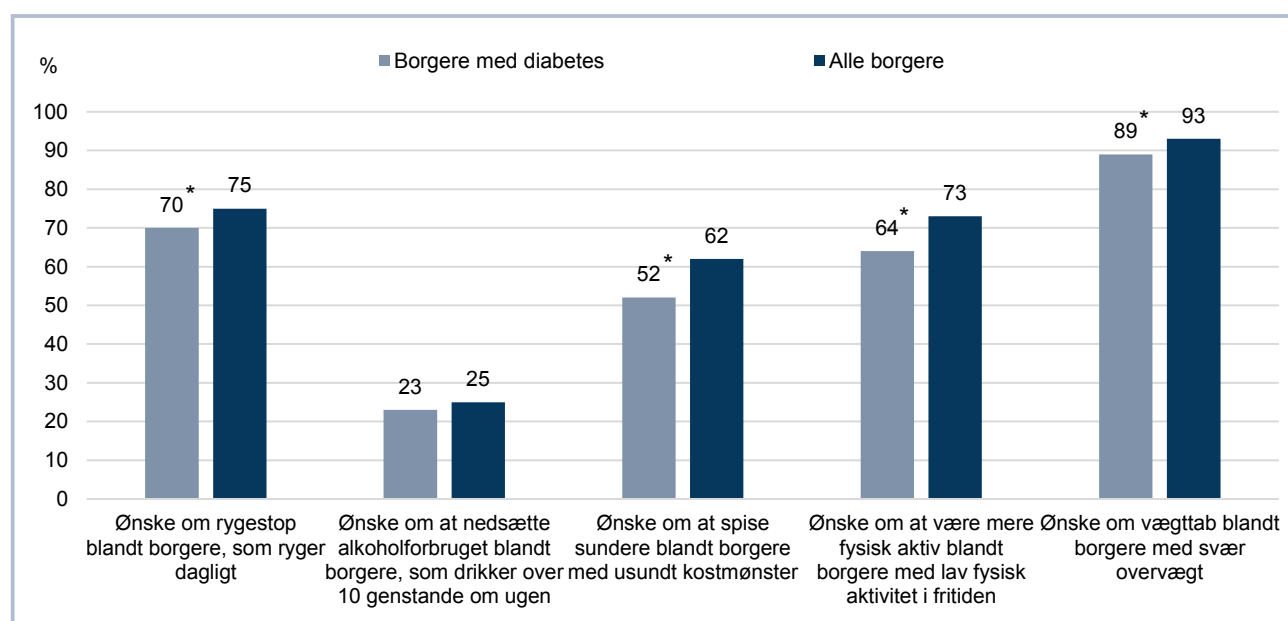
I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med diabetes og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 3.1). Således er der f.eks. 70 % af borgere med diabetes, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge og 89 % med svær overvægt, der ønsker at tabe sig. En undtagelse ses for borgere med diabetes og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 23 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med diabetes generelt en mindre andel, som ønsker adfærds-

ændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 3.1). Den største forskel ses for ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, hvor andelen for borgere med diabetes er 52 %, mens den for regionen samlet set er 62 %. For ønske om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, ses der ikke statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med diabetes i den lave ende med hensyn til andelen, som ønsker hhv. at stoppe med at ryge blandt borgere, som ryger dagligt, og at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden.

Figur 3.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med diabetes, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

3.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med diabetes sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

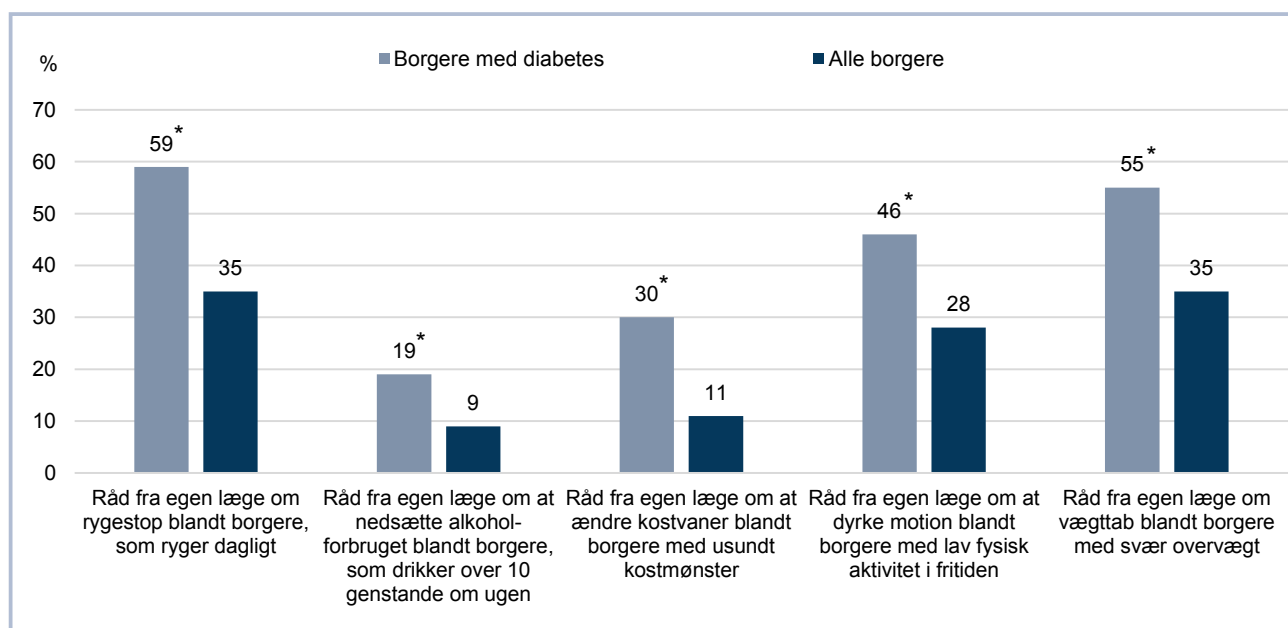
Der ses en del variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med diabetes og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 3.2). Således ses det, at over halvdelen af borgerne med diabetes, som ryger dagligt eller har svær overvægt, er blevet rådet til hhv. rygestop (59 %) og vægttab (55 %), mens det kun er 19 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 30 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med diabetes for alle fem indikatorer en større andel, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur

3.2). Der ses bl.a. en stor forskel for råd om ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster (borgere med diabetes: 30 %, Region H: 11 %) og for råd om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt (borgere med diabetes: 59 %, Region H: 35 %). Der ses også en større andel, som har fået råd fra egen læge om hhv. at nedsætte deres alkoholforbrug, dyrke motion eller tabe sig.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ses blandt borgere med diabetes den største andel, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab af egen læge, uafhængig af hvilke adfærdsændringer, der er tale om. For råd om at stoppe med at ryge ses en tilsvarende stor andel blandt borgere med KOL og for råd om at nedsætte alkoholforbruget ses en tilsvarende stor andel blandt borgere med depression. Det er især andelen, som er blevet rådet til at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, der er markant større (borgere med diabetes: 30 %, borgere med andre kroniske sygdomme: 6-17 %).

Figur 3.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med diabetes, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

3.6 Litteratur

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1. januar 2014;37(Suppl. 1):81–90.
2. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*. 4. december 2020;44(Suppl. 1):15–33.
3. Videncenter for Diabetes. Diabetes i tal [Internet]. Videncenter for Diabetes. 2020 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <http://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/generelt-om-diabetes/diabetes-i-tal>
4. Videncenter for Diabetes. Hvad er type 1-diabetes? [Internet]. Videncenter for Diabetes. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <http://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-1-diabetes/hvad-er-type-1-diabetes>
5. Videncenter for Diabetes. Hvad er type 2-diabetes? [Internet]. Videncenter for Diabetes. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <http://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/hvad-er-type-2-diabetes>
6. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kapitel 4

Hjertesygdom

Indledning

Hjertesygdom er en samlet betegnelse for sygdomme i hjertet og åreforkalkninger (1). I Sundhedsprofil 2021 dækker hjertesygdom over iskæmisk hjertesygdom (f.eks. blodprop i hjertet, hjertekrampe og kronisk iskæmisk hjertesygdom) samt hjertesvigt. Ved iskæmisk hjertesygdom er de blodårer, der forsyner hjertet med blod, forsnævret (2). Ved hjertesvigt er hjertet ikke i stand til at pumpe blod nok rundt i kroppen (3). I Region Hovedstaden var forekomsten af hjertesygdom 3,6 % i 2021 (Figur 2.1). Forekomsten var højere blandt mænd end blandt kvinder og steg med alderen (4).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelses-potentiale blandt borgere med hjertesygdom i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med hjertesygdom er beskrevet i Bilag A ('Hjertesygdom'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdssændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdssændring (Bilag E).

4.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har næsten to ud af tre borgere med hjertesygdom samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (63,3 %) (Tabel 4.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med hjertesygdom, er: diabetes, som ses hos næsten hver fjerde borger med hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), depression, astma og kræft. Forekomsten af alle fem sygdomme er omkring dobbelt så høj eller højere blandt borgere med hjertesygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

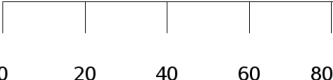
Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med hjertesygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med hjertesygdom i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med hjertesygdom er steget fra 62,1 % i 2013 til 63,3 % i 2021; en stigning som er sket fra 2013 til 2017 (Tabel 4.1). Den stigning i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med hjertesygdom, som også har diabetes, KOL eller kræft, er steget i samme periode. For kræft er forekomsten steget gradvist over årene, mens stigningen i både diabetes og KOL er sket fra 2013 til 2017. Omvendt er andelen af borgere med hjertesygdom, som også har depression eller astma, faldet siden 2013; for depression er faldet sket gradvist, mens det for astma er sket fra 2017 til 2021.

For fire af de fem kroniske sygdomme stemmer udviklingen over tid blandt borgere med hjertesygdom overens med den generelle udvikling blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). For astma ses der imidlertid i regionen samlet set en mindre stigning fra 2017 til 2021, mens der blandt borgere med hjertesygdom ses et mindre fald i samme periode.

Tabel 4.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med hjertesygdom

Sygdom (andel i Region H)	2021 %		Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	63,3		35.200	63,2	62,1 [#]
Diabetes (5,3 %)	23,5	 *	13.100	23,2	22,3 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	18,2	 *	10.200	18,5	17,1 [#]
Depression (6,4 %)	12,2	 *	6.800	14,3 [#]	16,3 [#]
Astma (6,1 %)	11,9	 *	6.600	12,3 [#]	12,4 [#]
Kræft (3,7 %)	11,4	 *	6.300	10,5 [#]	9,3 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med hjertesygdom (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

4.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med hjertesygdom generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 4.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er markant større blandt borgere med hjertesygdom sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 42 % af borgere med hjertesygdom et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 23.200 personer, mens 38 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 17.400 personer. Der er således tale om næsten tre til fire gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med hjertesygdom ses også en større andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, og som har en høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen som helhed. Andelen med lav score på den mentale helbredsskala er kun lidt større end andelen i regionen samlet set. Samtidig ses det, at forekomsten af ensomhed blandt borgere med hjertesygdom ikke er forskellig fra forekomsten i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med hjertesygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for stort set alle indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist). For ensomhed ses imidlertid en forskel mellem grupperne, således at borgere med hjertesygdom i højere grad har ensomhed sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med hjertesygdom i den høje ende med hensyn

til forekomst af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på den fysiske helbredsskala, men omvendt i den lave ende, hvad angår forekomst af ensomhed.

Udvikling: For lidt mere end halvdelen af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses en stigning i forekomsten blandt borgere med hjertesygdom i perioden 2013 til 2021, hvor stigningen primært er sket fra 2017 til 2021 (Tabel 4.2). I de fleste tilfælde har forekomsten været uændret fra 2013 til 2017 og er steget fra 2017 til 2021. Således er andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, steget fra 46 % til 50 % fra 2017 til 2021, andelen med lav score på mental helbredsskala er steget fra 16 % til 20 %, og andelen med ensomhed er steget fra 9 % til 13 % blandt borgere med hjertesygdom (sidstnævnte blev ikke målt i 2013). For høj score på stressskalaen er forekomsten blandt borgere med hjertesygdom dog steget fra 28 % i 2013 til 34 % i 2017, mens den har været uændret fra 2017 til 2021. Der ses ikke statistisk signifikante forskelle mellem andelen i hhv. 2013, 2017 og 2021 blandt borgere med hjertesygdom for andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på den fysiske helbredsskala.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med hjertesygdom følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses imidlertid en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og også en mindre stigning i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, hvilket ikke ses blandt borgere med hjertesygdom, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 4.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med hjertesygdom

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	10 *	5.400	10	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	42 *	23.200	43	42
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	50 *	26.100	46 [#]	45 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	38 *	17.400	37	35
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	20 *	9.500	16 [#]	16 [#]
Ensomhed (13 %)	13	6.700	9 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	34 *	16.900	34	28 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

4.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med hjertesygdom generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 4.3). Især er andelen af borgere med svær overvægt og andelen af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden større blandt borgere med hjertesygdom sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 27 % af borgere med hjertesygdom svær overvægt (Region H: 15 %), svarende til 13.600 personer, og 35 % har lav fysisk aktivitet i fritiden (Region H: 18 %), svarende til 17.800 personer. Der ses også en større andel af borgere med hjertesygdom, som drikker over 10 genstande om ugen, har et usundt kostmønster og er meget generet af søvnproblemer sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Derimod ses det, at andelen af borgere med hjertesygdom, der ryger dagligt, ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med hjertesygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for de fleste indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist). For alkoholindtag over 10 genstande om ugen ses imidlertid ændring i forskellen mellem grupperne, således at borgere med hjertesygdom i mindre grad drikker over 10 genstande om ugen end borgere i regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med hjertesygdom i den høje ende med hensyn til

forekomst af alkoholindtag over 10 genstande om ugen, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden og svær overvægt.

Udvikling: For halvdelen af indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses ikke statistisk signifikante ændringer i andelen i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med hjertesygdom (Tabel 4.3). Dette gælder for andelen, som ryger dagligt, har lav fysisk aktivitet i fritiden og er meget generet af søvnproblemer. For usundt kostmønster og svær overvægt ses en stigning i andelen blandt borgere med hjertesygdom fra 2013 til 2021. Den største stigning ses for svær overvægt, hvor andelen er steget fra 21 % i 2013 til 27 % i 2021; en stigning som især er sket fra 2017 til 2021. For usundt kostmønster er stigningen primært sket fra 2013 til 2017. Omvendt ses blandt borgere med hjertesygdom et fald i andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, fra 26 % i 2013 til 23 % i 2021.

Udviklingen over tid for alkoholindtag over 10 genstande om ugen, usundt kostmønster og svær overvægt følger i høj grad udviklingen i regionen som helhed (Figur 2.4). I regionen som helhed ses for daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden først en stigning i forekomsten fra 2013 til 2017 og derefter et fald fra 2017 til 2021, mens der for andelen, som er meget generet af søvnproblemer, ses en gradvis stigning. Disse udviklingstendenser ses dog ikke blandt borgere med hjertesygdom, da der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid for disse indikatorer.

Tabel 4.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med hjertesygdom

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	14 	7.400	15	14
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	23  *	11.400	24	26 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	19  *	9.600	18	15 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	35  *	17.800	33	33
Svær overvægt (15 %)	27  *	13.600	23 [#]	21 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	20  *	10.400	20	18
				

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

4.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med hjertesygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

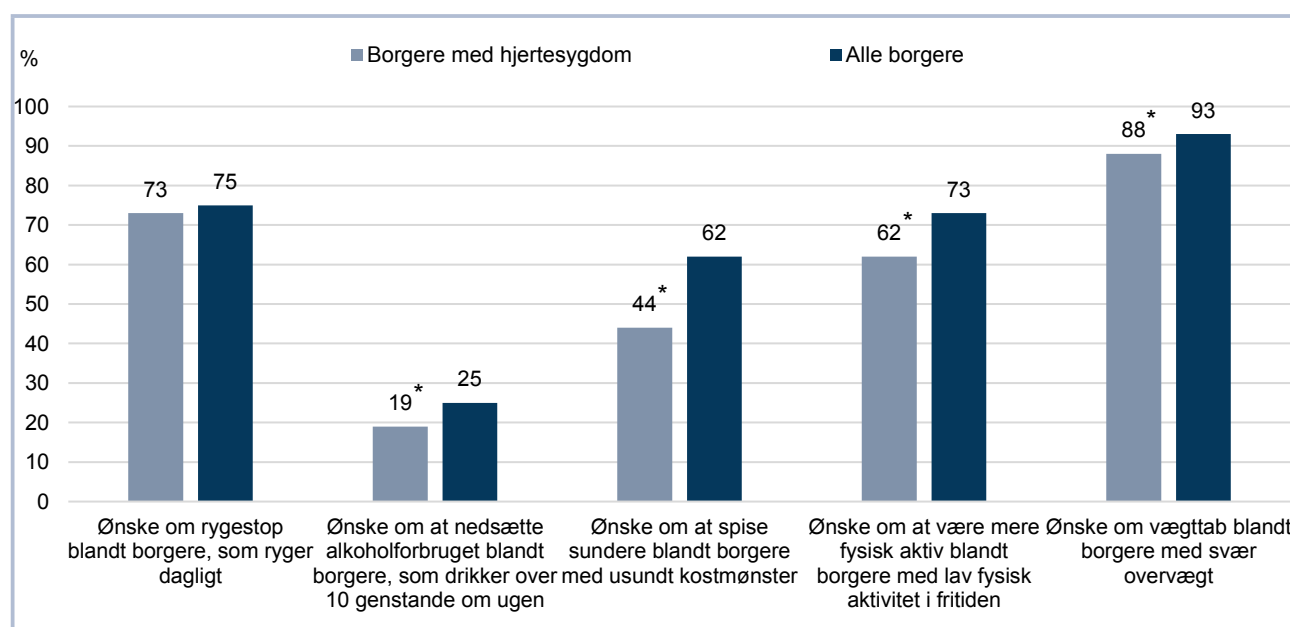
I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med hjertesygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 4.1). Således er der f.eks. 73 % af borgere med hjertesygdom, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge og 88 % med svær overvægt, der ønsker at tabe sig. En undtagelse ses for borgere med hjertesygdom og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 19 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med hjertesygdom generelt en mindre andel, som ønsker adfærd-

sændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 4.1). Den største forskel ses for ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, hvor andelen for borgere med hjertesygdom er 44 %, mens den for regionen samlet set er 62 %. For ønske om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt, ses der ikke statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med hjertesygdom i den lave ende med hensyn til andelen, som ønsker hhv. at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med indtag over 10 genstande om ugen, at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster og at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden.

Figur 4.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med hjertesygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

4.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

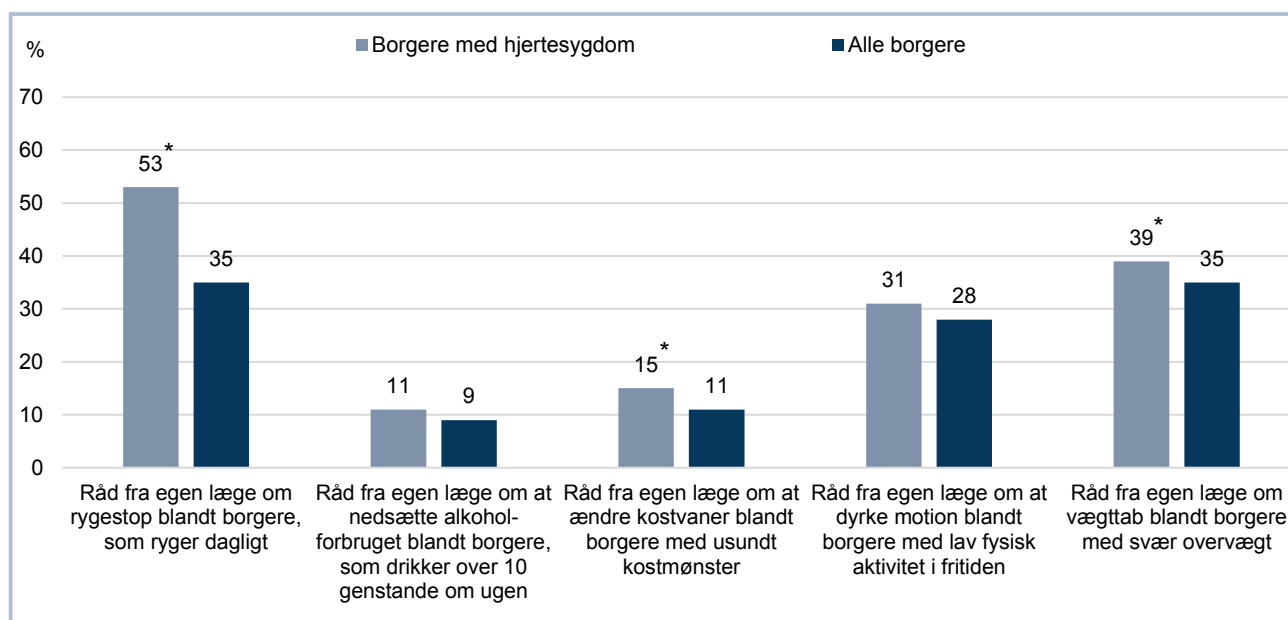
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med hjertesygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med hjertesygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 4.2). Således ses det, at 53 % af borgere med hjertesygdom, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop, og 39 % af borgere med hjertesygdom og svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig, mens det kun er 11 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 15 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med hjertesygdom generelt en større andel, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 4.2). Den største forskel ses for råd om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt (borgere med hjertesygdom: 53 %, Region H: 35 %). Der ses også en større andel blandt borgere med hjertesygdom sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om ændring af kostvaner og om vægttab. For råd om at nedsætte alkoholforbruget og råd om at dyrke motion ses ikke statistisk signifikant forskel i andelen blandt borgere med hjertesygdom og borgere i regionen samlet set.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med hjertesygdom i den høje ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til rygestop af egen læge blandt borgere, som ryger dagligt.

Figur 4.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med hjertesygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

4.6 Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Hjertesygdom [Internet]. Sundhedsstyrelsen. 2020 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/viden/Sygdomme/Hjertesygdom>
2. Mads Louis Orry. Iskæmisk hjertesygdom [Internet]. Hjertereforeningen. 2020 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://hjertereforeningen.dk/min-hjerte-kar-sygdom/iskaemisk-hjertesygdom/>
3. Jesper Kjærgaard. Hjertesvigt [Internet]. Patienthåndbogen; sundhed.dk. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/oevrige-tilstande/hjertesvigt/>
4. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kapitel 5

Apopleksi

Indledning

Apopleksi er en fælles betegnelse for blodprop i hjernen og blødning i hjernevævet. I størstedelen af tilfældene er der tale om en blodprop i hjernen. Symptomer er f.eks. pludseligt opstået halvsidig lammelse af krop eller ansigt, forstyrrelse af tale eller synsændringer (1). I Region Hovedstaden var forekomsten af apopleksi 1,9 % i 2021 (Figur 2.1) Forekomsten var højere blandt mænd end blandt kvinder og steg med alderen (2).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentialer blandt borgere med apopleksi i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med apopleksi er beskrevet i Bilag A ('Apopleksi'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdsændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdsændring (Bilag E).

5.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har næsten to ud af tre borgere med apopleksi samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (64,3 %) (Tabel 5.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med apopleksi, er: hjertesygdom, som ses hos næsten hver femte borger med apopleksi, diabetes, depression, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og kræft. Forekomsten af alle fem sygdomme er omkring tre gange så høj eller højere blandt borgere med apopleksi sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med apopleksi og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med apopleksi i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

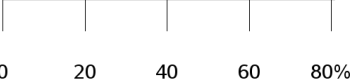
Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med apopleksi er faldet fra 68,3 % i

2013 til 64,3 % i 2021; et fald som især er sket fra 2017 til 2021 (Tabel 5.1). Det fald i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med apopleksi, som også har hjertesygdom eller depression, er faldet i samme periode. Derudover er andelen af borgere med apopleksi, som også har diabetes eller KOL, faldet fra 2017 til 2021. For diabetes og KOL var der en stigning i andelen fra 2013 til 2017, mens der for kræft ses en gradvis stigning i andelen blandt borgere med apopleksi fra 2013 til 2021.

For tre af de fem kroniske sygdomme stemmer udviklingen over tid blandt borgere med apopleksi overens med den generelle udvikling blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). For diabetes og KOL ses der imidlertid i regionen samlet set en mindre stigning fra 2017 til 2021, mens der blandt borgere med apopleksi ses et fald i samme periode.

Tabel 5.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med apopleksi

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	64,3 	18.800	67,4 [#]	68,3 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	19,8  *	5.800	24,5 [#]	25,7 [#]
Diabetes (5,3 %)	17,7  *	5.200	18,8 [#]	18,0
Depression (6,4 %)	17,4  *	5.100	21,6 [#]	25,1 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	14,0  *	4.100	14,7 [#]	13,2 [#]
Kræft (3,7 %)	10,7  *	3.100	9,8 [#]	9,1 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med apopleksi (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

5.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med apopleksi generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 5.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er markant større blandt borgere med apopleksi sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 40 % af borgere med apopleksi et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 10.300 personer, mens 35 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 7.800 personer. Der er således tale om to til tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med apopleksi ses også en større andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, har lav score på den mentale helbredsskala og høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen som helhed. Samtidig ses det, at forekomsten af ensomhed blandt borgere med apopleksi ikke er forskellig fra forekomsten i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med apopleksi og i regionen som helhed, ses samme tendenser for stort set alle indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist). For ensomhed ses imidlertid en forskel mellem grupperne, således at borgere med apopleksi i højere grad har ensomhed sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med apopleksi i den høje ende med hensyn til andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på den fysiske helbredsskala, men omvendt i den lave ende, hvad angår andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet.

Udvikling: For lidt mere end halvdelen af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses ikke en statistisk signifikant ændring i forekomsten blandt borgere med apopleksi i perioden 2013 til 2021 (Tabel 5.2). Fra 2017 til 2021 ses imidlertid et fald blandt borgere med apopleksi i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred fra 46 % til 40 %, i andelen med lav score på den fysiske helbredsskala fra 40 % til 35 % og i andelen med høj score på stressskalaen fra 42 % til 37 %. Der ses ikke statistisk signifikante forskelle mellem andelen i hhv. 2013, 2017 og 2021 blandt borgere med apopleksi for andelen, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet (ikke målt i 2013), som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, som har lav score på den mentale helbredsskala og andelen med ensomhed (ikke målt i 2013).

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med apopleksi følger ikke den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses stigninger i stort set alle indikatorer for dårlig fysisk og mental sundhed, mens der for borgere med apopleksi enten ikke ses ændringer eller et fald i forekomsten fra 2017 til 2021.

Tabel 5.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med apopleksi

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	10 *	2.600	14	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	40 *	10.300	46 [#]	42
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	44 *	11.000	47	46
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	35 *	7.800	40 [#]	36
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	22 *	4.700	22	18
Ensomhed (13 %)	14	3.300	12	
Høj score på stressskalaen (30 %)	37 *	8.800	42 [#]	34

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

5.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med apopleksi generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 5.3). Især er andelen af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden større blandt borgere med apopleksi sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 33 % af borgere med apopleksi lav fysisk aktivitet i fritiden (Region H: 18 %), svarende til 8.100 personer. Der ses også en større andel af borgere med apopleksi, som ryger dagligt, drikker over 10 genstande om ugen, har et usundt kostmønster og er meget generet af søvnproblemer sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Til gengæld ses det, at andelen med svær overvægt blandt borgere med apopleksi ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med apopleksi og i regionen som helhed, ses samme tendenser for de fleste indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist). For alkoholindtag over 10 genstande om ugen ses imidlertid en ændring i forskellen mellem grupperne, når der tages højde for alder og køn, således at borgere med apopleksi i mindre grad drikker over 10 genstande om ugen end borgere i regionen samlet set.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med apopleksi i den høje ende med hensyn til andelen, som drikker over 10 genstande om ugen og har lav

fysisk aktivitet i fritiden, men omvendt i den lave ende, hvad angår andelen, som har svær overvægt og er meget generet af søvnproblemer.

Udvikling: For uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses ikke en samlet tendens for udviklingen over tid blandt borgere med apopleksi, idet der er indikatorer, hvor forekomsten er faldet, hvor den er steget, og hvor den har været uændret siden 2013 (Tabel 5.3). For daglig rygning og alkoholindtag over 10 genstande om ugen er forekomsten faldet blandt borgere med apopleksi siden 2013. Omvendt er andelen, som er meget generet af søvnproblemer, steget siden 2013. Forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden blandt borgere med apopleksi er først steget fra 33 % i 2013 til 40 % i 2017, hvorefter den er faldet til 33 % i 2021, mens forekomsten af usundt kostmønster og svær overvægt er ikke statistisk signifikant ændret i perioden 2013 til 2021.

Udviklingen over tid i indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer følger i de fleste tilfælde udviklingen i regionen som helhed (Figur 2.4). I regionen som helhed ses for usundt kostmønster og svær overvægt imidlertid en stigning i forekomsten, hvilket ikke ses blandt borgere med apopleksi, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 5.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med apopleksi

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	16  *	4.100	19	20 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	22  *	5.100	21	27 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	18  *	4.400	19	19
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	33  *	8.100	40 [#]	33
Svær overvægt (15 %)	17 	4.000	17	17
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	19  *	4.900	20	14 [#]
				

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

5.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med apopleksi sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

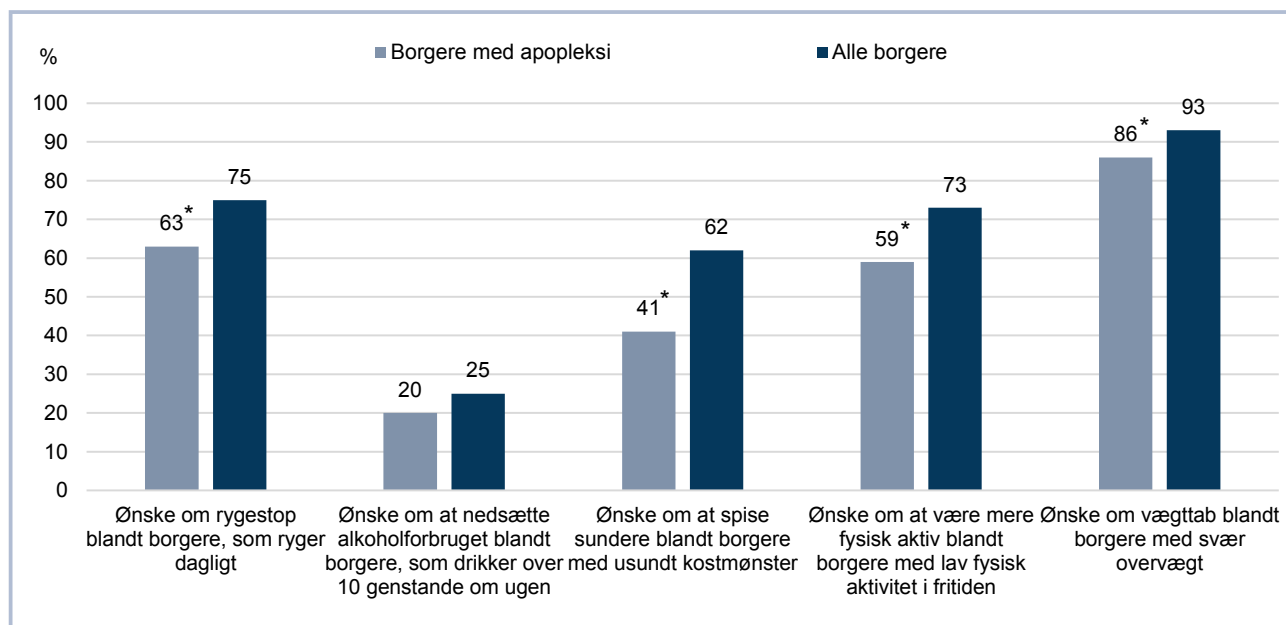
I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med apopleksi og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 5.1). Især er andelen stor for ønske om vægttab, som 86 % af borgerne med svær overvægt ønsker, mens der også ses en stor andel, som ønsker at stoppe med at ryge (63 %) og ønsker at være mere fysisk aktive (59 %), blandt borgere med hhv. daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden. En undtagelse ses for borgere med apopleksi og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 20 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med apopleksi generelt en mindre andel, som ønsker adfærds-

ændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 5.1). Den største forskel ses for ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, hvor andelen for borgere med apopleksi er 41 %, mens den for regionen samlet set er 62 %. For ønske om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, ses der ikke er statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med apopleksi i den lave ende med hensyn til andelen, som ønsker samtlige af de inkluderede adfærdsændringer (at stoppe med at ryge, at nedsætte alkoholforbruget, at spise sundere, at være mere fysisk aktiv) eller vægttab blandt borgere, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

Figur 5.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med apopleksi, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

5.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med apopleksi sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

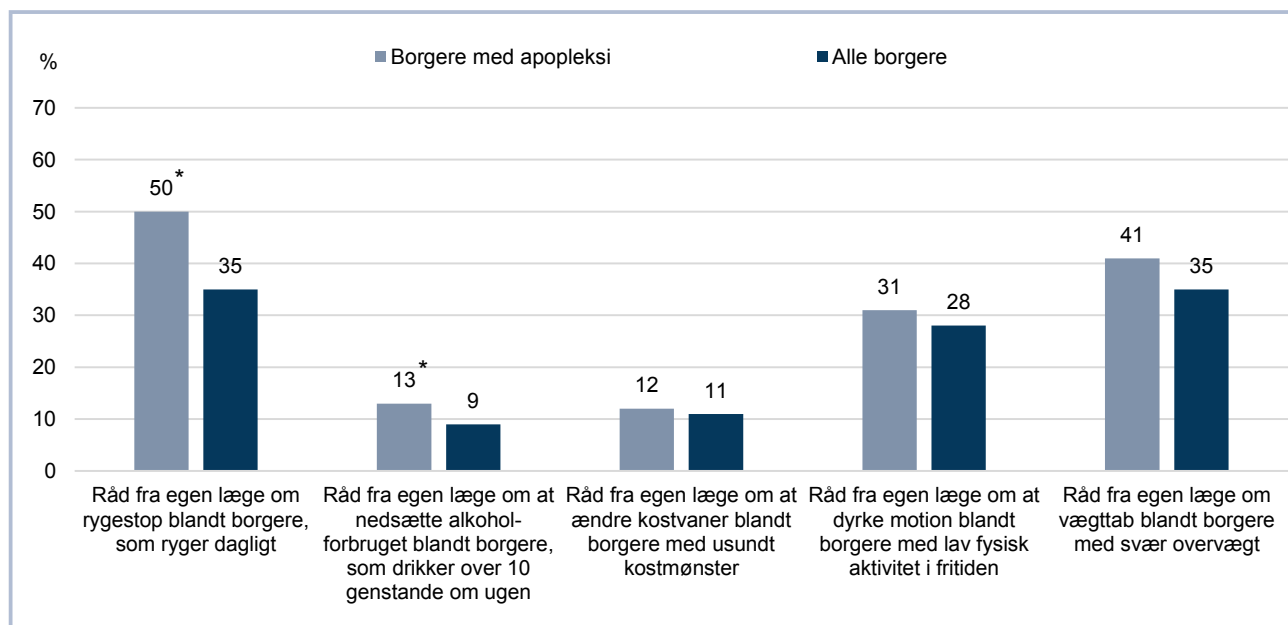
Der ses en stor variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med apopleksi og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 5.2). Således ses det, at 50 % af borgere med apopleksi, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop, og 41 % af borgere med apopleksi og svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig, mens det kun er 13 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 12 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med apopleksi i de fleste tilfælde ikke forskel i andelen, som er ble-

vet rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 5.2). Der ses imidlertid en større andel blandt borgere med apopleksi sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om rygestop blandt borgere med daglig rygning, og som har fået råd om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen. Det ses f.eks. for råd om rygestop blandt borgere med daglig rygning, at andelen er 50 % for borgere med apopleksi og 35 % for regionen samlet set.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med apopleksi i den høje ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til hhv. rygestop og vægttab af egen læge blandt borgere, som ryger dagligt eller har svær overvægt, men omvendt i den lave ende, hvad angår andelen, som er blevet rådet til at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster.

Figur 5.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med apopleksi, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

5.6 Litteratur

1. Jakob Christensen. Apopleksi (slagtilfælde) - blodprop eller blødning i hjernen [Internet]. Patienthåndbogen; sundhed.dk; 2022 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/apopleksi/apopleksi-blodprop-eller-bloedning-i-hjernen/>

2. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kapitel 6

Kræft

Indledning

Kræft er en samlet betegnelse for mange forskellige sygdomme, som alle arter sig forskelligt. Fælles for kræftsygdommene er, at de starter med ændringer i gener, som medfører ukontrolleret cellevækst, vækst i omgivende organer og spredning til andre organer (1). I Region Hovedstaden var forekomsten af kræft 3,7 % i 2021 (Figur 2.1). Forekomsten af kræft var højere blandt kvinder end blandt mænd samlet set og steg med stigende alder (2). For de 65+ årige var forekomsten dog højere blandt mænd end blandt kvinder.

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentialer blandt borgere med kræft i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med kræft er beskrevet i Bilag A ('Kræft'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdsendring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdsendring (Bilag E).

6.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har næsten halvdelen af borgere med kræft samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (47,3 %) (Tabel 6.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med kræft, er: diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertesygdom, depression og knogleskørhed. Det er især forekomsten af hjertesygdom og knogleskørhed, som er højere blandt borgere med kræft, svarende til omtrent tre gange så høj forekomst, sammenlignet med borgere i regionen samlet set, men også for diabetes og KOL er forekomsten mere end dobbelt så høj. En lidt større andel af borgere med kræft har depression, svarende til halvdelen gang større andel end der ses blandt borgere i regionen samlet set.

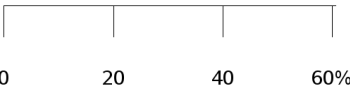
Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kræft og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med kræft i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med kræft er steget fra 46,1 % i 2013 til 47,3 % i 2021; en stigning som er sket fra 2013 til 2017 (Tabel 6.1). Den stigning i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med kræft, som også har hhv. diabetes, KOL eller knogleskørhed, tilsvarende er steget fra 2013 til 2017 og ikke er signifikant ændret fra 2017 til 2021. Omvendt er andelen af borgere med kræft, som også har hjertesygdom eller depression, faldet siden 2013; for hjertesygdom er faldet sket fra 2017 til 2021, mens det for depression er sket gradvist.

For alle fem kroniske sygdomme stemmer udviklingen over tid blandt borgere med kræft i høj grad overens med den generelle udvikling blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1).

Tabel 6.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med kræft

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	47,3 	27.100	47,3	46,1 [#]
Diabetes (5,3 %)	11,8  *	6.800	11,7	10,9 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	11,6  *	6.600	11,3	10,2 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	11,1  *	6.300	12,6 [#]	12,3 [#]
Depression (6,4 %)	9,5  *	5.400	11,1 [#]	12,6 [#]
Knogleskørhed (2,7 %)	9,1  *	5.200	9,2	7,9 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med kræft (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

6.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med kræft højere forekomst for fire ud af syv indikatorer af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 6.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er større blandt borgere med kræft sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 34 % af borgere med kræft et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 20.300 personer, mens 25 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 13.300 personer. Det svarer til over dobbelt så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med kræft ses også en lidt større andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, og som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet. Samtidig ses det, at forekomsten af lav score på mental helbredsskala og høj score på stressskalaen blandt borgere med kræft ikke er forskellig fra forekomsten i regionen som helhed. Undtagelsesvis ses det, at borgere med kræft har en lavere forekomst af ensomhed sammenlignet med alle borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kræft og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med kræft i højere grad har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og har lav score på fysisk helbredsskala (resultater ikke vist). For ensomhed ses der ikke længere forskel mellem grupperne, når der tages højde for alder og køn. Omvendt har borgere med

kræft i højere grad lav score på den mentale helbredsskala og høj score på stressskalaen, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med kræft i den lave ende med hensyn til forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet, meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, lav score på mental helbredsskala, ensomhed og høj score på stressskalaen.

Udvikling: For næsten alle indikatorer for dårlig fysisk og mental sundhed ses en stigning i forekomsten blandt borgere med kræft i perioden 2013 til 2021 (Tabel 6.2). Således er andelen, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, steget fra 31 % i 2013 til 34 % i 2021, og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala er steget fra 22 % til 25 % i samme periode. Andelen af borgere med kræft, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, er steget gradvist fra 32 % i 2013 til 35 % i 2017 og til 39 % i 2021. For lav score på mental helbredsskala, ensomhed, og høj score på stressskalaen ses en stigning fra 2017 til 2021. Den største stigning ses for høj score på stressskalaen, som er steget fra 25 % i 2017 til 31 % i 2021. Andelen af borgere med kræft og dårlig eller meget dårlig livskvalitet er ikke ændret signifikant siden 2017 (ikke målt i 2013).

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med kræft følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3).

Tabel 6.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med kræft

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	8 *	4.400	8	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	34 *	20.300	32	31 [#]
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	39 *	22.000	35 [#]	32 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	25 *	13.300	24	22 [#]
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	18	9.300	13 [#]	12 [#]
Ensomhed (13 %)	10 *	5.700	6 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	31	17.300	25 [#]	24 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

6.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med kræft generelt en lidt højere forekomst af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 6.3). Bl.a. ses det, at andelen af borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, og som er meget generet af søvnproblemer, er lidt større blandt borgere med kræft sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 22 % af borgere med kræft et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen (Region H: 18 %), svarende til 11.700 personer, 24 % har lav fysisk aktivitet i fritiden (Region H: 18 %), svarende til 13.700 personer, og 17 % er meget generet af søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 9.600 personer. Forekomsten af usundt kostmønster og svær overvægt er også lidt større blandt borgere med kræft. For daglig rygning ses der ingen forskel mellem de to grupper.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kræft og i regionen som helhed, ses samme tendenser for daglig rygning, lav fysisk aktivitet i fritiden og meget generet af søvnproblemer (resultater ikke vist). For alkoholindtag over 10 genstande om ugen, usundt kostmønster og svær overvægt ses imidlertid en ændring, således at der ikke længere er forskel mellem de to grupper, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligner borgere med kræft i den høje ende med hensyn til forekomst af alkoholindtag over 10 genstande om ugen, men omvendt i

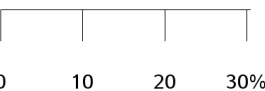
den lave ende, hvad angår daglig rygning, svær overvægt og meget generet af søvnproblemer.

Udvikling: For halvdelen af indikatorerne for u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses der stigninger i andelen i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med kræft (Tabel 6.3). Dette gælder andelen, som har usundt kostmønster, svær overvægt, og som er meget generet af søvnproblemer. Andelen af borgere med kræft, som har usundt kostmønster er steget fra 12 % i 2013 til 16 % i 2021, mens andelen med svær overvægt og andelen, som er meget generet af søvnproblemer, begge er steget fra 13 % i 2013 til 17 % i 2021. Modsat ses der er et fald i andelen af borgere med kræft, som ryger dagligt, og som drikker over 10 genstande om ugen. For begge indikatorer er faldet sket fra 2017 til 2021. Der ses ingen signifikante ændringer i andelen af borgere med kræft, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, siden 2013.

Udviklingen over tid i sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kræft følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.4). Dog ses der i regionen som helhed en stigning i forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden fra 2013 til 2017 efterfulgt af et lille fald fra 2017 til 2021. Disse udviklingstendenser er således ikke tilsvarende for borgere med kræft, da der her ikke ses signifikante ændringer i lav fysisk aktivitet i fritiden fra 2013 til 2021.

Tabel 6.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kræft

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	12 	6.900	14 [#]	14 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	22  *	11.700	24 [#]	27 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	16  *	8.800	14	12 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	24  *	13.700	25	24
Svær overvægt (15 %)	17  *	9.600	15	13 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	17  *	9.600	16	13 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

6.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med kræft sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

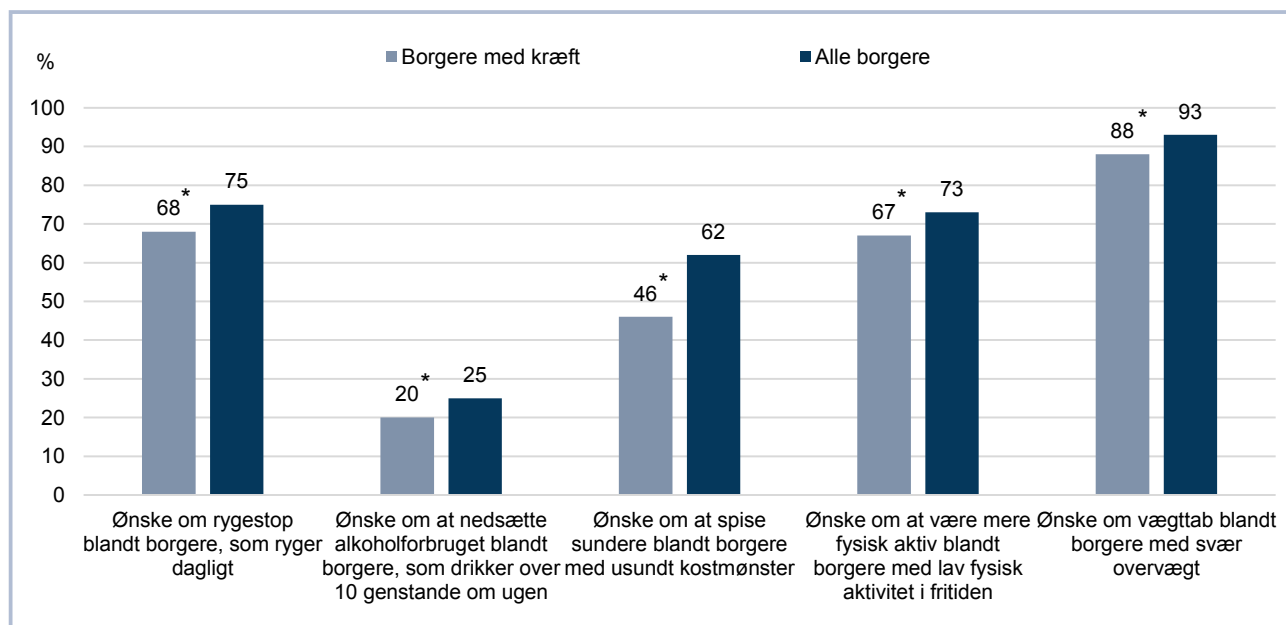
I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med kræft og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 6.1). Således er der f.eks. 68 % af borgere med kræft, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge, og 88 % med svær overvægt, der ønsker at tabe sig. En undtagelse ses for borgere med kræft og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 20 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med kræft generelt en mindre andel, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 6.1). Den største forskel ses for

ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, hvor andelen for borgere med kræft er 46 %, mens den for regionen samlet set er 62 %. Derudover ses det, at andelen, der ryger dagligt, som ønsker at stoppe med at ryge, er 68 % blandt borgere med kræft mod 75 % i regionen samlet set. For ønske om at nedsætte alkoholforbruget, at være mere fysisk aktiv og at tabe sig, ses også en mindre andel blandt borgere med kræft og hhv. alkoholindtag over 10 genstande om ugen, lav fysisk aktivitet i fritiden og svær overvægt sammenlignet med alle borgere i regionen samlet set, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med kræft i den lave ende med hensyn til andelen, som ønsker hhv. at stoppe med at ryge blandt borgere, som ryger dagligt, at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med indtag over 10 genstande om ugen, og at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster.

Figur 6.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med kræft, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

6.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med kræft sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

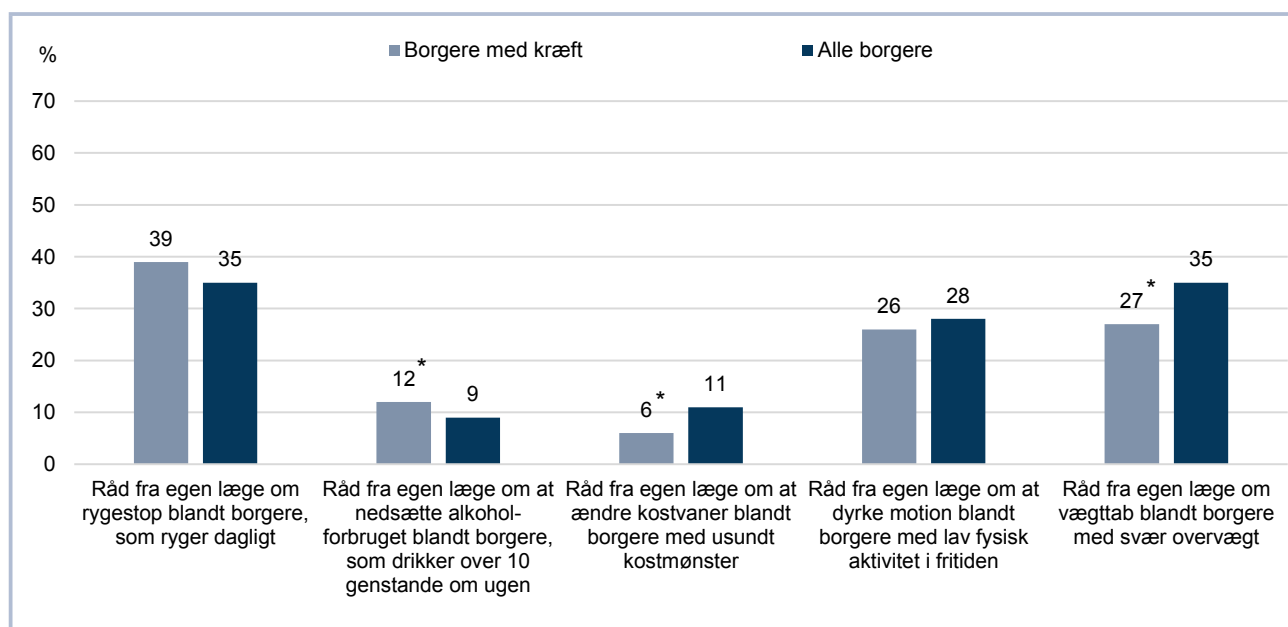
Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med kræft og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 6.2). Således ses det, at 39 % af borgere med kræft, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop, mens det kun er 12 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 6 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med kræft en større andel, som er blevet rådet til at nedsætte alko-

holforbruget (borgere med kræft: 12 %, Region H: 9 %) (Figur 6.2). Modsat ses det, at en mindre andel er blevet rådet til hhv. at ændre kostvaner (borgere med kræft: 6 %, Region H: 11 %) og at tage sig (borgere med kræft: 27 %, Region H: 35 %). For råd om rygestop og råd om at dyrke motion ses ikke signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med kræft (og borgere med knogleskørhed) den mindste andel, som af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster. Derudover ligger borgere med kræft i den lave ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion eller tage sig blandt borgere, som har hhv. lav fysisk aktivitet i fritiden og svær overvægt.

Figur 6.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med kræft, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

6.6 Litteratur

1. Lisa Sengeløv. Kræfttyper [Internet]. Lægehåndbogen; sundhed.dk. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kraeft/om-kraeft/kraefttyper/>

2. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kronisk obstruktiv lungesygdom

Indledning

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en kronisk uhelbredelig lungesygdom, hvor der sker en forsnævring af luftvejene og ødelæggelse af lungevævet (obstruktion) (1). KOL udvikler sig over mange år og viser sig ved tiltagende åndenød, hoste, slim og hyppige lungeinfektioner. I Region Hovedstaden var forekomsten af KOL 4,7 % i 2021 (Figur 2.1). Forekomsten var højere blandt kvinder end blandt mænd og steg med alderen (2).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentialer blandt borgere med KOL i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med KOL er beskrevet i Bilag A ('kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdss ændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdss ændring (Bilag E).

7.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har næsten tre ud af fire borgerne med KOL samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (71,6 %) (Tabel 7.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med KOL, er: astma, som ses hos mere end hver tredje borger med KOL, hjertesygdom, depression, diabetes og knogleskørhed. Forekomsten af alle fem sygdomme er mindst dobbelt så høj blandt borgere med KOL sammenlignet med borgere i regionen samlet set – for astma er forekomsten endda over seks gange så høj.

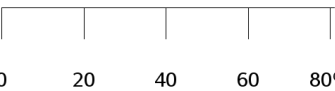
Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med KOL og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med KOL i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set.

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med KOL er steget fra 69,9 % i 2013 til 70,9 % i 2017 og 71,6 % i 2021. Den stigning i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med KOL, som også har diabetes eller knogleskørhed er steget i samme periode. Omvendt er andelen af borgere med KOL, som også har enten depression eller hjertesygdom, faldet gradvist, mens andelen, der også har astma, er faldet fra 2013 til 2017, men har været uændret fra 2017 til 2021.

Udviklingen over tid for disse kroniske sygdomme blandt borgere med KOL stemmer i høj grad overens med den generelle udvikling for sygdommene blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). I regionen som helhed ses dog – i modsætning til blandt borgere med KOL – en lille stigning i andelen med astma fra 2017 til 2021.

Tabel 7.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med KOL

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	71,6 	51.200	70,9 [#]	69,9 [#]
Astma (6,1 %)	41,4  *	29.600	41,5	42,6 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	14,2  *	10.200	16,6 [#]	16,8 [#]
Depression (6,4 %)	13,4  *	9.600	15,7 [#]	17,1 [#]
Diabetes (5,3 %)	12,9  *	9.200	12,8	11,8 [#]
Knogleskørhed (2,7 %)	10,9  *	7.800	10,7	10,0 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med KOL (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

7.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med KOL generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 7.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er markant større blandt borgere med KOL sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 41 % af borgere med KOL et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 30.000 personer, mens 34 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 21.600 personer. Der er således tale om to til fire gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med KOL ses også en større andel, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, som har en høj score på stressskalaen, og som har lav score på den mentale helbredsskala sammenlignet med regionen som helhed. Samtidig ses det, at forekomsten af ensomhed blandt borgere med KOL ikke er forskellig fra forekomsten i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med KOL og i regionen som helhed, ses samme tendenser for stort set alle indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist). For ensomhed ses imidlertid en forskel mellem grupperne, således at borgere med KOL i højere grad har ensomhed sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med KOL i den høje ende med hensyn til forekomst af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på den fysiske helbredsskala, men omvendt i den lave ende, hvad angår forekomst af ensomhed.

Udvikling: For tre af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses en stigning i forekomsten blandt borgere med KOL fra 2013 til 2021, hvor stigningen er sket fra 2017 til 2021 (Tabel 7.2). Således er andelen blandt borgere med KOL, der er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet steget fra 42 % til 48 % i perioden 2013 til 2021, med lav score på mental helbredsskala steget fra 16 % til 22 % og høj score på stressskalaen fra 29 % til 35 %. Ligeledes er andelen blandt borgere med KOL med dårligt selv vurderet helbred, lav score på fysisk helbredsskala og ensomhed steget fra 2017 til 2021 (sidstnævnte blev ikke målt i 2013). Der ses ikke en statistisk signifikant ændring for borgere med KOL, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet over tid.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med KOL følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). Dog ses i regionen en gradvis stigning fra 2013 til 2021 i forekomsten af de fleste indikatorer, mens det for borgere med KOL kun ses fra 2017 til 2021.

Tabel 7.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med KOL

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	10 *	6.500	10	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	41 *	30.000	38 [#]	39
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	48 *	33.600	44 [#]	42 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	34 *	21.600	31 [#]	32
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	22 *	13.700	15 [#]	16 [#]
Ensomhed (13 %)	13	9.100	10 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	35 *	23.200	31 [#]	29 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

7.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med KOL generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 7.3). Især er andelen af borgere, der ryger dagligt, og andelen af borgere med lav fysisk aktivitet større blandt borgere med KOL sammenlignet med alle borgere i regionen. Således er andelen af borgere med KOL, der ryger dagligt, 24 % (Region H: 13 %), svarende til 16.900 personer, og 31 % har lav fysisk aktivitet i fritiden (Region H: 15 %), svarende til 21.600 personer. Der ses også en større andel af borgere med KOL, der drikker mere end 10 genstande om ugen, med et usundt kostmønster, med svær overvægt og som er meget generet af søvnproblemer.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med KOL og i regionen som helhed, ses i høj grad samme tendenser for indikatorerne for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist). Midlertidigt ses der dog for alkoholindtag over 10 genstande om ugen ikke nogen forskel mellem borgere med KOL og regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med KOL i den høje ende med hensyn til

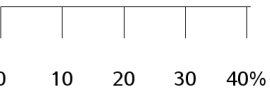
forekomst af daglig rygning, indtag af mere end 10 genstande om ugen, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden og svær overvægt.

Udvikling: For halvdelen af indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en stigning i andelen i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med KOL (Tabel 7.3). De største stigninger ses for andelen med svær overvægt, som er steget fra 19 % i 2013 til 24 % i 2021 og andelen, som er meget generet af søvnproblemer, der er steget fra 16 % til 21 %. Ligeledes ses en stigning i andelen med usundt kostmønster fra 2013 til 2021 blandt borgere med KOL. Omvendt ses et gradvist fald i andelen, som drikker over 10 genstande om ugen fra 29 % i 2013 til 23 % i 2021. Der ses ingen ændringer over tid for andelen, der ryger dagligt eller har lav fysisk aktivitet i fritiden.

Udviklingen over tid for sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med KOL følger i høj grad udviklingen i regionen som helhed (Figur 2.3). Dog ses for regionen samlet set en stigning i lav fysisk aktivitet og et fald i daglig rygning fra 2013 til 2021, hvilket ikke ses for borgere med KOL, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 7.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med KOL

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	24  *	16.900	24	26
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	23  *	15.100	25 [#]	29 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	21  *	14.000	19	17 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	31  *	21.600	29	29
Svær overvægt (15 %)	24  *	16.100	21	19 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	21  *	14.700	19	16 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

7.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med KOL sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

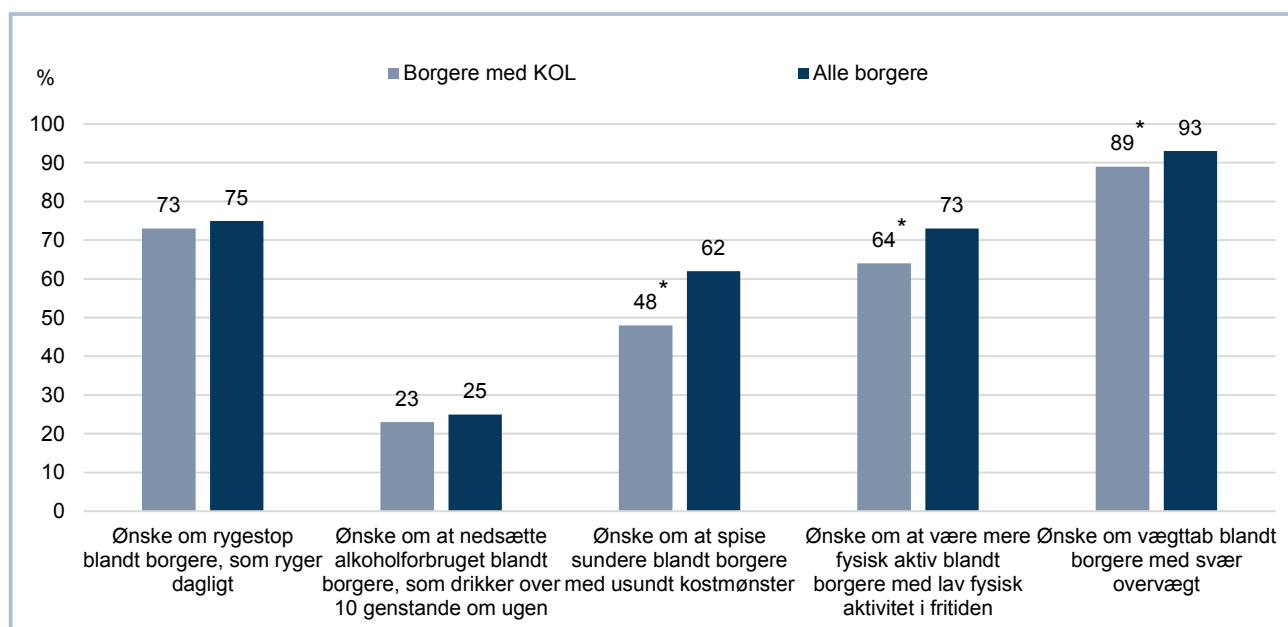
I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med KOL og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 7.1). Således er der f.eks. 73 % af borgere med KOL, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge og 89 % med svær overvægt, der ønsker at tabe sig. En undtagelse ses for borgere med KOL og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 23 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med KOL generelt en mindre andel, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundheds-

adfærd eller svær overvægt (Figur 7.1). Især ses der en mindre andel blandt borgere med KOL og et usundt kostmønster, der ønsker at spise sundere (48 %) sammenlignet med regionen som helhed (62 %). Ligeledes ses også for borgere med KOL sammenlignet med alle borgere i regionen, en mindre andel, der ønsker at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet og en mindre andel, der ønsker at tabe sig blandt borgere med svær overvægt. For ønske om rygestop og at nedsætte alkoholforbrug ses der ikke statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med KOL i den lave ende med hensyn til andelen, som ønsker hhv. at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster og at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden.

Figur 7.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med KOL, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

7.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med KOL sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

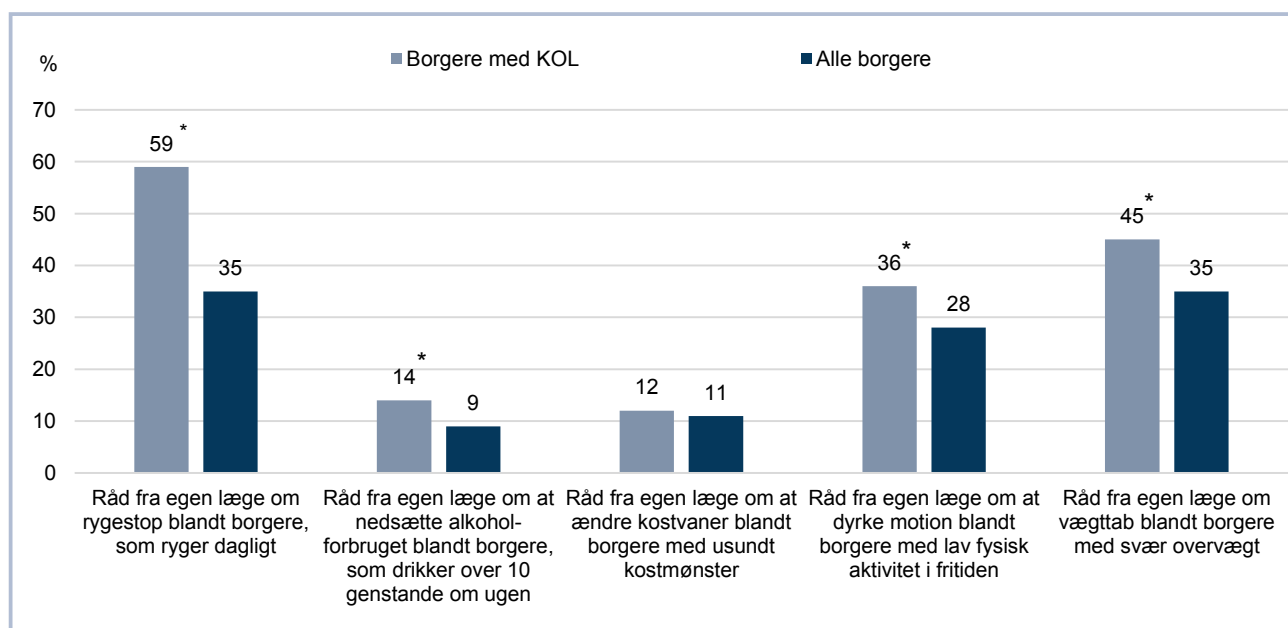
Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med KOL og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 7.2). Således ses det, at 59 % af borgere med KOL, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop, og 45 % af borgere med KOL og svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig, mens det kun er 14 % med et alkoholindtag på mere end 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 12 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med KOL generelt en større andel, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 7.2). Den største

forskel ses for råd om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt (borgere med KOL: 59 %, Region H: 35 %). Der ses også en større andel blandt borgere med KOL sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om nedsætte alkoholforbruget, om vægttab og om at dyrke mere motion. For råd om kostvaner ses ikke en statistisk signifikant forskel mellem grupperne.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med KOL (og borgere med diabetes) den største andel, som er blevet rådet til rygestop af egen læge blandt borgere, som ryger dagligt. Borgere med KOL ligger også i den høje ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med indtag over 10 genstande om ugen, at dyrke mere motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, og at tabe sig blandt borgere med svær overvægt. Omvendt ligger borgere med KOL i den lave ende med hensyn til andelen, der er blevet rådet til at spise sundere blandt borgere med et usundt kostmønster.

Figur 7.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med KOL, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

7.6 Litteratur

1. Peter Lange. KOL [Internet]. Patienthåndbogen; sundhed.dk. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/lunger/sygdomme/kol/kol/>

2. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Astma

Indledning

Astma er en kronisk sygdom i luftvejene, hvor der er en betændelseslignende tilstand (1, 2). Dette medfører, at luftvejene bliver overfølsomme, hyperaktive og trækker sig sammen ved ydre påvirkninger, som raske luftveje ikke ville reagere på (1). De typiske symptomer på astma er åndenød, hoste, pibende/hvæsende vejrtrækninger og trykken for brystet, hvor symptomerne varierer i intensitet og over tid (1, 3). I Region Hovedstaden var forekomsten af astma 6,1 % i 2021 (Figur 2.1). Forekomsten var højere blandt kvinder end blandt mænd og steg med alderen (4).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentialer blandt borgere med astma i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med astma er beskrevet i Bilag A ('Astma'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdssændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdssændring (Bilag E).

8.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har halvdelen af borgere med astma samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (51,0 %) (Tabel 8.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med astma, er: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), som ses hos næsten hver tredje borger med astma, depression, diabetes, hjertesygdom og knogleskørhed. Forekomsten af alle fem sygdomme er næsten dobbelt så høj eller højere blandt borgere med astma sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med astma og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med astma i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med astma er steget fra 49,8 % i 2013 til 50,5 % i 2017 og 51,0 % i 2021 (Tabel 8.1). Den stigning i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes

med, at andelen af borgere med astma, som også har KOL eller diabetes, er steget i samme periode. Stigningen for både KOL og diabetes er sket fra 2013 til 2017, idet andelen med KOL er faldet fra 2017 til 2021 og andelen med diabetes er uændret i samme periode. Omvendt er andelen af borgere med astma, som også har depression eller hjertesygdom, faldet gradvist, mens andelen, der også har knogleskørhed, kun er faldet i perioden fra 2017 til 2021.

Udviklingen over tid for disse kroniske sygdomme blandt borgere med astma stemmer i høj grad overens med den generelle udvikling for sygdommene blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). I regionen som helhed ses det imidlertid, at andelen med knogleskørhed er steget fra 2013 til 2021, hvorimod der blandt borgere med astma ses et lille fald i perioden. Desuden ses i regionen samlet set en mindre stigning i forekomsten af KOL fra 2017 til 2021, mens der blandt borgere med astma ses et fald i samme periode.

Tabel 8.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med astma

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	51,0 	47.800	50,5 [#]	49,8 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	31,5  *	29.600	32,0 [#]	30,8 [#]
Depression (6,4 %)	10,8  *	10.100	12,4 [#]	14,2 [#]
Diabetes (5,3 %)	8,5  *	7.900	8,4	8,0 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	7,1  *	6.600	8,6 [#]	8,8 [#]
Knogleskørhed (2,7 %)	5,8  *	5.400	6,2 [#]	6,1 [#]

0 20 40 60%

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med astma (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

8.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med astma generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 8.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er markant større blandt borgere med astma sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 30 % af borgere med astma et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 28.100 personer, mens 20 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 17.400 personer. Der er således tale om ca. dobbelt så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med astma ses også en større andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, har lav score på den mentale helbredsskala og en større andel med ensomhed og høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med astma og i regionen som helhed, ses stadig dårligere fysisk og mental sundhed blandt borgere med astma sammenlignet med borgere i regionen som helhed (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med astma i den lave ende med hensyn til forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og høj score på stressskalaen.

Udvikling: For fire af de syv indikatorer for dårlig fysisk og mental sundhed ses en stigning i forekomsten blandt borgere med astma i perioden 2013 til 2021 (Tabel 8.2). For eksempel ses det for lav score på den mentale helbredsskala, at andelen er steget gradvist fra 14 % i 2013 til 21 % i 2021. Andelen med en høj score på stressskalaen og andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, er også steget fra 2013 til 2021. Endelig er andelen med ensomhed steget fra 10 % i 2013 til 14 % i 2021 (blev ikke målt i 2013). For de resterende indikatorer ses ingen signifikante ændringer over årene.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med astma følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses imidlertid en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og også en mindre stigning i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, hvilket ikke ses blandt borgere med astma, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 8.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med astma

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	8 *	6.800	8	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	30 *	28.100	28	27
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	41 *	36.600	39	36 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	20 *	17.400	19	19
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	21 *	18.400	17 [#]	14 [#]
Ensomhed (13 %)	14 *	12.500	10 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	33 *	29.400	31 [#]	25 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

8.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med astma generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 8.3). Især er andelen med svær overvægt og andelen, som er meget generet af søvnproblemer, større blandt borgere med astma sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 21 % af borgere med astma svær overvægt (Region H: 15 %), svarende til 18.100 personer, og 20 % er meget generet af søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 18.200 personer. Der ses også en større andel af borgere med astma, som har lav fysisk aktivitet i fritiden og et usundt kostmønster, sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Derimod ses det, at andelen af borgere med astma, der ryger dagligt og drikker over 10 genstande om ugen, ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med astma og i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist).

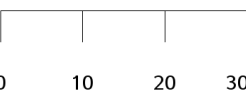
Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med astma i den lave ende med hensyn til forekomst af daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden.

Udvikling: For lidt over halvdelen af indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en stigning i andelen i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med astma (Tabel 8.3). Den største stigning ses for andelen, som er meget generet af søvnproblemer. Her ses det, at andelen er steget gradvist fra 14 % i 2013 til 20 % i 2021. For usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden og svær overvægt ses også en stigning i andelen blandt borgere med astma fra 2013 til 2021. Her er stigningen dog sket fra 2013 til 2017. Omvendt ses blandt borgere med astma et gradvist fald i andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, fra 25 % i 2013 til 18 % i 2021. Der ses også et fald i andelen, der ryger dagligt, hvor faldet dog er sket fra 2017 til 2021.

Udviklingen over tid for indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med astma følger i høj grad udviklingen i regionen som helhed (Figur 2.4).

Tabel 8.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med astma

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	13 	11.200	16 [#]	15 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	18 	15.300	22 [#]	25 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	16  *	13.900	15	12 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	22  *	19.600	24	20 [#]
Svær overvægt (15 %)	21  *	18.100	20	17 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	20  *	18.200	18 [#]	14 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

8.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

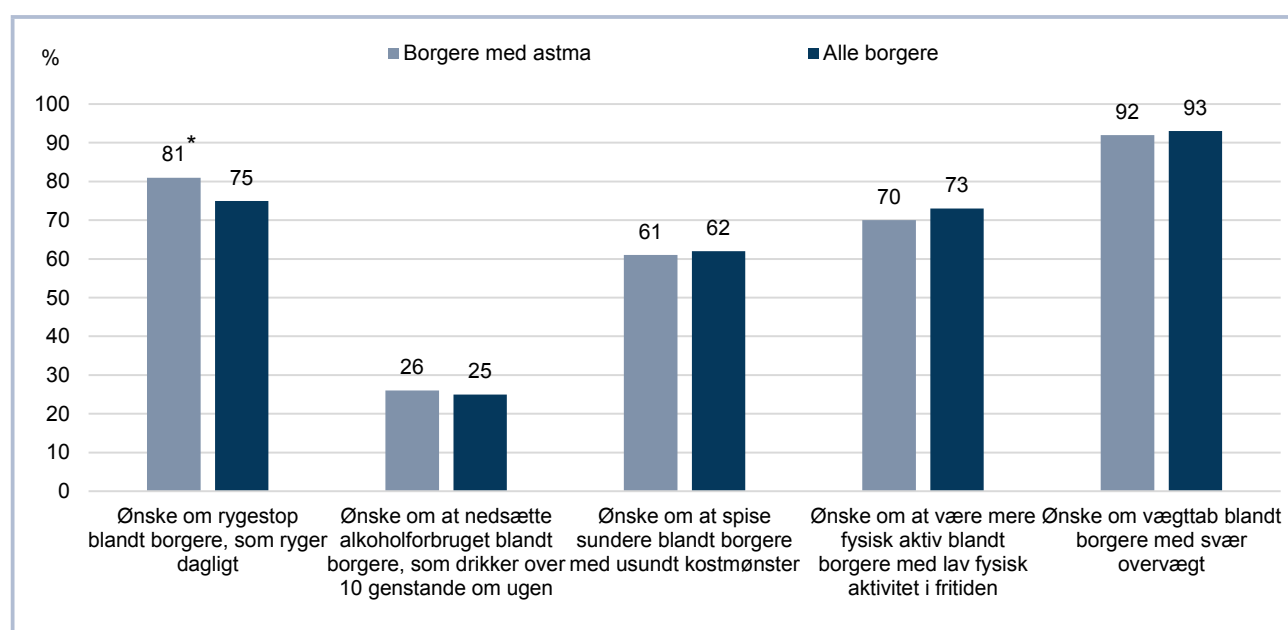
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med astma sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med astma og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 8.1). Således er der f.eks. 81 % af borgere med astma, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge, og 92 % med svær overvægt, der ønsker at tabe sig. En undtagelse ses for borgere med astma og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 26 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med astma i de fleste tilfælde ikke forskel i andelen, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 8.1). Der ses dog en større andel blandt borgere med astma, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge (81 %), sammenlignet med regionen som helhed (75 %). For resten af indikatorerne ses der ikke statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med astma i den høje ende med hensyn til andelen, som ønsker at stoppe med at ryge blandt borgere, der ryger dagligt.

Figur 8.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med astma, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

8.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

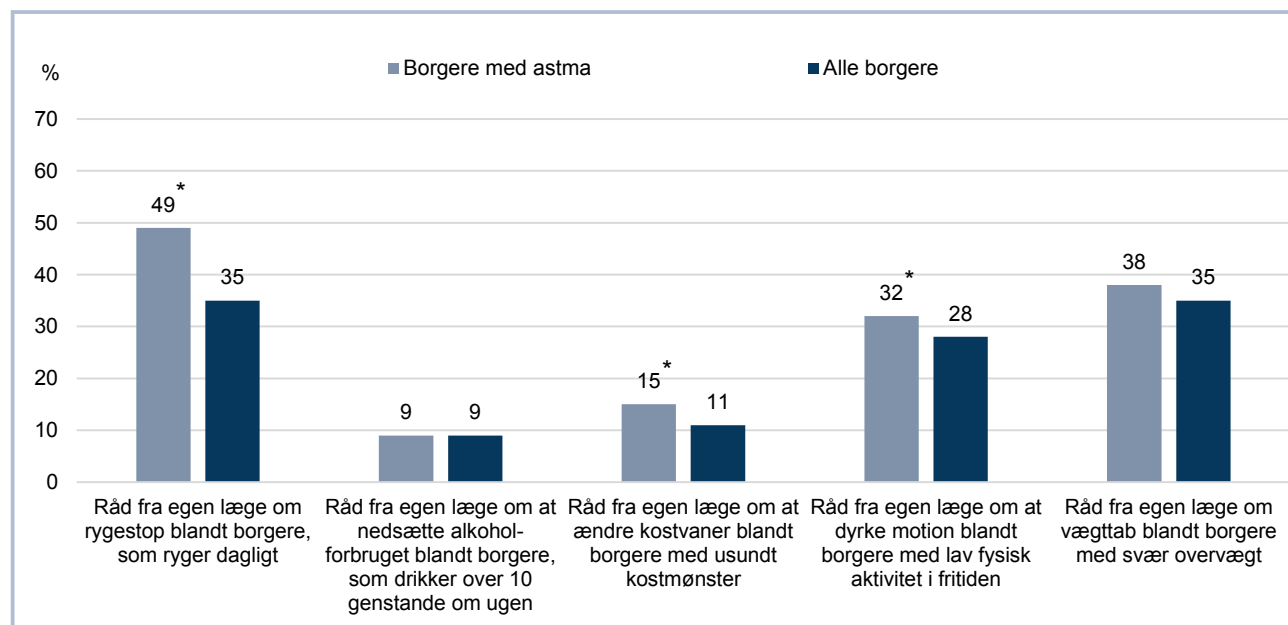
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med astma sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med astma og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 8.2). Således ses det, at 49 % af borgere med astma, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop, og 38 % af borgere med astma og svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig, mens det kun er 9 % med et alkoholindtag på mere end 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 15 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med astma generelt en større andel, som er blevet rådet til adfærdsændring blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (Figur 8.2). Den største forskel ses for råd om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt (borgere med astma: 49 %, Region H: 35 %). Der ses også en større andel blandt borgere med astma sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om ændring af kostvaner og om at dyrke motion. For råd om vægttab og råd om at nedsætte alkoholforbruget ses ikke statistisk signifikant forskel i andelen blandt borgere med astma og borgere i regionen samlet set.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med astma i den høje ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til rygestop af egen læge blandt borgere, som ryger dagligt, men omvendt i den lave ende, hvad angår andelen, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med indtag over 10 genstande om ugen.

Figur 8.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med astma, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

8.6 Litteratur

1. Lægehåndbogen. Astma [Internet]. Lægehåndbogen; sundhed.dk. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/astma/>
2. Astma-Allergi Danmark. Hvad er astma? [Internet]. Astma-Allergi Danmark. 2022 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.astma-allergi.dk/viden-om/astma/hvad-er-astma/>
3. Lungeforeningen. Hvad er astma? [Internet]. Lungeforeningen. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.lunge.dk/astma/viden-hvad-er-astma>
4. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Allergi

Indledning

Allergi er en overreaktion i immunsystemet, hvor det reagerer unormalt eller for kraftigt imod ellers harmløse stoffer (allergener) i omgivelserne (1). Allergi omfatter bl.a. høfeber (allergisk rhinitis) og fødevareallergi med symptomer fra f.eks. næse, øjne, hud samt mave-/tarmsystemet (1-3). Typiske faktorer, som udløser høfeber, er husstøvmider, pollen, hudskæl fra kæledyr og sporer fra skimmelsvampe, mens fødevareallergi f.eks. ses over for skaldyr, mælkeproteiner og nødder (1-3). I Region Hovedstaden var forekomsten af allergi 31 % i 2021 (Figur 2.2). Forekomsten var højere blandt kvinder end blandt mænd, og på tværs af alder var den laveste forekomst blandt de 80+ årige (4).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentialer blandt borgere med allergi i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med allergi er beskrevet i Bilag A ('Allergi'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdsændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdsændring (Bilag E).

9.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har næsten en tredjedel af borgerne med allergi samtidig én eller flere registerbaserede kroniske sygdomme (31,9 %) (Tabel 9.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med allergi, er: astma, som ses hos hver ottende borger med allergi, depression, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes og angst. For depression, KOL og angst er forekomsten lidt højere blandt borgere med allergi end blandt borgere i regionen som helhed, mens den for astma er dobbelt så høj. Omvendt er forekomsten af diabetes lavere blandt borgere med allergi sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med allergi og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med allergi i højere grad har astma, depression, KOL og angst (resultater ikke vist). For diabetes er der ikke forskel mellem borgere med allergi og regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med allergi er ikke statistisk signifikant ændret i perioden 2013 til 2021 (Tabel 9.1). Dette kan sammenholdes med, at andelen af borgere med allergi, som også har astma eller KOL, er uændret i perioden 2013 til 2021. Det ses desuden, at andelen af borgere med allergi, som også har depression, er faldet fra 2013 til 2021, hvor faldet er sket fra 2017 til 2021. Omvendt ses blandt borgere med allergi, at forekomsten af angst er steget gradvist fra 2013 til 2021, og forekomsten af diabetes er steget fra 2017 til 2021.

Udviklingen over tid for disse fem kroniske sygdomme blandt borgere med allergi stemmer i de fleste tilfælde overens med den generelle udvikling for sygdommene blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). For KOL ses imidlertid i regionen som helhed en stigning i forekomsten over tid, hvilket ikke ses blandt borgere med allergi, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 9.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med allergi

Sygdom (andel i Region H)	2021 %		Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	31,9		140.500	31,2	31,8
Astma (6,1 %)	12,6	 *	55.300	12,6	13,1
Depression (6,4 %)	6,7	 *	29.300	7,5 [#]	7,9 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	6,2	 *	27.400	5,8	5,8
Diabetes (5,3 %)	4,7	 *	20.700	4,1 [#]	4,5
Angst (3,6 %)	3,8	 *	16.500	3,2 [#]	2,4 [#]
					

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med allergi (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

9.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med allergi generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 9.2). Det er især andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, der er større blandt borgere med allergi sammenlignet med alle borgere i regionen. Således er 35 % af borgere med allergi meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet (Region H: 29 %), svarende til 151.300 personer. Blandt borgere med allergi ses også en større andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, har lav score på den fysiske og den mentale helbredsskala samt en større andel med ensomhed og høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med allergi og i regionen som helhed, ses fortsat dårligere fysisk og mental sundhed blandt borgere med allergi (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med allergi den mindste andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og har lav score på fysisk helbredsskala.

Udvikling: For flere af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses en stigning i forekomsten blandt borgere med allergi i perioden 2013 til 2021 (Tabel 9.2). Således er der sket en stigning i forekomsten af lav score på den mentale helbredsskala fra 14 % i 2013 til 22 % i 2021, hvor stigningen især er sket fra 2017 til 2021, og en gradvis stigning i forekomsten af høj score på stressskalaen fra 25 % i 2013 til 34 % i 2021. Der er ligeledes sket en stigning i andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, fra 31 % i 2013 til 35 % i 2021, hvor stigningen dog er sket fra 2017 til 2021. Fra 2017 til 2021 ses ligeledes en stigning i forekomsten af ensomhed fra 10 % til 15 % (blev ikke målt i 2013). Der ses ikke statistisk signifikante forskelle mellem andelen i hhv. 2013, 2017 og 2021 blandt borgere med allergi for andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet (ikke målt i 2013), mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på den fysiske helbredsskala.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med allergi følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses imidlertid en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, hvilket ikke ses blandt borgere med allergi, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 9.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med allergi

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	6 *	26.100	6	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	18 *	80.500	18	17
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	35 *	151.300	32 [#]	31 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	11 *	44.200	11	10
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	22 *	91.700	16 [#]	14 [#]
Ensomhed (13 %)	15 *	65.900	10 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	34 *	147.100	29 [#]	25 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

9.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 er forekomsten af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med allergi i nogle tilfælde højere, i nogle tilfælde lavere og i nogle tilfælde på samme niveau som blandt borgere i regionen som helhed (Tabel 9.3). Således er andelen af borgere med allergi, som hhv. har svær overvægt og er meget generet af søvnproblemer, større end andelen i regionen samlet set. Dette ses især for søvnproblemer, hvor forekomsten er 18 % blandt borgere med allergi (Region H: 14 %), svarende til 77.800 personer. Omvendt ses det, at forekomsten af daglig rygning og alkoholindtag på over 10 genstande om ugen er lidt lavere blandt borgere med allergi sammenlignet med regionen som helhed. For usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet i fritiden er andelen på samme niveau blandt borgere med allergi og borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med allergi og i regionen som helhed, ses samme tendenser for de fleste af indikatorerne for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist). For alkoholindtag over 10 genstande om ugen og lav fysisk aktivitet i fritiden ses imidlertid ændring i forskellen mellem grupperne, når der tages højde for alder og køn: For alkoholindtag over 10 genstande om ugen ses ikke længere signifikant forskel mellem borgere med allergi og borgere i regionen som helhed, mens borgere med allergi i

lidt højere grad har lav fysisk aktivitet i fritiden end borgere i regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med allergi i den lave ende med hensyn til andelen, som ryger dagligt, har usundt kostmønster, har lav fysisk aktivitet i fritiden, har svær overvægt og er meget generet af søvnproblemer.

Udvikling: For lidt over halvdelen af indikatorerne for u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en stigning i forekomsten i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med allergi (Tabel 9.3). Stigningen fra 2013 til 2021 er sket gradvist for andelen, som har usundt kostmønster, har svær overvægt og er meget generet af søvnproblemer, mens den for andelen med lav fysisk aktivitet i fritiden er sket fra 2013 til 2017. Omvendt er andelen, som ryger dagligt og andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, faldet fra 2013 til 2021. For daglig rygning er faldet sket fra 2017 til 2021, mens det for alkoholindtag over 10 genstande om ugen er sket gradvist.

Udviklingen over tid i indikatorer for u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med allergi følger den generelle udvikling blandt borgerne i regionen samlet set (Figur 2.4).

Tabel 9.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med allergi

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	12  *	51.500	14 [#]	14 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	17  *	72.600	20 [#]	23 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	14 	58.700	11 [#]	9 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	18 	77.500	19	16 [#]
Svær overvægt (15 %)	16  *	67.700	14 [#]	12 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	18  *	77.800	17 [#]	14 [#]
				

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

9.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

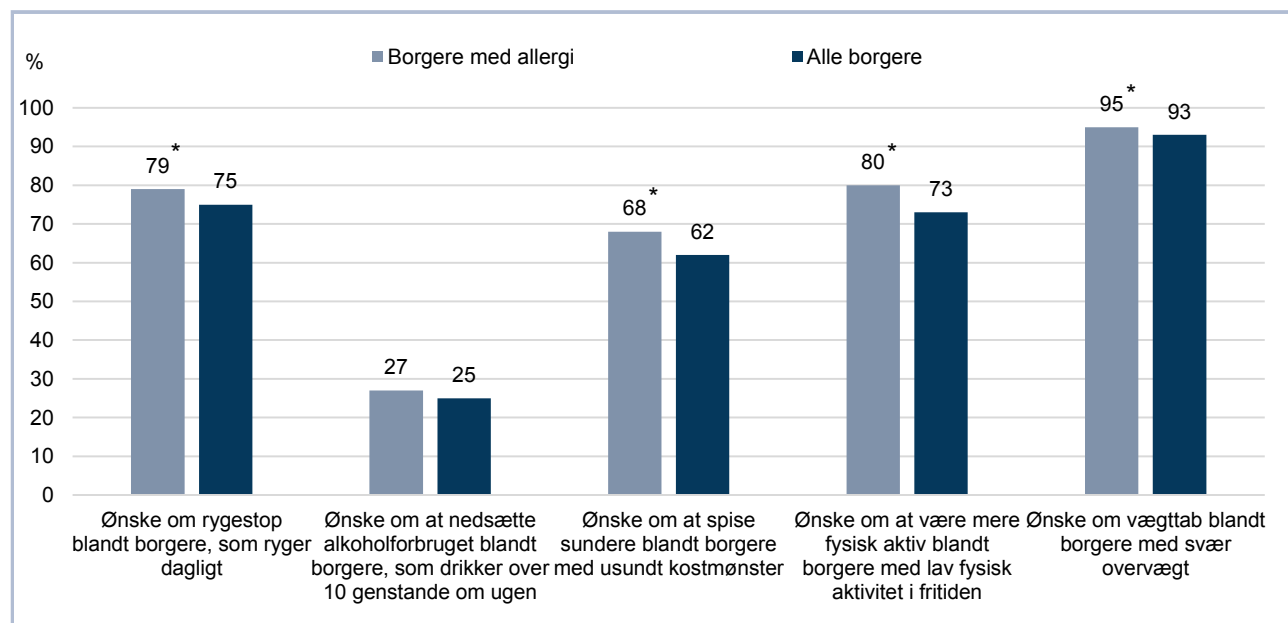
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med allergi sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med allergi og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 9.1). Især er andelen stor for ønske om vægttab, som næsten alle borgere med allergi og svær overvægt ønsker (95 %), mens der også ses en stor andel, som ønsker at stoppe med at ryge (79 %), at spise sundere (68 %) og at være mere fysisk aktive (80 %) blandt borgere med hhv. daglig rygning, usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet i fritiden. En undtagelse ses for borgere med allergi og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 27 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med allergi i de fleste tilfælde en større andel, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 9.1). Der ses f.eks. forskel for ønske om at være mere fysisk aktiv blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, hvor andelen blandt borgere med allergi er 80 %, mens den for regionen samlet set er 73 %. For ønske om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, ses ikke statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med allergi i den høje ende med hensyn til andelen, som ønsker hhv. at stoppe med at ryge blandt borgere, som ryger dagligt, at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, at være mere fysisk aktiv blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden og at tabe sig blandt borgere med svær overvægt.

Figur 9.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med allergi, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

9.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

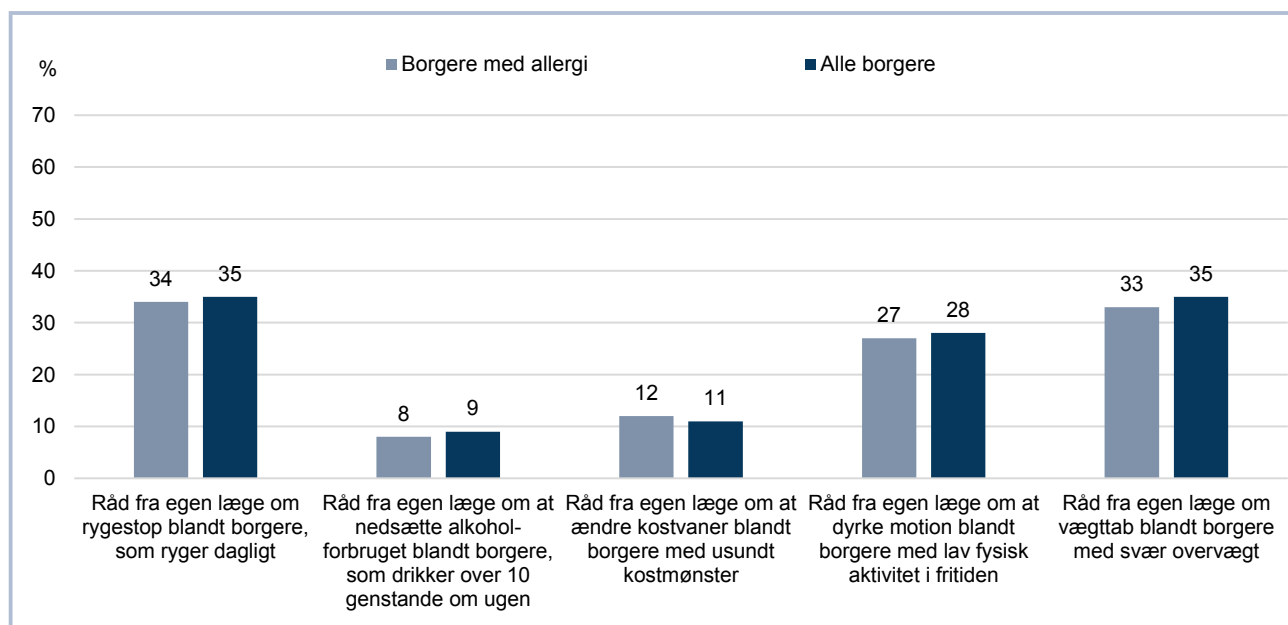
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med allergi sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Der ses betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med allergi og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 9.2). Således ses det, at omkring hver tredje borger med allergi, som hhv. ryger dagligt og har svær overvægt, er blevet rådet til at stoppe med at ryge (34 %) og at tabe sig (33 %), mens det kun er 8 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 12 % med et usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med allergi ikke forskel i andelen, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 9.2).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med allergi i den lave ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet af egen læge til hhv. at stoppe med at ryge blandt borgere, som ryger dagligt, at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster og at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden.

Figur 9.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med allergi, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

9.6 Litteratur

1. Astma-Allergi Danmark. Hvad er allergi? [Internet]. Astma-Allergi Danmark. 2022 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.astma-allergi.dk/viden-om/allergi/hvad-er-allergi/>
2. Lægehåndbogen. Allergisk rhinitis (høfeber) [Internet]. Lægehåndbogen; sundhed.dk. 2023 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/tilstande-og-sygdomme/naese-og-bihuler/allergisk-rhinitis-hoefeber/>
3. Lægehåndbogen. Fødevareoverfølsomhed [Internet]. Lægehåndbogen; sundhed.dk. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/mave-tarm/tilstande-og-sygdomme/tyndtarm/foedevareoverfoelsomhed/>
4. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kapitel 10

Inflammatorisk ledsygdom

Indledning

Inflammatorisk ledsygdom er i Sundhedsprofil 2021 en fællesbetegnelse for en række sygdomme, f.eks. leddegigt, psoriasisgigt og urinsyregigt. Sygdommene er alle kendetegnet ved at være en betændelsestilstand i kroppens led (1). I Region Hovedstaden var forekomsten af inflammatorisk ledsygdom 1,7 % i 2021 (Figur 2.1). Forekomsten steg med alderen og var samlet set lidt højere blandt kvinder end blandt mænd (2).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelse.

sespotentiale blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med inflammatorisk ledsygdom er beskrevet i Bilag A ('Inflammatorisk ledsygdom'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdsændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdsændring (Bilag E).

10.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har lidt over halvdelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (52,3 %) (Tabel 10.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med inflammatorisk ledsygdom, er: diabetes, knogleskørhed, hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og astma. Forekomsten af alle fem sygdomme er højere blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set. Den største forskel ses for knogleskørhed, hvor forekomsten er næsten fem gange større hos borgere med inflammatorisk ledsygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

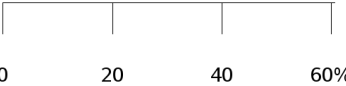
Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med inflammatorisk ledsygdom i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set.

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom er uændret siden 2013 (Tabel 10.1). Imidlertid ses der et gradvist fald siden 2013 i andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom, som også har knogleskørhed eller som også har hjertesygdom. Borgere med inflammatorisk ledsygdom, som også har hhv. diabetes, KOL eller astma, er uændret siden 2013.

Udviklingen over tid for disse fem kroniske sygdomme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom stemmer i de fleste tilfælde overens med den generelle udvikling for sygdommene blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). Dog ses der en lille stigning i forekomsten af knogleskørhed i Region Hovedstaden siden 2013, hvor tendensen således er modsat blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom.

Tabel 10.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	52,3 	13.800	52,3	52,6
Diabetes (5,3 %)	14,0  *	3.700	14,0	13,6
Knogleskørhed (2,7 %)	12,7  *	3.400	13,3 [#]	13,6 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	12,2  *	3.200	14,0 [#]	14,7 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	10,9  *	2.900	10,9	10,5
Astma (6,1 %)	10,3  *	2.700	10,1	10,2



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

10.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med inflammatorisk ledsygdom generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 10.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er markant større blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 42 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 11.800 personer, mens 34 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 8.700 personer. Der er således tale om næsten tre til fire gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom ses også en større andel, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet sammenlignet med regionen som helhed. Andelen med lav score på den mentale helbredsskala og høj score på stressskalaen er dog kun lidt større end andelen i regionen samlet set. Samtidig ses det, at forekomsten af ensomhed blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom ikke er forskellig fra forekomsten i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for stort set alle indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist). For ensomhed ses imidlertid en forskel mellem grupperne, således at borgere med inflammatorisk ledsygdom i højere grad har ensomhed sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med inflammatorisk ledsygdom i den høje ende med hensyn til forekomst af mindre godt eller dårligt

selv vurderet helbred, meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og lav score på fysisk helbredsskala.

Udvikling: For tre ud af syv af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses en signifikant stigning i forekomsten blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom siden 2013 (Tabel 10.2). Stigningen ses dog udelukkende mellem 2017 og 2021. Således er andelen med lav score på mental helbredsskala steget fra 15 % til 22 % fra 2017 til 2021 og andelen med ensomhed er steget fra 8 % til 14 % (ensomhed blev ikke målt i 2013). For andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, ses først et signifikant fald fra 2013 til 2017 efterfulgt af en stigning fra 2017 til 2021, hvilket betyder, at forekomsten er på samme niveau i 2021 som i 2013 (57 %).

Der ses et fald i andelen med lav score på fysisk helbredsskala fra 2013 til 2021, hvor andelen i perioden er faldet fra 41 % til 34 %. Der ses ikke statistisk signifikante ændringer fra 2013 til 2021 blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom for andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og høj score på stressskalaen.

Udviklingen over tid blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom følger for fire ud af syv indikatorer den generelle udvikling blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). Dog ses en lidt anden udvikling for indikatorerne mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, lav score på fysisk helbredsskala og meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom sammenlignet med regionen som helhed, da der i regionen ses en stigning for alle indikatorer på fysisk og mental sundhed siden 2013. Især er det værd at bemærke, at der for indikatoren lav score på fysisk helbredsskala ses et fald blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom.

Tabel 10.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	10 *	2.600	10	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	42 *	11.800	42	46
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	57 *	15.400	51 [#]	57
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	34 *	8.700	37	41 [#]
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	22 *	5.700	15 [#]	18
Ensomhed (13 %)	14	3.700	8 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	34 *	8.900	30	31

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

10.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med inflammatorisk ledsygdom generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 10.3). Især er andelen af borgere med søvnproblemer større blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 23 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 6.300 personer. Der ses også en større andel som har svær overvægt og lav fysisk aktivitet i fritiden. Således har 23 % svær overvægt (Region H: 15 %), svarende til 6.200 personer og 27 % har lav fysisk aktivitet i fritiden (Region H: 18 %), svarende til 7.000 personer. Disse forskelle svarer til ca. halvdelen gange større andele blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom end for regionen samlet set. Kun en lidt større andel med inflammatorisk ledsygdom har usundt kostmønster (18 %) end i Region Hovedstaden (14 %), mens der ikke ses signifikant forskel, hvad angår daglig rygning og ugentligt alkoholindtag over 10 genstande.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist).

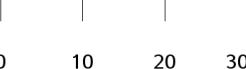
Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med inflammatorisk ledsygdom i den lave ende med hensyn til forekomst af rygning.

Udvikling: For to ud af de seks indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en stigning i andelen blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom i perioden 2013 til 2021 (Tabel 10.3). Det drejer sig om borgere med inflammatorisk ledsygdom, som har usundt kostmønster, hvor andelen er steget fra 12 % i 2013 til 18 % i 2021 med størst stigning mellem 2013 og 2017. Derudover er andelen af borgere med inflammatorisk ledsygdom og svær overvægt steget fra 19 % i 2013 til 23 % i 2021. Modsat ses et signifikant fald i andelen, som ryger dagligt blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom. Her er andelen faldet fra 19 % i 2013 til 13 % i 2021. For de resterende indikatorer (ugentligt alkoholindtag over 10 genstande om ugen, lav fysisk aktivitet i fritiden og meget generet af søvnproblemer) ses ikke statistisk signifikante ændringer i andelen i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom.

Udviklingen over tid for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom følger i høj grad den generelle udvikling for flere af disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.4). I regionen som helhed ses for daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden dog først en stigning i forekomsten fra 2013 til 2017 og derefter et fald fra 2017 til 2021, og for andelen med et alkoholindtag på 10 genstande om ugen ses et gradvist fald over hele perioden fra 2013 til 2021. Disse udviklingstendenser adskiller sig således hos borgere med inflammatorisk ledsygdom.

Tabel 10.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	13 	3.400	15	19 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	18 	4.700	20	20
Usundt kostmønster (14 %)	18  *	4.700	16	12 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	27  *	7.000	29	29
Svær overvægt (15 %)	23  *	6.200	20	19 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	23  *	6.300	21	19



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

10.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

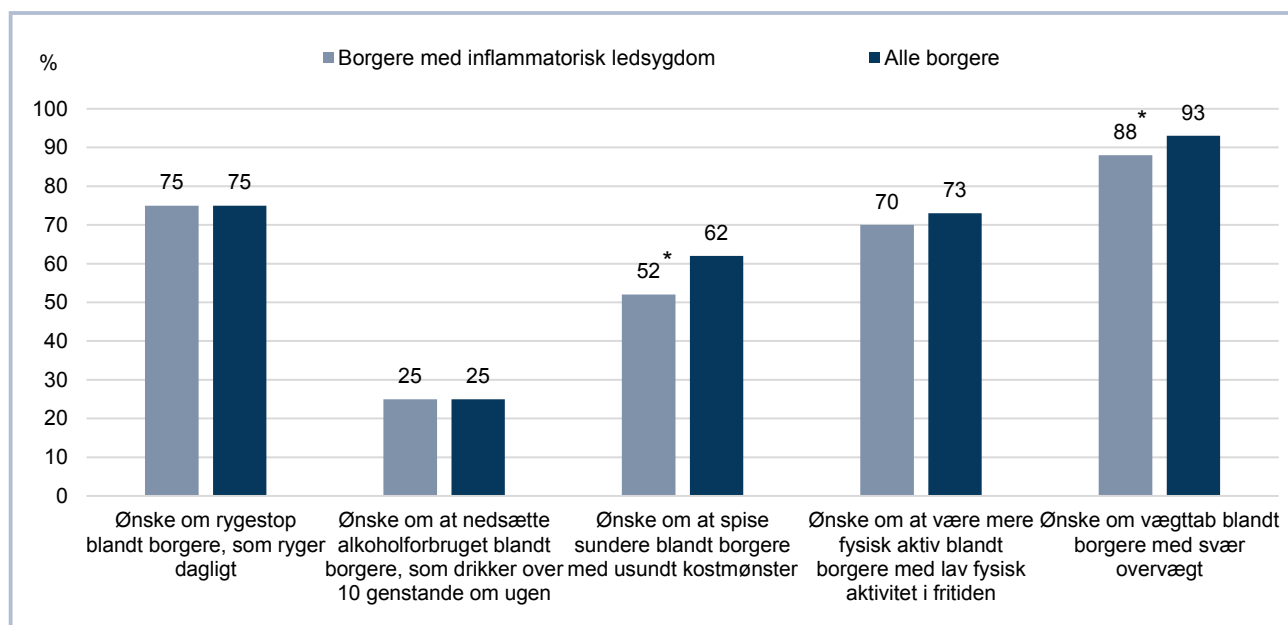
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med inflammatorisk ledsygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 10.1). Således er der f.eks. 75 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge og 88 % med svær overvægt, der ønsker at tabe sig. Modsat er det kun 25 % af borgere med inflammatorisk ledsygdom med et ugentligt alkoholindtag på over 10 genstande, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses dog en mindre andel af borgere med inflammatorisk ledsygdom, som ønsker at spise sundere og som ønsker vægttab blandt borgere med usundt kostmønster eller svær overvægt. Især ses en stor forskel for ønske om at spise sundere, hvor andelen blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom og usundt kostmønster er 52 %, mens den for regionen samlet set er 62 %. For de resterende tre indikatorer; ønske om rygestop, ønske om at nedsætte alkoholforbrug og ønske om at være mere fysisk aktiv, ses der ikke signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med inflammatorisk ledsygdom hverken i den høje eller lave ende med hensyn til andelen, som har ønske om adfærdsændring.

Figur 10.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

10.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

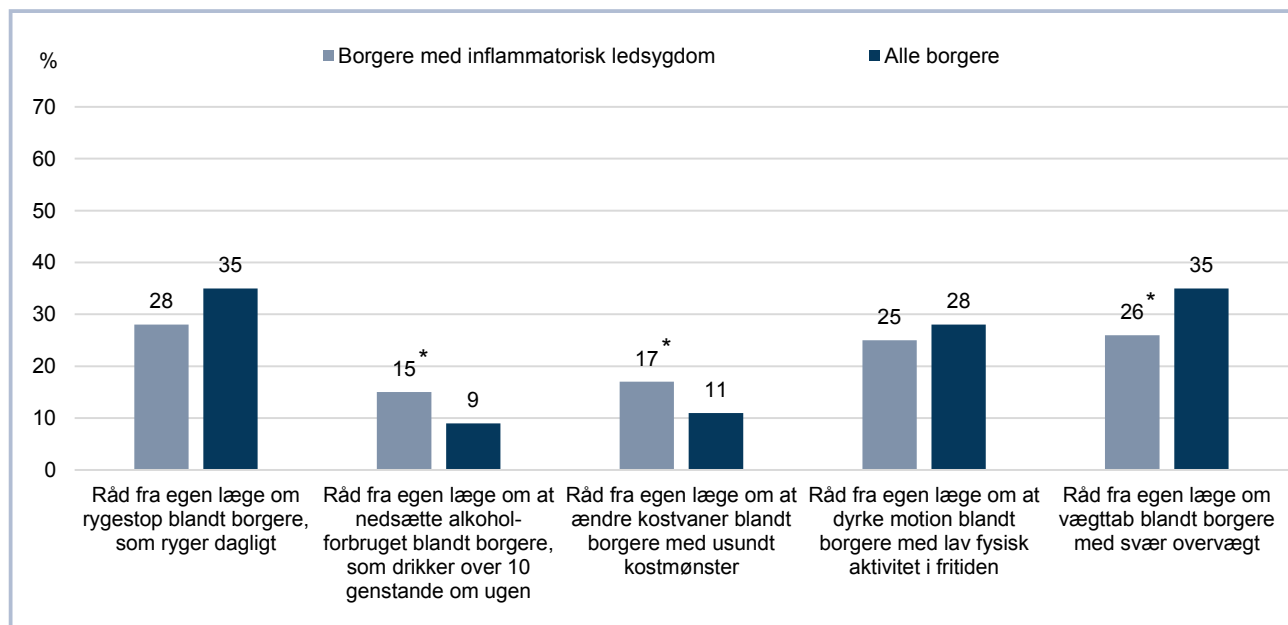
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Der ses lidt variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med inflammatorisk ledsygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 10.2). Således ses det, at omkring hver fjerde borger med inflammatorisk ledsygdom, som hhv. ryger dagligt, har lav fysisk aktivitet i fritiden eller svær overvægt, er blevet rådet til rygestop (28 %) at dyrke motion (25 %) eller at tabe sig (26 %). Derimod er andelen mindre for råd om at nedsætte alkoholforbruget (15 %) og råd om at ændre kostvaner (17 %) blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom som hhv. har et ugentligt alkoholindtag på mere end 10 genstande og har et usundt kostmønster.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses det for borgere med inflammatorisk ledsygdom, at en højere andel er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget (borgere med inflammatorisk ledsygdom: 15 %, Region H: 9 %) og en højere andel er blevet rådet til at ændre kostvaner (borgere med inflammatorisk ledsygdom: 17 %, Region H: 11 %). Modsat er en mindre andel af borgere med inflammatorisk ledsygdom blevet rådet til vægttab (26 %) sammenlignet med borgere i regionen samlet set (35 %). For råd om rygestop og råd om at dyrke motion ses der ikke signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med inflammatorisk ledsygdom i den høje ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med et ugentligt alkoholindtag over 10 genstande og med hensyn til at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, men omvendt i den lave ende, hvad angår råd om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt, råd om at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden og råd om vægttab blandt borgere med svær overvægt.

Figur 10.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med inflammatorisk ledsygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

10.6 Litteratur

1. Jensen MP, Böcher S. Inflammatoriske reumatiske sygdomme [Internet]. medicin.dk. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318391>

2. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kapitel 11

Slidgigt

Indledning

Slidgigt – også kaldet artrose – er en degenerativ ledsygdom, som kendetegnes ved en svigtende ledfunktion, fordi brusken i leddet og knoglerne omkring leddet gradvist nedbrydes (1). Symptomer på slidgigt er smerter, ømme og stive led samt knasen og skurren i leddene. Sygdommen kan være mild og stort set ikke påvirke borgerens dagligdag, eller den kan være svær og påvirke funktionsevne, bevægelighed, arbejdsevne og livskvalitet (2). I Region Hovedstaden var forekomsten af slidgigt 19 % i 2021 (Figur 2.2). Forekomsten var højere blandt kvinder end blandt mænd og steg med alderen (3).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelses-potentiale blandt borgere med slidgigt i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med slidgigt er beskrevet i Bilag A ('Slidgigt'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdssændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdssændring (Bilag E).

11.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har næsten hver anden borger med slidgigt samtidig én eller flere registerbaserede kroniske sygdomme (49,4 %) (Tabel 11.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med slidgigt, er: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes, astma, depression og hjertesygdom. Forekomsten af alle fem sygdomme er halvdelen til to en halv gange højere blandt borgere med slidgigt sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med slidgigt og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med slidgigt i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set.

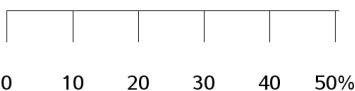
Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med slidgigt er steget gradvist fra 45,9 %

i 2013 til 49,4 % i 2021 (Tabel 11.1). Den stigning i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med slidgigt, som også har hhv. KOL, diabetes eller astma, er steget i samme periode. For KOL er stigningen sket fra 2013 til 2017, mens den for astma er sket fra 2017 til 2021. Omvendt er andelen af borgere med slidgigt, som også har depression, faldet siden 2013, mens andelen af borgere med slidgigt og hjertesygdom ikke er statistisk signifikant ændret siden 2013.

For fire af de fem kroniske sygdomme stemmer udviklingen over tid blandt borgere med slidgigt overens med den generelle udvikling blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). For hjertesygdom ses der imidlertid i regionen samlet set et fald fra 2013 til 2021, mens der blandt borgere med slidgigt ikke ses en signifikant ændring i denne periode.

Tabel 11.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med slidgigt

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	49,4	133.600	47,6 [#]	45,9 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	11,5	31.200	10,7	9,5 [#]
Diabetes (5,3 %)	11,0	29.700	10,6	9,8 [#]
Astma (6,1 %)	10,4	28.200	9,2 [#]	8,9 [#]
Depression (6,4 %)	10,0	27.200	10,6	11,3 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	9,2	25.000	9,7	9,9



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med slidgigt (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

11.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med slidgigt generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 11.2). Det er især andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er større blandt borgere med slidgigt sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 28 % af borgere med slidgigt lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 67.600 personer. Derudover er andelen af borgere med slidgigt, som har hhv. mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, dobbelt så stor sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Således har 32 % af borgere med slidgigt mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 86.300 personer og 57 % er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet (Region H: 29 %), svarende til 150.800 personer. Andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet og høj score på stressskalaen er ligeledes større blandt borgere med slidgigt end blandt alle borgere i regionen. Derimod er forekomsten af ensomhed og lav score på mental helbredsskala blandt borgere med slidgigt ikke signifikant forskellig fra forekomsten i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med slidgigt og i regionen som helhed, ses samme tendenser for stort set alle indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist). For lav score på mental helbredsskala og ensomhed ses imidlertid en forskel mellem grupperne, således at borgere med slidgigt i højere grad har lav score på mental helbredsskala og ensomhed sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med slidgigt i den høje ende med hensyn til andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, men omvendt i den lave ende, hvad angår andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, lav score på mental helbredsskala og ensomhed.

Udvikling: For flere af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses en stigning i forekomsten blandt borgere med slidgigt i perioden 2013 til 2021, hvor stigningen primært er sket fra 2017 til 2021 (Tabel 11.2). Fra 2017 til 2021 er andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, således steget fra 54 % til 57 %, andelen med lav score på mental helbredsskala er steget fra 15 % til 18 %, og andelen med ensomhed er steget fra 8 % til 12 % (sidstnævnte blev ikke målt i 2013). For høj score på stressskalaen er forekomsten derimod steget gradvist fra 27 % i 2013 til 34 % i 2021. Der ses ikke statistisk signifikante forskelle mellem hhv. 2013, 2017 og 2021 blandt borgere med slidgigt for andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet (ikke målt i 2013), mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på den fysiske helbredsskala.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med slidgigt følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses imidlertid en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, hvilket ikke ses blandt borgere med slidgigt, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 11.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med slidgigt

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	8 *	20.300	8	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	32 *	86.300	33	31
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	57 *	150.800	54 [#]	54 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	28 *	67.600	28	27
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	18	45.000	15 [#]	15 [#]
Ensomhed (13 %)	12	31.700	8 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	34 *	88.000	30 [#]	27 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

11.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med slidgigt generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 11.3). Det ses blandt andet, at andelen, som har svær overvægt og andelen, som er meget generet af søvnproblemer, er ca. halvdelen gang større blandt borgere med slidgigt sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 24 % af borgere med slidgigt svær overvægt (Region H: 15 %), svarende til 62.000 personer, og 20 % er meget generet af søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 54.700 personer. Der ses også en lidt større andel af borgere med slidgigt, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, som drikker over 10 genstande om ugen, og som har usundt kostmønster sammenlignet med borgere i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med slidgigt og i regionen som helhed, ses samme tendenser for de fleste indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist). For ugentligt alkoholindtag over 10 genstande, ses imidlertid en ændring, således at der ikke længere er forskel mellem de to grupper, når der tages højde for alder og køn.

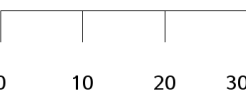
Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med slidgigt i den høje ende med hensyn til forekomst af alkoholindtag over 10 genstande om ugen og svær overvægt, men omvendt i den lave ende, hvad angår forekomst af usundt kostmønster.

Udvikling: For mere end halvdelen af indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en signifikant stigning i andelen blandt borgere med slidgigt i perioden 2013 til 2021 (Tabel 11.3). F.eks. er usundt kostmønster steget fra 11 % i 2013 til 15 % i 2021 og svær overvægt er steget fra 20 % i 2013 til 24 % i 2021. For usundt kostmønster og meget generet af søvnproblemer er stigningen sket fra 2013 til 2017. Omvendt ses blandt borgere med slidgigt et fald i andelen, som ryger dagligt og som drikker over 10 genstande om ugen. For begge indikatorer er faldet sket fra 2017 og 2021.

Udviklingen over tid i sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med slidgigt følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.4).

Tabel 11.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med slidgigt

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	15  *	39.500	18 [#]	17 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	21  *	53.000	22 [#]	23 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	15  *	39.400	14	11 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	24  *	61.900	24	22 [#]
Svær overvægt (15 %)	24  *	62.000	22 [#]	20 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	20  *	54.700	21	17 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

11.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

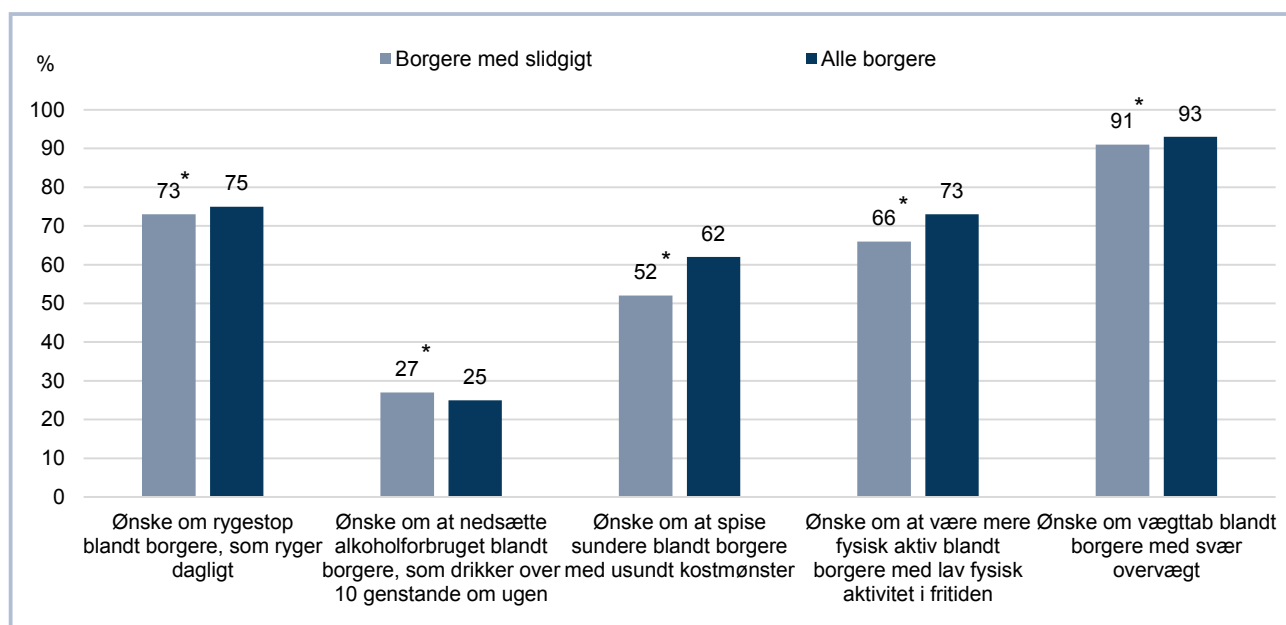
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med slidgigt sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med slidgigt og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 11.1). Således er der f.eks. 73 % af borgere med slidgigt, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge og 91 % med svær overvægt, der ønsker at tabe sig. Det er også mere end hver anden borger med slidgigt og hhv. usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet, som ønsker at spise sundere og være mere fysisk aktiv. Derimod er det kun hver fjerde borger med slidgigt og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med slidgigt generelt en mindre andel, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 11.1). Den største forskel ses for ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, hvor andelen hos borgere med slidgigt er 52 %, mens den for regionen samlet set er 62 %. Det ses derimod, at blandt borgere med alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, er andelen som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug signifikant højere blandt borgere med slidgigt (27 %) end blandt borgere i regionen samlet set (25 %).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med slidgigt hverken i den høje eller lave ende med hensyn til ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

Figur 11.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med slidgigt, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

11.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

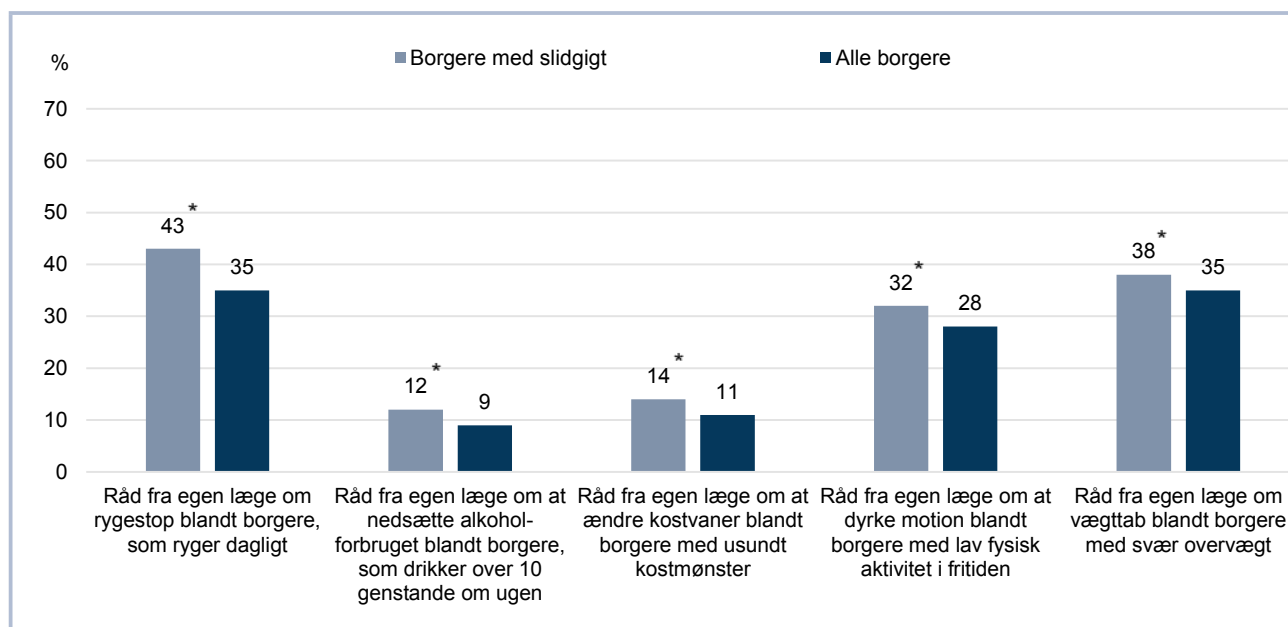
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med slidgigt sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med slidgigt og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 11.2). Således ses det, at 43 % af borgere med slidgigt, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop, og 38 % af borgere med slidgigt og svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig, mens det kun er 12 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 14 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med slidgigt generelt en større andel, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 11.2). Især ses en stor forskel for råd om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt (borgere med slidgigt: 43 %, Region H: 35 %). Der ses også en større andel blandt borgere med slidgigt sammenlignet med regionen som helhed for andelen, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, spise sundere, dyrke motion og tabe sig.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med slidgigt hverken i den høje eller lave ende med hensyn til råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

Figur 11.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med slidgigt, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

11.6 Litteratur

1. Gigtforeningen. Slidgigt – artrose – årsager, symptomer og behandling [Internet]. Gigtforeningen. 2022 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.gigtforeningen.dk/viden-om-gigt/diagnoser/slidgigt/>
2. Flachs EM, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhedsstyrelsen; 2015.
3. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kapitel 12

Rygsygdom

Indledning

Rygssygdom omfatter flere forskellige diagnoser som diskusprolaps, hold i ryggen (lumbago/myoser), skæv ryg, slidgigt i ryggen og andre typer af rygsmerter (1). I Region Hovedstaden var forekomsten af rygssygdom 13 % i 2021 (Figur 2.2). Forekomsten var lidt højere blandt kvinder end blandt mænd og steg med alderen (2).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyg-

gelsespotentiale blandt borgere med rygssygdom i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med rygssygdom er beskrevet i Bilag A ('Rygssygdom'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdss ændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdss ændring (Bilag E).

12.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har lidt under halvdelen af borgerne med rygssygdom samtidig én eller flere registerbaserede kroniske sygdomme (44,0 %) (Tabel 12.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med rygssygdom, er: depression, som ses hos hver tiende borger med rygssygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma, diabetes og hjertesygdom. Forekomsten af de fem sygdomme er mellem halvanden gang og dobbelt så høj blandt borgere med rygssygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med rygssygdom og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med rygssygdom i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med rygssygdom er steget gradvist

fra 39,2 % i 2013 til 44,0 % i 2021 (Tabel 12.1). Den stigning i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med rygssygdom, som også har KOL eller diabetes, er steget i samme periode. For KOL er forekomsten steget fra 2017 til 2021, mens den for diabetes er steget fra 2013 til 2017. Derudover ses det, at andelen af borgere med rygssygdom, som også har depression, astma eller hjertesygdom, ikke er ændret signifikant i perioden fra 2013 til 2021.

For tre af de fem kroniske sygdomme stemmer udviklingen over tid blandt borgere med rygssygdom overens med den generelle udvikling blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). Det drejer sig om KOL, astma og diabetes. For depression og hjertesygdom ses der imidlertid i regionen samlet set et fald fra 2013 til 2021, hvilket ikke ses blandt borgere med rygssygdom, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 12.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med rygssygdom

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	44,0 	78.800	41,7 [#]	39,2 [#]
Depression (6,4 %)	10,6  *	19.000	10,8	11,3
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	10,4  *	18.600	9,2 [#]	8,4 [#]
Astma (6,1 %)	9,8  *	17.500	9,2	8,9
Diabetes (5,3 %)	8,6  *	15.500	8,4	7,0 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	7,7  *	13.800	7,6	7,6



0 10 20 30 40 50%

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med rygssygdom (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

12.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med rygsgygdom generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 12.2). Det er især andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er markant større blandt borgere med rygsgygdom sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 29 % af borgere med rygsgygdom lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 47.700 personer. Der er således tale om tre gange så stor en andel sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med rygsgygdom ses også en større andel, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, som har lav score på den mentale helbredsskala, som har ensomhed, og som har en høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med rygsgygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med rygsgygdom (og borgere med kroniske smerter)

den største andel, der er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet.

Udvikling: For fem ud af syv af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed er forekomsten blandt borgere med rygsgygdom steget i perioden 2013 til 2021 (Tabel 12.2). Således er andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred steget fra 34 % i 2013 til 36 % i 2021, og andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, er steget fra 61 % til 66 %. I begge tilfælde er stigningen sket fra 2013 til 2017. Andelen med lav score på den mentale helbredsskala og andelen med høj score på stressskalaen er steget gradvist i perioden 2013 til 2021, mens andelen med ensomhed er steget fra 2017 til 2021 (blev ikke målt i 2013). For dårlig eller meget dårlig livskvalitet ses ingen signifikant ændring siden 2017 (ikke målt i 2013), og tilsvarende ses der ingen signifikant ændring i lav score på fysisk helbredsskala mellem 2013 og 2021.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med rygsgygdom følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3).

Tabel 12.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med rygsgygdom

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	10 *	17.700	11	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	36 *	64.600	38	34 [#]
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	66 *	116.800	65	61 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	29 *	47.700	30	27
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	23 *	38.300	18 [#]	17 [#]
Ensomhed (13 %)	15 *	26.900	11 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	40 *	68.700	37 [#]	32 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

12.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med ryg sygdom generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 12.3). Især er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, større blandt borgere med ryg sygdom sammenlignet med alle borgere i regionen. Således er 24 % af borgerne med ryg sygdom meget generet af søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 42.100 personer. Der ses også en større andel af borgere med ryg sygdom, som ryger dagligt, har et usundt kostmønster, har lav fysisk aktivitet i fritiden, og som har svær overvægt sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Til gengæld ses det, at andelen af borgere med ryg sygdom, der drikker over 10 genstande om ugen, ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med ryg sygdom og i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist).

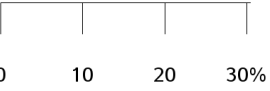
Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med ryg sygdom hverken i den høje eller lave ende med hensyn til uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer.

Udvikling: For fire ud af seks indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en stigning i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med ryg sygdom (Tabel 12.3). Dette gælder andelen, der har et usundt kostmønster, hvor stigningen er sket fra 2017 til 2021. Det gælder også andelen med lav fysisk aktivitet i fritiden, andelen med svær overvægt og andelen, som er meget generet af søvnproblemer; for disse to indikatorer er stigningen dog sket fra 2013 til 2017. Endelig er andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, faldet gradvist i perioden, mens andelen, der ryger dagligt, er faldet fra 2017 til 2021.

Udviklingen over tid for alle indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer følger generelt udviklingen i regionen som helhed (Figur 2.4).

Tabel 12.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med ryg sygdom

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	18  *	32.100	21 [#]	21 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	18  *	31.200	20 [#]	24 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	16  *	28.100	15 [#]	13 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	24  *	41.500	25	21 [#]
Svær overvægt (15 %)	22  *	38.700	21	17 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	24  *	42.100	23	19 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

12.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med ryg sygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

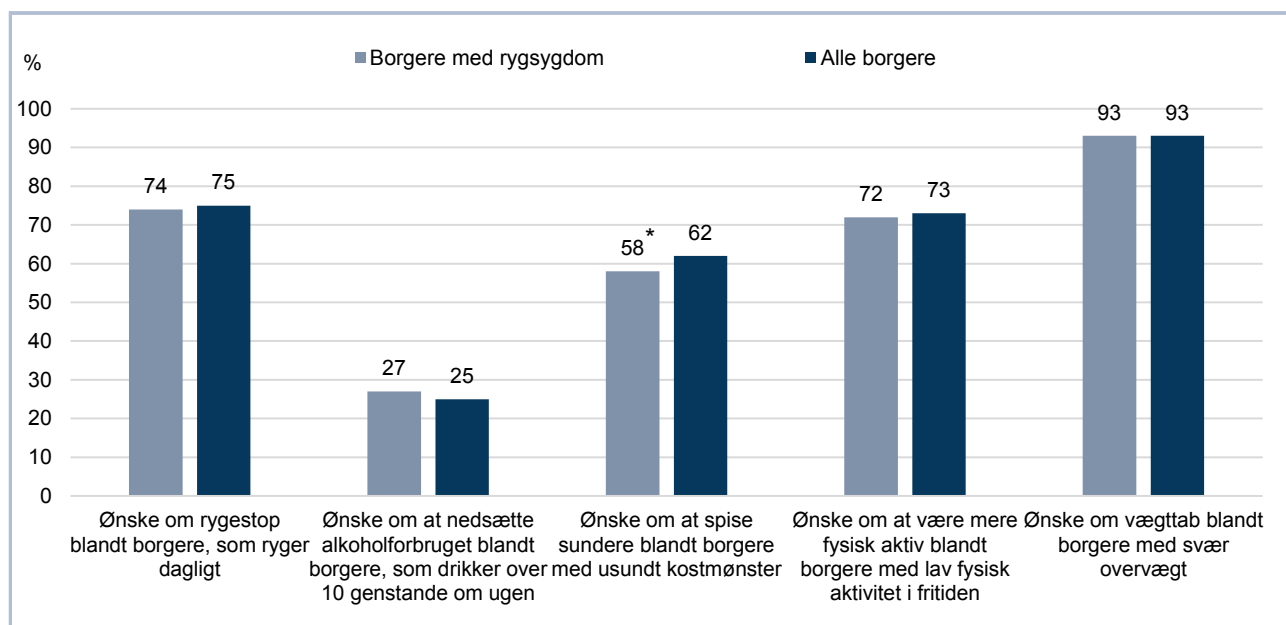
I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med ryg sygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 12.1). Blandt borgere med ryg sygdom, er andelen især stor for ønske om vægttab, som 93 % af borgerne med svær overvægt ønsker, men der også ses en stor andel, som ønsker at stoppe med at ryge (74 %) og ønsker at være mere fysisk aktive (72 %), blandt borgere med hhv. daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden. En undtagelse ses for borgere med ryg sygdom og alkoholindtag over 10

genstande om ugen, hvor kun 27 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med ryg sygdom ikke stor forskel i andelen, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 12.1). Det ses dog, at andelen, der har et ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, er en smule lavere for borgere med ryg sygdom (58 %) sammenlignet med regionen samlet set (62 %).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med ryg sygdom hverken i den høje eller lave ende med hensyn til ønske om adfærdsændring eller vægttab.

Figur 12.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med ryg sygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

12.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med ryg sygdom sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

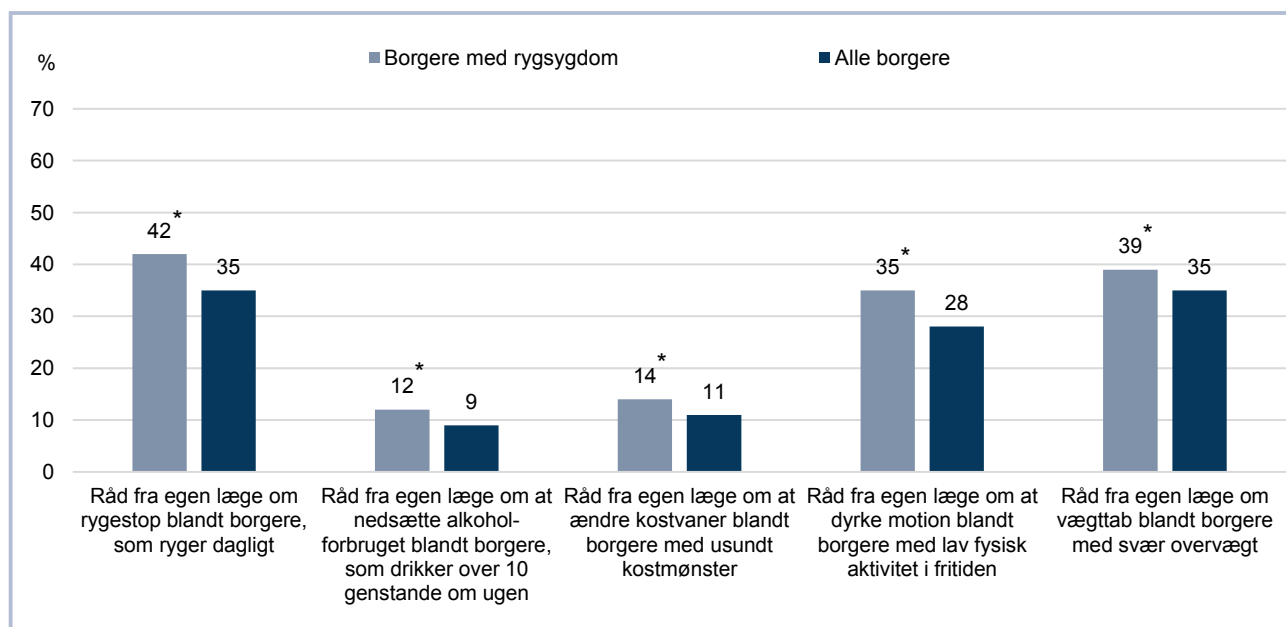
Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med ryg sygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 12.2). Således ses det, at lidt under halvdelen af borgerne med ryg sygdom, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop (42 %), og over en tredjedel af borgerne med lav fysisk aktivitet i fritiden og svær overvægt er blevet rådet til hhv. at dyrke motion (35 %) og at tabe sig (39 %). På den anden side ses det, at kun 12 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen

er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 14 % med usundt kostmønster er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med ryg sygdom i alle tilfælde en større andel, som er blevet rådet til adfærdsændring blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 12.2). De største forskelle ses for råd om rygestop blandt borgere med daglig rygning (borgere med ryg sygdom: 42 %, Region H: 35 %) og for råd om at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet (borgere med ryg sygdom: 35 %, Region H: 28 %).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med ryg sygdom i den høje ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet.

Figur 12.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med ryg sygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

12.6 Litteratur

1. Patienthåndbogen. Ryg og nakke sygdomme [Internet]. Patienthåndbogen; sundhed.dk. [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerne-og-nerver/sygdomme/ryg-og-nakke-sygdomme/>

2. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Knogleskørhed

Indledning

Knogleskørhed er en knoglesygdom, hvor knoglemassen er nedsat, og knoglernes struktur forringet. Dette medfører, at knoglerne bliver porøse, og risikoen for brud forøges. Der er ingen synlige ydre symptomer, og sygdommen opdages oftest først ved knoglebrud, ofte lænderyg-, hofte- eller underarmsbrud, der opstår ved mindre uheld eller lette fald (1, 2). I Region Hovedstaden var forekomsten af knogleskørhed 2,7 % i 2021 (Figur 2.1). Forekomsten var markant højere blandt kvinder end blandt mænd og steg med alderen (3).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentiale blandt borgere med knogleskørhed i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med knogleskørhed er beskrevet i Bilag A ('Knogleskørhed'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdssændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdssændring (Bilag E).

13.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har mere end halvdelen af borgerne med knogleskørhed samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (58,3 %) (Tabel 13.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med knogleskørhed, er: kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), som ses hos mere end hver sjette borger med knogleskørhed, astma, depression, kræft og hjertesygdom. Forekomsten af alle fem sygdomme er næsten dobbelt så høj eller højere blandt borgere med knogleskørhed sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

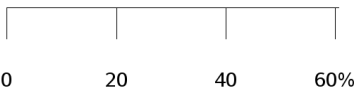
Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med knogleskørhed og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med knogleskørhed i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med knogleskørhed er steget fra 57,6 % i 2013 til 58,3 % i 2021; en stigning som er sket fra 2013 til 2017 (Tabel 13.1). Den stigning i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med knogleskørhed, som også har KOL eller kræft, er steget i samme periode. For både KOL og kræft er forekomsten steget gradvist over årene, men stigningen er især stor fra 2013 til 2017. Omvendt er andelen af borgere med knogleskørhed, som også har astma, depression eller hjertesygdom, faldet siden 2013; for depression og astma er faldet sket gradvist, mens det for kræft er sket fra 2017 til 2021.

For fire af de fem kroniske sygdomme stemmer udviklingen over tid blandt borgere med knogleskørhed overens med den generelle udvikling blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). For astma ses der imidlertid i regionen samlet set en mindre stigning fra 2013 til 2021, mens der blandt borgere med knogleskørhed ses et fald i samme periode.

Tabel 13.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med knogleskørhed

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	58,3	24.200	58,6	57,6 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	18,7	7.800	18,1 [#]	16,7 [#]
Astma (6,1 %)	13,0	5.400	13,7 [#]	14,1 [#]
Depression (6,4 %)	12,9	5.400	15,3 [#]	17,2 [#]
Kræft (3,7 %)	12,5	5.200	11,7 [#]	9,8 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	11,8	4.900	14,3 [#]	14,5 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med knogleskørhed (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

13.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med knogleskørhed generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 13.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er markant større blandt borgere med knogleskørhed sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 38 % af borgere med knogleskørhed et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 15.800 personer, mens 34 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 11.900 personer. Der er således tale om to til tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med knogleskørhed ses også en større andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, og som har en høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen som helhed. Samtidig ses det, at forekomsten af lav score på den mentale helbredsskala og ensomhed blandt borgere med knogleskørhed ikke er forskellig fra forekomsten i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med knogleskørhed og i regionen som helhed, ses samme tendenser for de fleste indikatorer for fysisk og mental sundhed (resultater ikke vist). For lav score på mental helbredsskala og ensomhed ses imidlertid en forskel mellem grupperne, således at borgere med knogleskørhed i højere grad har lav score på den mentale helbredsskala og ensomhed sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med knogleskørhed i den høje ende med hensyn til forekomst af lav score på den fysiske helbredsskala, men omvendt i den lave ende, hvad angår forekomst af lav score på den mentale helbredsskala, ensomhed og høj score på stressskalaen.

Udvikling: For lidt mere end halvdelen af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses ikke en statistisk signifikant ændring i forekomsten blandt borgere med knogleskørhed i perioden 2013 til 2021 (Tabel 13.2). Fra 2017 til 2021 ses imidlertid en stigning i andelen af borgere med knogleskørhed, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet fra 46 % til 49 %, som har lav score på den mentale helbredsskala fra 15 % til 18 % og i andelen med ensomhed fra 8 % til 13 %. Blandt borgere med knogleskørhed ses der ikke statistisk signifikante forskelle mellem andelen i hhv. 2013, 2017 og 2021, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet (ikke målt i 2013), som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, som har lav score på den fysiske helbredsskala, og som har høj score på stressskalaen.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med knogleskørhed følger i de fleste tilfælde den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses imidlertid en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og i andelen med høj score på stressskalaen, hvilket ikke ses blandt borgere med knogleskørhed, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 13.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med knogleskørhed

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	10 *	3.600	9	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	38 *	15.800	37	37
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	49 *	19.500	46 [#]	45 [#]
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	34 *	11.900	34	31
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	18	6.500	15 [#]	15 [#]
Ensomhed (13 %)	13	4.900	8 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	33 *	12.400	31	30

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

13.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med knogleskørhed generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 13.3).

Især er andelen af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden større blandt borgere med knogleskørhed sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 29 % af borgerne med knogleskørhed lav fysisk aktivitet i fritiden (Region H: 18 %), svarende til 11.300 personer. Der ses også en større andel af borgere med knogleskørhed, som ryger dagligt, har et usundt kostmønster og er meget generet af søvnproblemer sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Omvendt ses det, at forekomsten af svær overvægt er lavere blandt borgere med knogleskørhed end i regionen som helhed. Samtidig ses det, at andelen af borgere med knogleskørhed, der drikker over 10 genstande om ugen, ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med knogleskørhed og i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med knogleskørhed den mindste andel med svær

overvægt og ligger også i den lave ende med hensyn til andelen, som er meget generet af søvnproblemer.

Udvikling: For næsten alle indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses ikke statistisk signifikante ændringer i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med knogleskørhed (Tabel 13.3). Dette gælder for andelen, som ryger dagligt, drikker over 10 genstande om ugen, har lav fysisk aktivitet i fritiden, har svær overvægt og er meget generet af søvnproblemer. For andelen med et usundt kostmønster ses dog en stigning blandt borgere med knogleskørhed fra 12 % i 2013 til 17 % i 2021; en stigning som er sket fra 2013 til 2017.

Udviklingen over tid for usundt kostmønster følger generelt udviklingen i regionen som helhed (Figur 2.4). I regionen som helhed ses et gradvist fald i andelen med alkoholindtag over 10 genstande om ugen, en gradvis stigning i andelen, som har svær overvægt og er meget generet af søvnproblemer, mens der for daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden først ses en stigning i andelen fra 2013 til 2017 og derefter et fald fra 2017 til 2021. Disse udviklingstendenser ses dog ikke blandt borgere med knogleskørhed, da der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid for disse indikatorer.

Tabel 13.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med knogleskørhed

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	15  *	5.900	14	16
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	18 	6.700	18	19
Usundt kostmønster (14 %)	17  *	6.400	16	12 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	29  *	11.300	29	29
Svær overvægt (15 %)	10  *	3.900	10	9
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	18  *	7.100	19	16



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

13.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

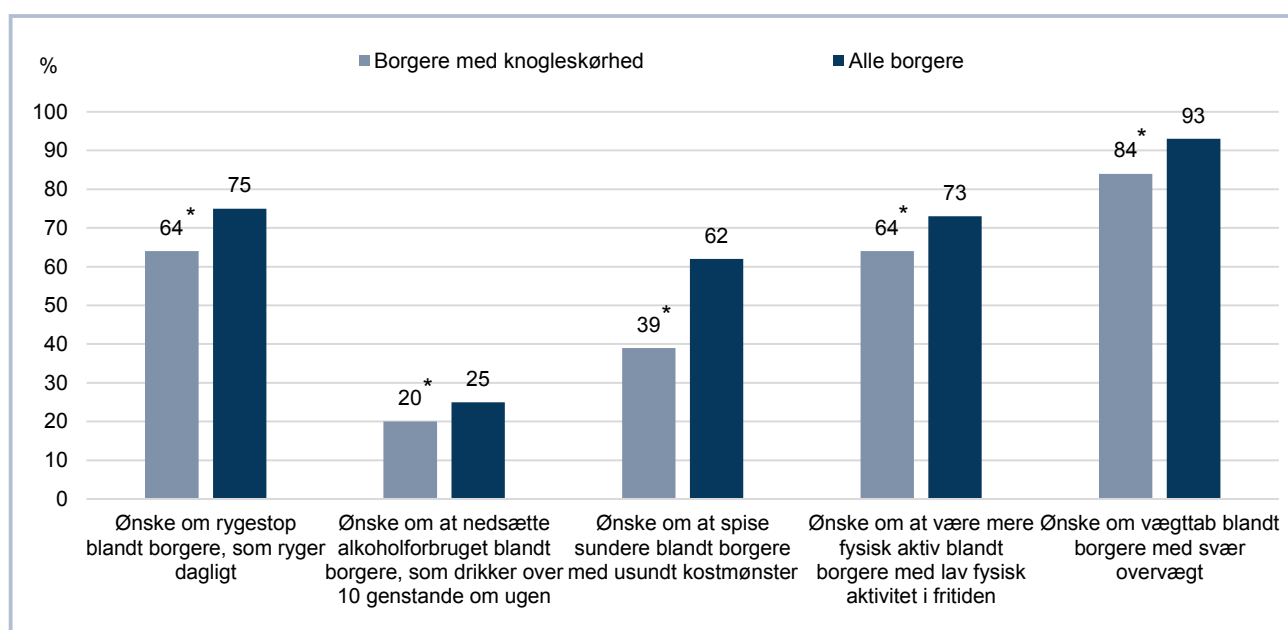
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med knogleskørhed sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med knogleskørhed og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 13.1). Især er andelen stor for ønske om vægttab, som 84 % af borgerne med svær overvægt ønsker, mens der også ses en stor andel, som ønsker at stoppe med at ryge (64 %) og ønsker at være mere fysisk aktive (64 %), blandt borgere med hhv. daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden. En undtagelse ses for borgere med knogleskørhed og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 20 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med knogleskørhed en mindre andel, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 13.1). Den største forskel ses for ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, hvor andelen for borgere med knogleskørhed er 39 %, mens den for regionen samlet set er 62 %.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med knogleskørhed i den lave ende med hensyn til andelen, som ønsker samtlige af de inkluderede adfærdsændringer (at stoppe med at ryge, at nedsætte alkoholforbruget, at spise sundere, at være mere fysisk aktiv) blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Derudover ligger borgere med knogleskørhed også i den lave ende, hvad angår ønske om vægttab blandt borgere med svær overvægt.

Figur 13.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med knogleskørhed, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

13.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med knogleskørhed sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

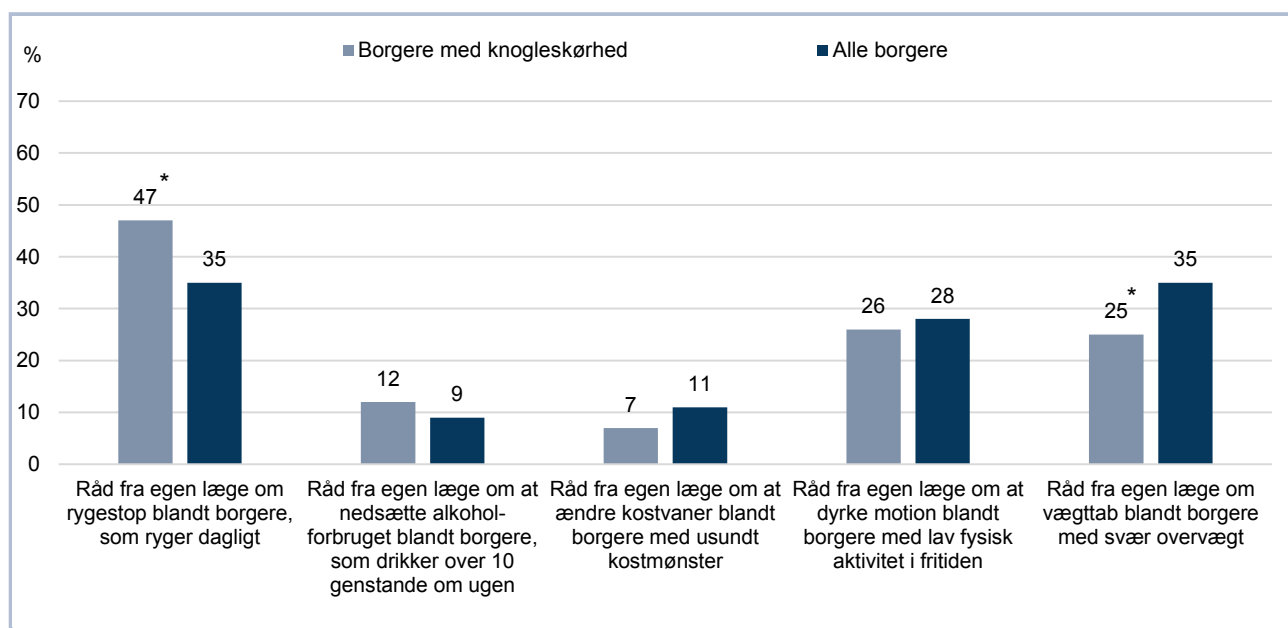
Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med knogleskørhed og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 13.2). Således ses det, at omkring halvdelen af borgerne med knogleskørhed, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop (47 %), og en fjerdedel af borgerne med lav fysisk aktivitet i fritiden og svær overvægt er blevet rådet til hhv. at dyrke motion (26 %) og at tabe sig (25 %). Samtidig ses det, at kun 12 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 7 % med usundt kostmønster er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med knogleskørhed i de fleste tilfælde ikke forskel i andelen, som er

blevet rådet til adfærdsændring blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (Figur 13.2). Der ses imidlertid en større andel blandt borgere med knogleskørhed sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om rygestop blandt borgere med daglig rygning, og en mindre andel, som har fået råd om vægttab blandt borgere med svær overvægt. Det ses f.eks. for råd om rygestop blandt borgere med daglig rygning, at andelen er 47 % for borgere med knogleskørhed og 35 % for regionen samlet set.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med knogleskørhed (og borgere med kræft) den mindste andel, som af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster. Derudover ligger borgere med knogleskørhed i den lave ende med hensyn til andelen, som af egen læge er blevet rådet til hhv. at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden og at tabe sig blandt borgere med svær overvægt.

Figur 13.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med knogleskørhed, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

13.6 Litteratur

1. Birte Nygaard. Knogleskørhed, oversigt. [Internet]. Patienthåndbogen; sundhed.dk. 2021 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/knogleskoerhed-osteoporose/knogleskoerhed-oversigt/>
2. Flachs EM, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhedsstyrelsen; 2015.

3. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 - Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kapitel 14

Kroniske smerter

Indledning

Kroniske smerter er vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter, som både kan være primære eller sekundære til anden sygdom (1). I Region Hovedstaden var forekomsten af kroniske smerter 32 % i 2021 (Figur 2.2). Forekomsten var højere blandt kvinder end blandt mænd og steg med alderen (2).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentialer blandt borgere med kroniske smerter i Region

Hovedstaden. Kroniske smerter er kun målt i 2021, hvorfor der i dette kapitel ikke ses på udvikling. Den anvendte metode til identifikation af borgere med kroniske smerter er beskrevet i Bilag A ('Kroniske smerter'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdsændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdsændring (Bilag E).

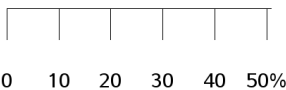
14.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har fire ud af ti borgere med kroniske smerter samtidig én eller flere registerbaserede kroniske sygdomme (40,1 %) (Tabel 14.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med kroniske smerter, er: depression, astma, diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertesygdom. Forekomsten af alle fem sygdomme er omkring halvdelen gang så høj blandt borgere med kroniske smerter sammenlignet med alle borgere i regionen.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kroniske smerter og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med kroniske smerter i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Tabel 14.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med kroniske smerter

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer
Med komorbiditet **	40,4	184.900
Depression (6,4 %)	9,4 *	43.100
Astma (6,1 %)	8,8 *	40.200
Diabetes (5,3 %)	8,5 *	38.900
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	8,3 *	38.100
Hjertesygdom (3,6 %)	6,3 *	28.900



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med kroniske smerter (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

14.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med kroniske smerter generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 14.2). Det er især andelen med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, andelen, der er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet samt andelen med lav score på den fysiske helbredsskala, der er betydeligt større blandt borgere med kroniske smerter sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 34 % af borgere med kroniske smerter et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 153.300 personer, 66 % er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet (Region H: 29 %), svarende til 297.000 personer, og 25 % har lav score på den fysiske helbredsskala (Region H: 9,1 %), svarende til 104.400 personer. Der er således tale om to til næsten tre gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed.

Blandt borgere med kroniske smerter ses også en større andel med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, med en lav score på den mentale helbredsskala, med ensomhed og med en høj score på stressskalaen sammenlignet med regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kroniske smerter og i regionen som helhed, ses ligeledes, at borgere med kroniske smerter i højere grad har dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med alle borgere i regionen (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med kroniske smerter den højeste andel (sammen med rygsygdom), som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet.

Tabel 14.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med kroniske smerter

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	9 *	40.000
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	34 *	153.300
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	66 *	297.000
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	25 *	104.400
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	24 *	103.800
Ensomhed (13 %)	16 *	70.700
Høj score på stressskalaen (30 %)	41 *	181.500

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

14.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med kroniske smerter generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 14.3). Især er andelen af borgere med svær overvægt og andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer større blandt borgere med kroniske smerter sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 21 % af borgere med kroniske smerter svær overvægt (Region H: 15 %), svarende til 92.600 personer, og 23 % er meget generet af søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 105.000 personer. Der ses også en større andel af borgere med kroniske smerter, som ryger dagligt, har et usundt kostmønster og har lav fysisk aktivitet i fritiden sammenlignet

med alle borgere i regionen. Derimod ses det, at andelen af borgere med kroniske smerter, som drikker over 10 genstande om ugen, er en anelse mindre end i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med kroniske smerter og i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorerne for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med kroniske smerter hverken i den høje eller den lave ende med hensyn til sundhedsadfærd og risikofaktorer.

Tabel 14.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kroniske smerter

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer
Daglig rygning (13 %)	16  *	71.700
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	17  *	74.000
Usundt kostmønster (14 %)	16  *	70.400
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	24  *	104.000
Svær overvægt (15 %)	21  *	92.600
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	23  *	105.000
	 0 10 20 30%	

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

14.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

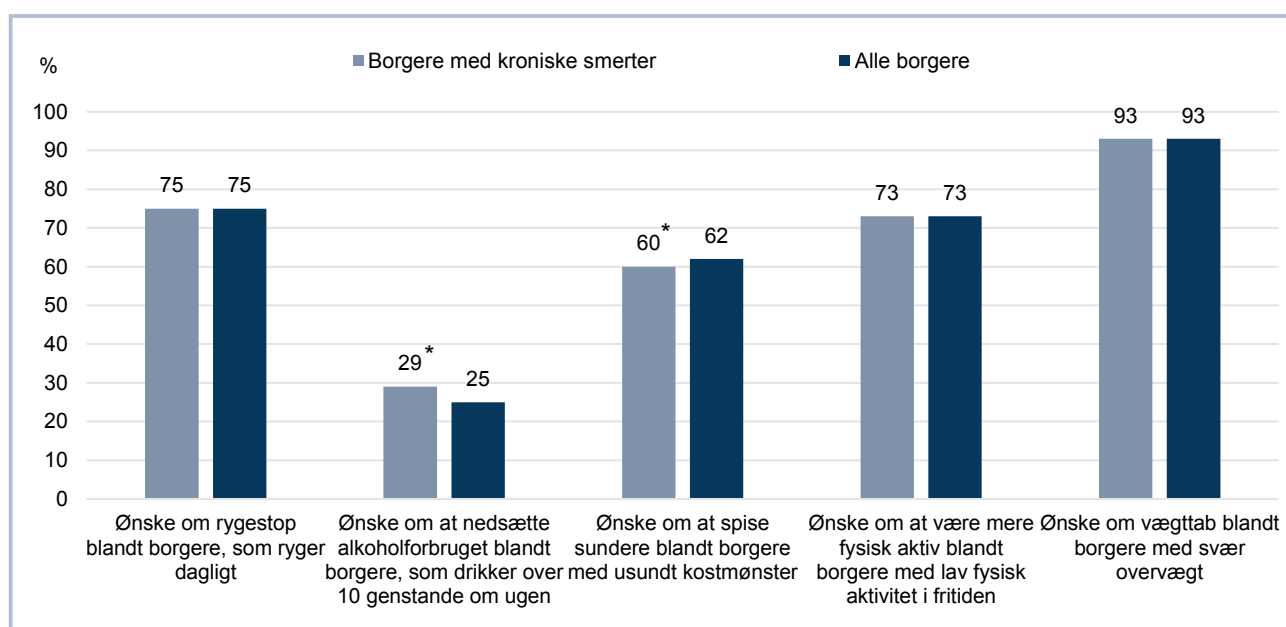
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med kroniske smerter sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med kroniske smerter og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 14.1). Således er der f.eks. 75 % af borgere med kroniske smerter, som ryger dagligt, der ønsker at stoppe med at ryge og 93 % med svær overvægt, der ønsker at tabe sig. Modsat ses det, at kun 29 % af borgere med kroniske smerter og et alkoholindtag over 10 genstande om ugen, ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Der ses generelt ingen forskel mellem borgere med kroniske smerter og alle borgere i regionen i forhold til andelen, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 14.1). For ønske om at nedsætte alkoholforbrug blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, ses dog en større andel blandt borgere med kroniske smerter (29 %) sammenlignet med regionen som helhed (25 %). Modsat ses en lidt mindre andel, som ønsker at spise sundere blandt borgere med kroniske smerter og usundt kostmønster (60 %) sammenlignet med alle borgere i regionen med usundt kostmønster (62 %).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med kroniske smerter i den høje ende med hensyn til andelen, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen.

Figur 14.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med kroniske smerter, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

14.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

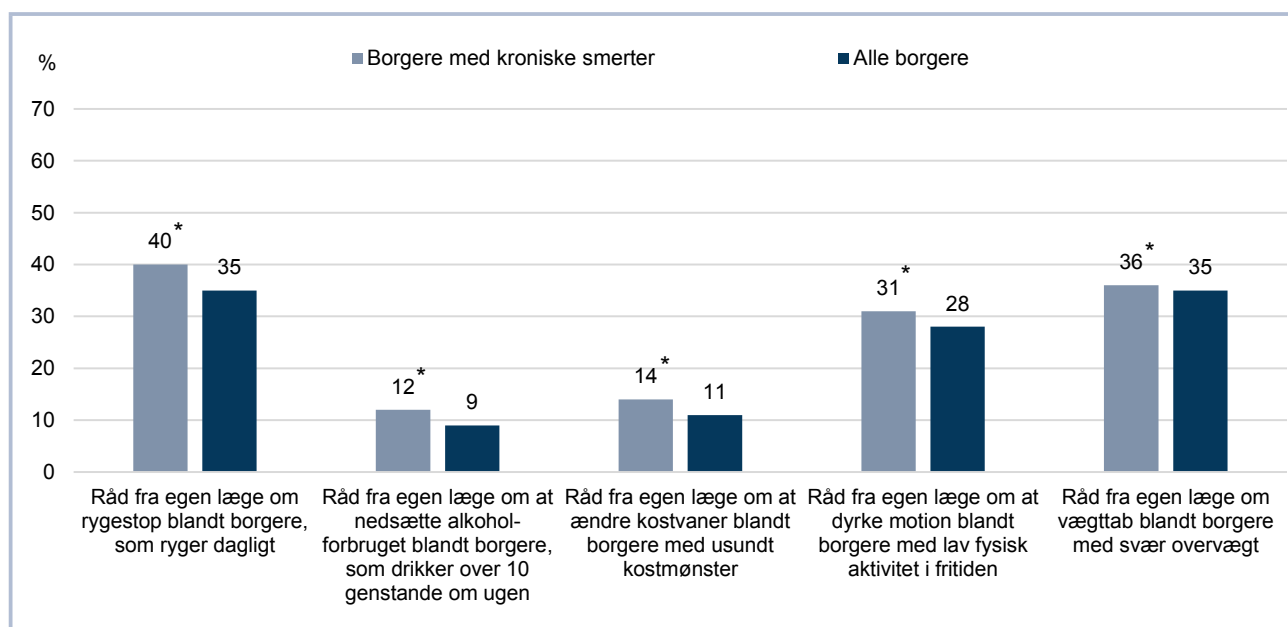
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med kroniske smerter sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med kroniske smerter og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 14.2). Således ses blandt borgere med kroniske smerter, at 40 %, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop, og 36 % med svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig, mens det kun er 12 % med et alkoholindtag over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 14 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med kroniske smerter generelt en lidt større andel, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 14.2). Således ses der bl.a. en lidt større andel af borgere, som ryger dagligt, der er blevet rådet til rygestop, blandt borgere med kroniske smerter (40 %) sammenlignet med regionen som helhed (35 %). Der ses også en lidt større andel blandt borgere med kroniske smerter sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug, at ændre kostvaner, at dyrke motion og om vægttab.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med kroniske smerter hverken i den høje eller den lave ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab af egen læge blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt.

Figur 14.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med kroniske smerter, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

14.6 Litteratur

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

2. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Kapitel 15

Migræne eller hyppig hovedpine

Indledning

Migræne eller hyppig hovedpine er en forholdsvis udbredt tilstand (1). Den hyppigste form for hovedpine er spændingshovedpine. Migræne adskiller sig fra anden hovedpine ved at komme som tilbagevendende anfald (2). Migræne kan forekomme med eller uden aura i form af syns-, føle- eller taleforstyrrelser. I Region Hovedstaden var forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine 17 % i 2021 (Figur 2.2). Forekomsten var højere blandt kvinder end blandt mænd, og på tværs af alder var den højeste forekomst blandt de 35-54-årige borgere (3).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelses-

potentiale blandt borgere med migræne eller hyppig hovedpine i Region Hovedstaden. Den anvendte metode til identifikation af borgere med migræne eller hyppig hovedpine er beskrevet i Bilag A ('Migræne eller hyppig hovedpine'). I bilag findes også spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdsændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdsændring (Bilag E). I dette kapitel vil migræne eller hyppig hovedpine blot blive benævnt 'migræne' i teksten for læsbarhedens skyld.

15.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har næsten en tredjedel af borgerne med migræne samtidig én eller flere registerbaserede kroniske sygdomme (31,6 %) (Tabel 15.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med migræne, er: depression, som ses hos hver tiende, astma, angst, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og diabetes. Forekomsten af depression, astma og angst er højere blandt borgere med migræne end blandt borgere i regionen som helhed; for depression og angst er forekomsten over halvdelen gang så høj. Omvendt er forekomsten af diabetes lavere blandt borgere med migræne sammenlignet med borgere i regionen samlet set, mens der ikke er signifikant forskel i forekomsten af KOL.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med migræne og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med migræne i højere grad har depression, astma og angst (resultater ikke vist). For KOL og diabetes ses det desuden, at borgere med migræne i højere grad har disse sygdomme sammenlignet med regionen samlet set, når der tages højde for alder og køn.

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med migræne er steget fra 29,7 % i 2013 til 31,3 % i 2017 og 31,6 % i 2021 (Tabel 15.1). Den stigning i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan sammenholdes med, at andelen af borgere med migræne, som også har astma, angst eller diabetes, er steget i samme periode. For angst er forekomsten steget gradvist over årene, mens stigningen i astma og diabetes især er sket fra 2013 til 2017. Omvendt er andelen af borgere med migræne, som også har depression, faldet fra 2013 til 2021, mens andelen, der også har KOL, er uændret i perioden.

Udviklingen over tid for disse fem kroniske sygdomme blandt borgere med migræne stemmer i de fleste tilfælde overens med den generelle udvikling for sygdommene blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). For KOL ses imidlertid i regionen som helhed en stigning i forekomsten over tid, hvilket ikke ses blandt borgere med migræne, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 15.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med migræne eller hyppig hovedpine

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	31,6 	74.400	31,3	29,7 [#]
Depression (6,4 %)	10,4  *	24.600	11,3	12,1 [#]
Astma (6,1 %)	7,9  *	18.700	7,7	6,9 [#]
Angst (3,6 %)	6,3  *	15.000	5,3 [#]	4,6 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	5,0 	11.800	4,8	5,0
Diabetes (5,3 %)	4,4  *	10.400	4,8	3,7 [#]

0 10 20 30 40%

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med migræne (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

15.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med migræne generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 15.2). Det er især andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, andelen som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og andelen med en høj score på stressskalaen, der er markant større blandt borgere med migræne sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 10 % af borgere med migræne dårlig eller meget dårlig livskvalitet (Region H: 5,2 %), svarende til 22.300 personer, 50 % er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet (Region H: 29 %), svarende til 116.700 personer, mens 48 % har en høj score på stressskalaen (Region H: 30 %), svarende til 111.300 personer. Blandt borgere med migræne ses også en større andel, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, har lav score på den fysiske og den mentale helbredsskala samt en større andel med ensomhed sammenlignet med regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med migræne og i regionen som helhed, ses fortsat dårligere fysisk og mental sundhed blandt borgere med migræne (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med migræne i den høje ende med hensyn til forekomst af lav score på mental helbredsskala, ensomhed og høj score på stressskalaen, men omvendt i den lave ende, hvad angår forekomst af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på fysisk helbredsskala.

Udvikling: For de tre indikatorer for dårlig mental sundhed er der sket en gradvis stigning i forekomsten blandt borgere med migræne i perioden 2013 til 2021, mens forekomsten for de

øvrige indikatorer enten er uændret eller først steget fra 2013 til 2017 og derefter faldet fra 2017 til 2021 (Tabel 15.2). Således er andelen med lav score på mental helbredsskala steget fra 22 % til 31 % fra 2013 til 2021, andelen med høj score på stressskalaen er steget fra 38 % til 48 %, og andelen med ensomhed er steget fra 15 % til 20 % fra 2017 til 2021 blandt borgere med migræne (sidstnævnte blev ikke målt i 2013). For mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og lav score på den fysiske helbredsskala er der først sket en stigning fra 2013 til 2017 fra hhv. 25 % til 29 % og 15 % til 18 %, hvorefter forekomsten er faldet til hhv. 27 % og 16 % i 2021 blandt borgere med migræne. For indikatorerne dårlig eller meget dårlig livskvalitet og meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet ses der ikke statistisk signifikante forskelle mellem andelen i hhv. 2013, 2017 og 2021.

Udviklingen over tid i dårlig mental sundhed blandt borgere med migræne følger i alle tilfælde den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). Udviklingen i andelen med lav score på den fysiske helbredsskala følger ligeledes i høj grad udviklingen i regionen som helhed. For de øvrige indikatorer følger udviklingen blandt borgere med migræne dog ikke helt den generelle udvikling. I regionen som helhed ses en mindre stigning i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet samt en stigning i andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, hvilket ikke ses blandt borgere med migræne, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid. Derudover ses i regionen samlet set en gradvis stigning i forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, mens den blandt borgere med migræne faktisk er faldet fra 2017 til 2021 (men dog stadig steget samlet set fra 2013 til 2021).

Tabel 15.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med migræne eller hyppig hovedpine

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	10 *	22.300	10	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	27 *	64.200	29 [#]	25 [#]
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	50 *	116.700	51	48
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	16 *	35.300	18 [#]	15
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	31 *	70.400	26 [#]	22 [#]
Ensomhed (13 %)	20 *	45.900	15 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	48 *	111.300	44 [#]	38 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

15.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med migræne generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 15.3). Især er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, større blandt borgere med migræne sammenlignet med alle borgere i regionen. Således er 29 % af borgerne med migræne meget generet af søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 67.400 personer. Der ses også en større andel af borgere med migræne, som ryger dagligt, har et usundt kostmønster, har lav fysisk aktivitet i fritiden og har svær overvægt sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Derimod ses det, at andelen af borgere med migræne, som drikker over 10 genstande om ugen, er mindre end andelen i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med migræne og i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med migræne i den høje ende med hensyn til andelen, som er meget generet af søvnproblemer, men omvendt

i den lave ende, hvad angår andelen med alkoholindtag over 10 genstande om ugen, lav fysisk aktivitet i fritiden og svær overvægt.

Udvikling: For halvdelen af indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en stigning i andelen i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med migræne (Tabel 15.3). Dette gælder for andelen, som har usundt kostmønster, har svær overvægt og er meget generet af søvnproblemer. For usundt kostmønster er stigningen især sket fra 2017 til 2021, hvor andelen er steget fra 12 % til 16 %. På den anden side er andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, blandt borgere med migræne faldet fra 16 % i 2013 til 11 % i 2021. For daglig rygning og lav fysisk aktivitet i fritiden er der blandt borgere med migræne først sket en stigning i andelen fra 2013 til 2017 og dernæst et fald fra 2017 til 2021.

Udviklingen over tid i indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med migræne følger i alle tilfælde den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgerne i regionen samlet set (Figur 2.4).

Tabel 15.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med migræne eller hyppig hovedpine

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	15  *	35.400	19 [#]	18 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	11  *	25.700	14 [#]	16 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	16  *	36.000	12 [#]	11 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	21  *	48.800	23 [#]	20
Svær overvægt (15 %)	19  *	42.200	17 [#]	13 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	29  *	67.400	27 [#]	23 [#]



 0 10 20 30 40%

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

15.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

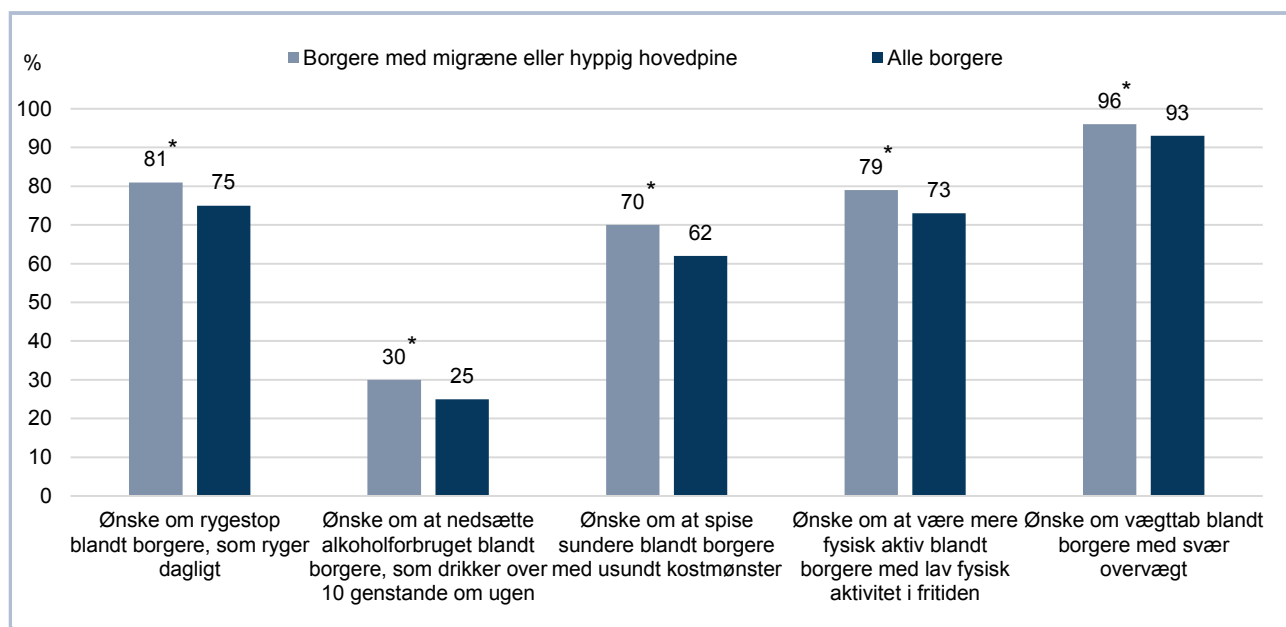
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med migræne sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med migræne og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 15.1). Især er andelen stor for ønske om vægttab, hvor det gælder næsten alle borgere med svær overvægt (96 %), mens der også ses en stor andel, som ønsker rygestop (81 %), at spise sundere (70 %) og at være mere fysisk aktiv (79 %) blandt borgere med hhv. daglig rygning, usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet i fritiden. En undtagelse ses for borgere med migræne og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 30 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med migræne i alle tilfælde en større andel, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 15.1). Det ses f.eks. for ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, at andelen for borgere med migræne er 70 %, mens den for regionen samlet set er 62 %.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med migræne i den høje ende med hensyn til andelen, som ønsker samtlige af de inkluderede adfærdsændringer (at stoppe med at ryge, at nedsætte alkoholforbruget, at spise sundere, at være mere fysisk aktiv) blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Derudover ligger borgere med migræne også i den høje ende, hvad angår ønske om vægttab blandt borgere med svær overvægt.

Figur 15.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med migræne eller hyppig hovedpine, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

15.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

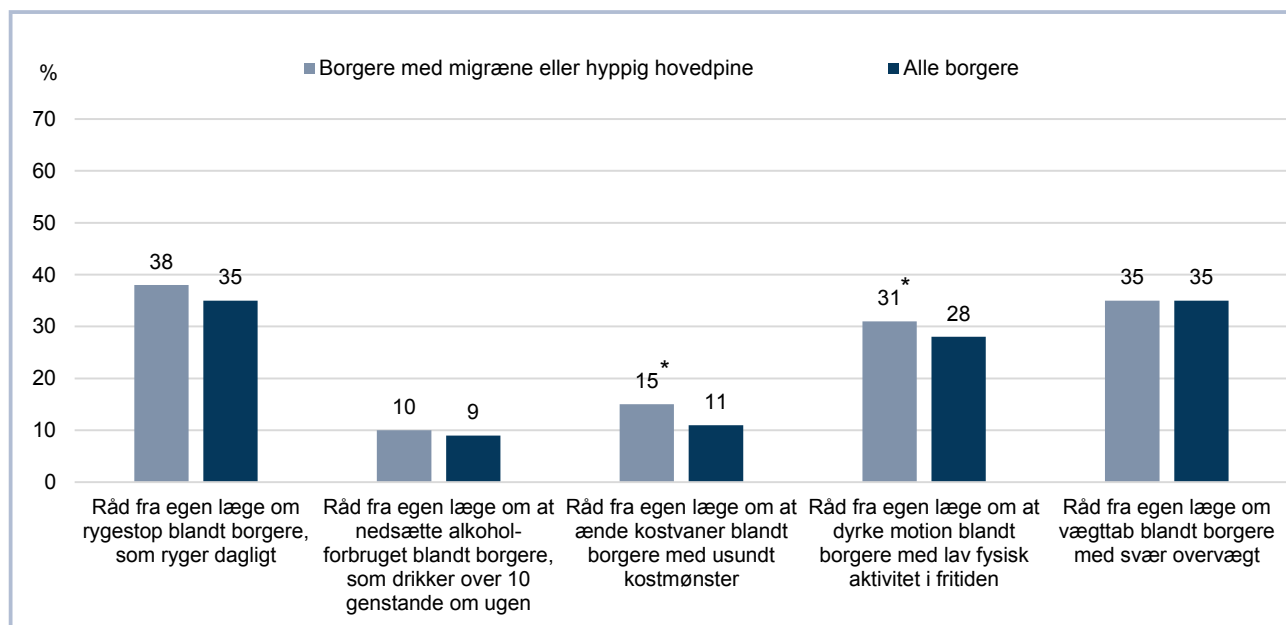
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med migræne sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med migræne og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 15.2). Således ses det, at omkring hver tredje borger med migræne, som hhv. ryger dagligt, har lav fysisk aktivitet i fritiden eller svær overvægt, er blevet rådet til rygestop (38 %), at dyrke motion (31 %) eller at tabe sig (35 %). På den anden side ses det blandt borgere med migræne, at kun 10 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og kun 15 % med et usundt kostmønster er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med migræne i de fleste tilfælde ikke forskel i andelen, som er blevet rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 15.2). Der ses imidlertid en større andel blandt borgere med migræne sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster, og som har fået råd om at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden. Den største forskel ses for råd om ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster, hvor andelen er 15 % for borgere med migræne, mens den for regionen samlet set er 11 %.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med migræne i den lave ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen.

Figur 15.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med migræne eller hyppig hovedpine, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

15.6 Litteratur

1. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol.* april 2008;7(4):354–61.
2. Lægehåndbogen. Hovedpine [Internet]. Lægehåndbogen; sundhed.dk. 2022 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/n-nervesystem/hovedpine/>

3. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Depression

Indledning

Depression hører under de affektive sindslidelser, som er kendetegnet ved, at hele stemningslejet ændres (1). For depression er stemningslejet præget af nedtrykthed, og symptomerne er herudover f.eks. nedsat energi eller øget træthed, selvbebrejdelser eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro, søvnforstyrrelser eller appetitændring (2). Milde depressioner behandles ofte med psykoterapi, mens moderate og svære depressioner primært behandles med antidepressiv medicin. Forekomsten af depression afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I denne delrapport er fokus på borgere med depression identificeret ved brug af registeroplysninger, dvs. oplysninger om hospitalsindlæggelse og brug af receptpligtig medicin. Den præcise afgrænsning kan ses i Bilag A ('Depression'). I Region Hovedstaden var forekomsten af

registerbaseret depression 6,4 % i 2021 (Figur 2.1). Forekomsten var højere blandt kvinder end blandt mænd og steg med alderen (3).

I dette kapitel sættes fokus på forekomst af komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentiale blandt borgere med registerbaseret depression (herefter benævnt 'depression') i Region Hovedstaden. Spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelserne, kan findes i følgende bilag: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdsendring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdsendring (Bilag E).

16.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har lidt over halvdelen af borgerne med depression samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (55,3 %) (Tabel 16.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med depression, er: angst, som ses hos hver femte borger med depression, astma, diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertesygdom. Forekomsten af angst er næsten seks gange så høj blandt borgere med depression som i regionen samlet set, mens forekomsten af de fire øvrige sygdomme er omkring dobbelt så høj.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med depression og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med depression i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med depression er steget fra 51,6 % i

2013 til 54,3 % i 2017 og 55,3 % i 2021 (Tabel 16.1). Stigningen kan især sammenholdes med, at andelen af borgere med depression, som også har angst, er steget tilsvarende fra 18,1 % i 2013 til 20,1 % i 2017 og 21,2 % i 2021. Ligeledes er andelen med hhv. diabetes og KOL steget fra 2013 til 2021. Stigningen i KOL er dog kun sket fra 2013 til 2017, mens andelen er faldet en anelse igen fra 2017 til 2021. Derimod er andelen af borgere med depression, som også har hjertesygdom, faldet gradvist fra 2013 til 2021, mens andelen, som også har astma, er uændret i perioden.

Generelt stemmer udviklingen over tid for disse fem kroniske sygdomme blandt borgere med depression overens med den generelle udvikling for sygdommene blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). I regionen samlet set er der dog – i modsætning til blandt borgere med depression – sket en mindre stigning i forekomsten af KOL fra 2017 til 2021.

Tabel 16.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med depression

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	55,3	53.900	54,3 [#]	51,6 [#]
Angst (3,6 %)	21,2 *	20.700	20,1 [#]	18,1 [#]
Astma (6,1 %)	10,4 *	10.100	10,5	10,5
Diabetes (5,3 %)	9,9 *	9.600	9,6 [#]	8,7 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	9,8 *	9.600	10,2 [#]	9,1 [#]
Hjertesygdom (3,6 %)	7,0 *	6.800	8,3 [#]	8,5 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med depression (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

16.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med depression generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 16.2). Især er andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet og med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred markant større blandt borgere med depression sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 19 % af borgere med depression dårlig eller meget dårlig livskvalitet (Region H: 5,2 %), svarende til 15.900 personer, mens 41 % har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (Region H: 16 %), svarende til 37.800 personer. Der er således tale om næsten tre til fire gange så store andele sammenlignet med regionen som helhed. Tilsvarende ses, at andelen, som er hhv. meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, har lav score på den fysiske og mentale helbredsskala, har ensomhed samt har høj score på stressskalaen, er omkring dobbelt så stor blandt borgere med depression sammenlignet med borgere i regionen som helhed.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med depression og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med depression i højere grad har dårlig fysisk og mental sundhed end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med depression sammen med borgere med angst en markant højere forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet, lav score på den mentale helbredsskala, ensomhed og høj score på stressskalaen. Derudover ligger borgere med depression også i den høje ende, hvad angår forekomst af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred.

Udvikling: For lidt mere end halvdelen af indikatorerne for dårlig fysisk og mental sundhed ses en stigning i forekomsten blandt borgere med depression i perioden 2013 til 2021 (Tabel 16.2). Især er forekomsten af indikatorerne for dårlig mental sundhed steget, hvor stigningen generelt er sket gradvist. Således er forekomsten af lav score på mental helbredsskala blandt borgere med depression steget fra 36 % til 45 % i perioden 2013 til 2021, mens forekomsten af høj score på stressskalaen er steget fra 50 % til 60 %. Forekomsten af ensomhed er ligeledes steget fra 22 % i 2017 til 27 % i 2021 blandt borgere med depression (blev ikke målt i 2013). For mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er forekomsten blandt borgere med depression steget fra 37 % i 2013 til 43 % i 2017, mens den ikke er statistisk signifikant ændret fra 2017 til 2021. Der ses ikke statistisk signifikante ændringer mellem 2013, 2017 og 2021 blandt borgere med depression i forhold til andelen, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og har lav score på den fysiske helbredsskala.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med depression følger i høj grad den generelle udvikling for disse indikatorer blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses imidlertid en stigning i andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og også en mindre stigning i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, hvilket ikke ses blandt borgere med depression, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 16.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med depression

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	19  *	15.900	19	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	41  *	37.800	43	37 [#]
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	47  *	40.400	48	46
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	22  *	17.800	23	21
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	45  *	36.600	40 [#]	36 [#]
Ensomhed (13 %)	27  *	22.700	22 [#]	
Høj score på stressskalaen (30 %)	60  *	50.200	57 [#]	50 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

16.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med depression generelt højere forekomst af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 16.3). Især er andelen, som er meget generet af søvnproblemer, og andelen, som ryger dagligt, større blandt borgere med depression sammenlignet med alle borgere i regionen. Således er 31 % af borgere med depression meget generet af søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 26.500 personer, og 23 % ryger dagligt (Region H: 13 %), svarende til 19.400 personer. Der ses også en større andel af borgere med depression, som har et usundt kostmønster, har lav fysisk aktivitet i fritiden og har svær overvægt sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Derimod ses det, at andelen af borgere med depression, som drikker over 10 genstande om ugen, ikke er signifikant forskellig fra andelen i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med depression og i regionen som helhed, ses samme tendenser (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med depression i den høje ende med hensyn til

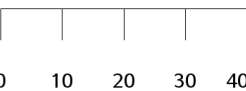
andelen, som ryger dagligt, har usundt kostmønster, har lav fysisk aktivitet i fritiden og er meget generet af søvnproblemer.

Udvikling: For de fleste af indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses en stigning i forekomsten fra 2013 til 2021 blandt borgere med depression (Tabel 16.3). Dette gælder for forekomsten af usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden, svær overvægt og meget generet af søvnproblemer. For dem alle, undtagen usundt kostmønster, er stigningen sket fra 2013 til 2017, mens forekomsten ikke er signifikant ændret fra 2017 til 2021. For usundt kostmønster er stigningen derimod sket gradvis. Omvendt ses et fald fra 2013 til 2021 i andelen af borgere med depression, som drikker over 10 genstande om ugen, og et fald fra 2017 til 2021 i andelen, som ryger dagligt.

Udviklingen over tid for indikatorerne for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med depression følger overordnet udviklingen i regionen som helhed (Figur 2.4).

Tabel 16.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med depression

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	23  *	19.400	26 [#]	24
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	17 	14.000	19	20 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	20  *	16.300	17 [#]	13 [#]
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	31  *	26.100	31	27 [#]
Svær overvægt (15 %)	23  *	19.500	22	19 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	31  *	26.500	31	25 [#]



0 10 20 30 40%

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

16.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

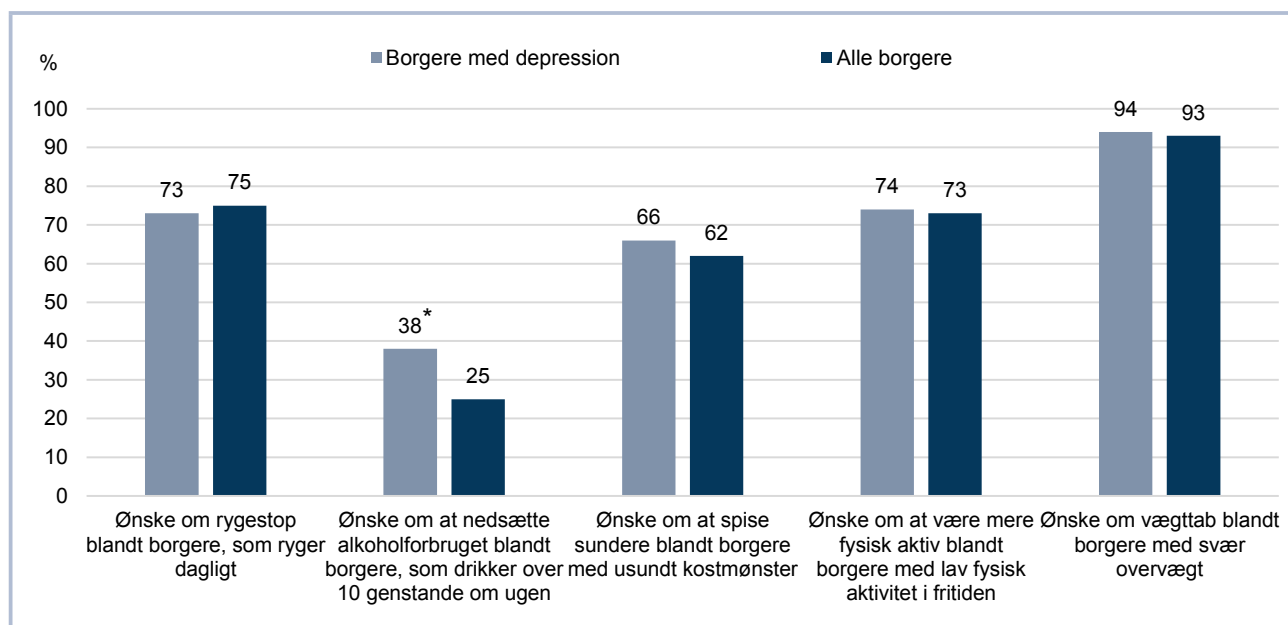
I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med depression sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med depression og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 16.1). Således er der f.eks. 74 % af borgere med depression og lav fysisk aktivitet i fritiden, som ønsker at være mere fysisk aktive og 94 % med svær overvægt, som ønsker at tabe sig. Den mindste andel ses for ønske om at nedsætte alkoholforbruget, hvilket gælder for 38 % af borgerne med depression, som drikker over 10 genstande om ugen.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med depression generelt ikke forskel i andelen, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 16.1). For ønske om at nedsætte alkoholforbruget ses dog en signifikant større andel blandt borgere med depression sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med depression den største andel, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med alkoholindtag over 10 genstande om ugen, og derudover ligger borgere med depression også i den høje ende med hensyn til andelen, som ønsker hhv. at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster og at tabe sig blandt borgere med svær overvægt.

Figur 16.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med depression, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

16.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med depression sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

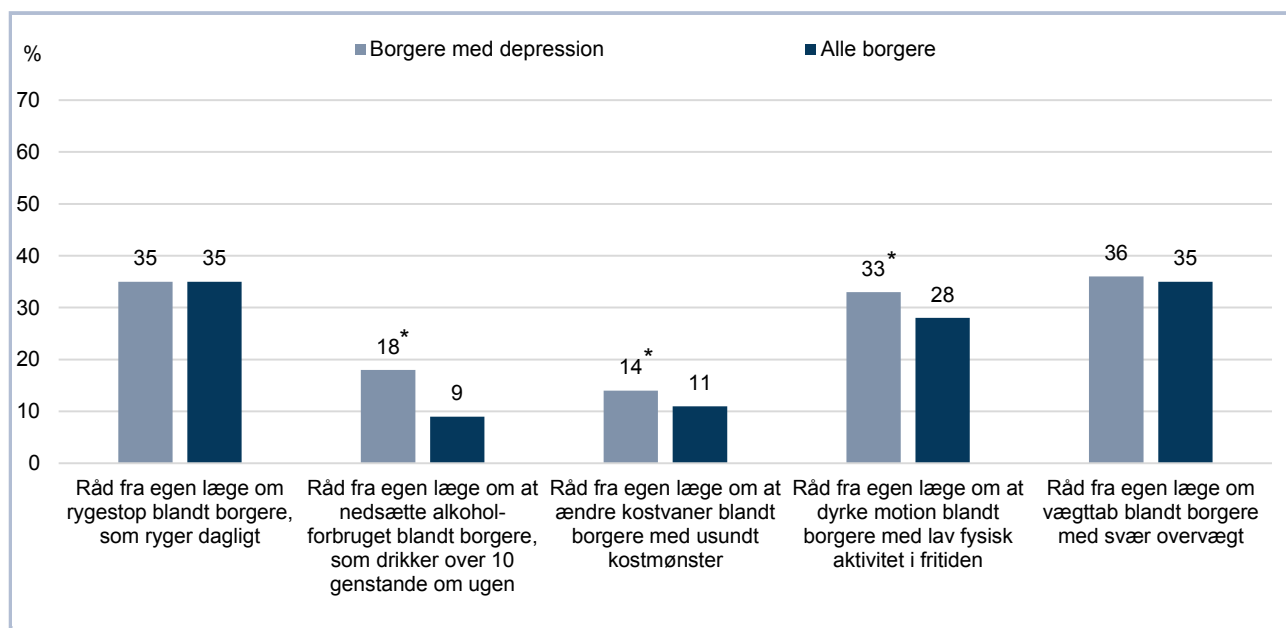
Der er en del variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med depression og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 16.2). Således ses det, at 36 % af borgere med depression og svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig, og 35 % af borgere med depression, som ryger dagligt, er blevet rådet til rygestop, mens det kun er 14 % med usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner, og 18 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med depression generelt en større andel, som er blevet rådet

til adfærdsændring blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (Figur 16.2). Særligt ses en stor forskel i råd om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, hvor andelen er dobbelt så stor blandt borgere med depression sammenlignet med alle borgere i regionen (borgere med depression: 18 %, Region H: 9 %). Der ses også en større andel blandt borgere med depression sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om ændring af kostvaner og om at være mere fysisk aktiv. For råd om rygestop og råd om vægttab ses ikke statistisk signifikant forskel mellem de to grupper.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med depression sammen med borgere med diabetes den største andel, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 10 genstande om ugen. Omvendt ligger borgere med depression i den lave ende, hvad angår andelen, som er blevet rådet til rygestop blandt borgere, som ryger dagligt.

Figur 16.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med depression, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

16.6 Litteratur

1. Bentzen J, Nielsen LT, Jepsen KYB, Vendsborg P. Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark. Psykiatrifonden; 2021 jun.
2. Psykiatrifonden. Depression [Internet]. Psykiatrifonden. [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/depression>

3. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Angst

Indledning

Angst er en naturlig og nyttig reaktion på noget, som føles farligt, mens der er tale om sygdom, når angsten ikke stemmer overens med den reelle fare og bliver dominerende, vedvarende og belastende i så høj grad, at det påvirker ens måde at leve på (1). Symptomerne er ud over angstfølelsen f.eks. hjertebanken, vejrtrækningsbesvær eller rysten. Der findes forskellige former for angstsygdomme, hvoraf de mest udbredte er socialfobi, panikangst, generaliseret angst og OCD. Der findes gode behandlingsmuligheder mod angst. Behandlingsmetoderne afhænger af typen af angst og sværhedsgraden, men psykoterapi og medicin er de to vigtigste behandlingsformer (2). Forekomsten af angst afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I denne delrapport er fokus på borgere med angst identificeret ved brug registeroplysninger, dvs. oplysninger om hospitalsindlæggelse

og brug af receptpligtig medicin. Den præcise afgrænsning kan ses i Bilag A ('Angst'). I Region Hovedstaden var forekomsten af registerbaseret angst 3,6 % i 2021 (Figur 2.1). Forekomsten var højere blandt kvinder end blandt mænd og lavere ved højere alder (3).

I dette kapitel sættes fokus på komorbiditet, fysisk og mental sundhed, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt forebyggelsespotentiale blandt borgere med registerbaseret angst (herefter benævnt 'angst') i Region Hovedstaden. Spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelserne, kan findes i følgende bilag: fysisk og mental sundhed (Bilag B), sundhedsadfærd og risikofaktorer (Bilag C), ønske om adfærdss ændring (Bilag D) og råd fra egen læge om adfærdss ændring (Bilag E).

17.1 Forekomst af andre kroniske sygdomme

I 2021 har over halvdelen af borgerne med angst samtidig én eller flere andre registerbaserede kroniske sygdomme (55,3 %) (Tabel 17.1). De fem registerbaserede kroniske sygdomme, som hyppigst optræder samtidig med angst, er: depression, som ses hos mere end hver tredje borger med angst, astma, skizofreni, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og diabetes. Forekomsten af alle fem sygdomme er højere blandt borgere med angst sammenlignet med borgere i regionen samlet set; for depression og skizofreni er forekomsten omkring seks gange så høj.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med angst og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med angst i højere grad har de fem sygdomme end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

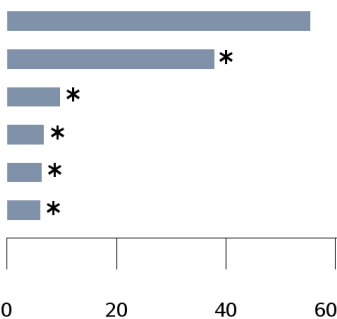
Udvikling: Forekomsten af én eller flere andre kroniske sygdomme blandt borgere med angst er faldet fra 68,2 % i

2013 til 61,9 % i 2017 og 55,3 % i 2021 (Tabel 17.1). Det fald i komorbiditet, der ses fra 2013 til 2021, kan især sammenholdes med, at andelen af borgere med angst, som også har depression, er faldet tilsvarende fra 55,3 % i 2013 til 47,1 % i 2017 og 37,8 % i 2021. Ligeledes er andelen med astma, KOL eller diabetes faldet i samme periode. For astma er faldet sket fra 2013 til 2017 og for KOL og diabetes fra 2017 til 2021. Omvendt er andelen af borgere med angst, som også har skizofreni, steget siden 2013; en stigning som især er sket fra 2017 til 2021.

Udviklingen over tid for disse fem sygdomme blandt borgere med angst stemmer kun for depression og skizofreni overens med den generelle udvikling blandt borgere i regionen som helhed (Figur 2.1). For astma ses der i regionen samlet set begrænset udvikling over tid, mens der for KOL og diabetes ses en stigning i forekomsten.

Tabel 17.1 De fem hyppigste registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med angst

Sygdom (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Med komorbiditet **	55,3	30.300	61,9 [#]	68,2 [#]
Depression (6,4 %)	37,8	20.700	47,1 [#]	55,3 [#]
Astma (6,1 %)	9,6 *	5.200	9,8	10,3 [#]
Skizofreni (1,0 %)	6,7 *	3.700	5,4 [#]	5,1 [#]
Kronisk obstruktiv lungesygdom (4,7 %)	6,2 *	3.400	7,2 [#]	7,3 [#]
Diabetes (5,3 %)	6,0 *	3.300	6,6 [#]	6,4 [#]



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

** Med én eller flere samtidige registerbaserede kroniske sygdomme blandt borgere med angst (alle inkluderede registerbaserede kroniske sygdomme kan ses i Figur 2.1). Hver borger kan optræde med flere kroniske sygdomme, og kun de fem hyppigste kroniske sygdomme er vist, hvorfor tallene ikke summer op til andelen med komorbiditet.

17.2 Fysisk og mental sundhed

I 2021 har borgere med angst generelt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 17.2). For eksempel ses det, at andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet og andelen med høj score på stressskalaen er markant større blandt borgere med angst sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 19 % af borgere med angst dårlig eller meget dårlig livskvalitet (Region H: 5,2 %), svarende til 8.700 personer, mens 62 % har høj score på stressskalaen (Region H: 30 %), svarende til 28.100 personer. Blandt borgere med angst ses også en større andel, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, har lav score på den fysiske og den mentale helbredsskala samt en større andel med ensomhed sammenlignet med regionen som helhed. For de fleste af indikatorerne ses dobbelt så høj forekomst blandt borgere med angst.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med angst og i regionen som helhed, ses det stadig, at borgere med angst i højere grad har dårlig fysisk og mental sundhed end borgere i regionen samlet set (resultater ikke vist).

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme har borgere med angst (og borgere med depression) en markant

højere forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet, lav score på den mentale helbredsskala, ensomhed og høj score på stressskalaen, men omvendt ligger borgere med angst i den lave ende, hvad angår lav score på den fysiske helbredsskala.

Udvikling: For de fleste indikatorer for dårlig fysisk og mental sundhed ses ikke en signifikant ændring i forekomsten blandt borgere med angst i perioden 2013 til 2021 (Tabel 17.2). For lav score på den mentale helbredsskala og for høj score på stressskalaen er der imidlertid sket en stigning i forekomsten blandt borgere med angst siden 2013. Således er andelen med lav score på mental helbredsskala steget fra 37 % i 2013 til 47 % i 2021 og andelen med høj score på stressskalaen fra 53 % til 62 % blandt borgere med angst. I begge tilfælde er stigningen sket fra 2013 til 2017.

Udviklingen over tid i dårlig fysisk og mental sundhed blandt borgere med angst følger i flere tilfælde den generelle udvikling blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.3). I regionen som helhed ses imidlertid en stigning i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, i andelen som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og i andelen med ensomhed, hvilket ikke ses blandt borgere med angst, hvor der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid.

Tabel 17.2 Fysisk og mental sundhed blandt borgere med angst

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (5,2 %)	19 *	8.700	20	
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (16 %)	38 *	18.400	41	38
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (29 %)	48 *	21.800	47	46
Lav score på fysisk helbredsskala (9,1 %)	16 *	7.100	18	17
Lav score på mental helbredsskala (19 %)	47 *	20.500	43	37 [#]
Ensomhed (13 %)	30 *	13.500	27	
Høj score på stressskalaen (30 %)	62 *	28.100	59	53 [#]

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

De anvendte spørgsmål om livskvalitet og ensomhed var ikke inkluderet i spørgeskemaet i 2013, og derfor er der ikke opgørelser for disse indikatorer i 2013.

17.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I 2021 har borgere med angst generelt højere forekomst af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 17.3). Især er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, større blandt borgere med angst sammenlignet med alle borgere i regionen. Således er 33 % af borgerne med angst meget generet af søvnproblemer (Region H: 14 %), svarende til 15.200 personer. Der ses også en større andel af borgere med angst, som ryger dagligt, har et usundt kostmønster, har lav fysisk aktivitet i fritiden og har svær overvægt sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Derimod ses det, at andelen af borgere med angst, som drikker over 10 genstande om ugen, er mindre end andelen i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt borgere med angst og i regionen som helhed, ses samme tendenser for de fleste indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist). For alkoholindtag over 10 genstande om ugen ses imidlertid ikke længere signifikant forskel mellem borgere med angst og borgere i regionen som helhed, når der tages højde for alder og køn.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med angst i den høje ende med hensyn til andelen, som ryger dagligt, har usundt kostmønster og er meget generet af søvnproblemer, men omvendt i den lave ende, hvad angår andelen, som drikker over 10 genstande om ugen.

Udvikling: For uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer ses ikke en samlet tendens for udviklingen over tid blandt borgere med angst, idet der er indikatorer, hvor forekomsten er faldet, hvor den er steget, og hvor den har været uændret siden 2013 (Tabel 17.3). Således er andelen, som ryger dagligt, og især andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, faldet siden 2013. For daglig rygning er faldet sket fra 2017 til 2021, mens det for alkoholindtag over 10 genstande om ugen er sket gradvist fra 23 % i 2013 til 16 % i 2017 og 13 % i 2021. Omvendt er andelen med svær overvægt og andelen, som er meget generet af søvnproblemer, steget fra 2013 til 2021; for sidstnævnte er stigningen sket fra 2013 til 2017. Der ses ikke statistisk signifikante ændringer i andelen med usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet i fritiden i perioden 2013 til 2021 blandt borgere med angst.

Udviklingen over tid i sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med angst følger i høj grad den generelle udvikling blandt borgere i regionen samlet set (Figur 2.4). I regionen som helhed ses imidlertid for usundt kostmønster en gradvis stigning i forekomsten siden 2013, mens der for lav fysisk aktivitet i fritiden først ses en stigning i forekomsten fra 2013 til 2017 og derefter et fald fra 2017 til 2021. Disse udviklingstendenser ses dog ikke blandt borgere med angst, da der ikke er statistisk signifikante ændringer over tid for disse indikatorer.

Tabel 17.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med angst

Indikatornavn (andel i Region H)	2021 %	Personer	2017 %	2013 %
Daglig rygning (13 %)	23  *	10.600	28 [#]	28 [#]
Drikker over 10 genstande om ugen (18 %)	13  *	5.700	16 [#]	23 [#]
Usundt kostmønster (14 %)	19  *	8.200	18	17
Lav fysisk aktivitet i fritiden (18 %)	28  *	12.300	30	27
Svær overvægt (15 %)	22  *	9.700	20	17 [#]
Meget generet af søvnproblemer (14 %)	33  *	15.200	33	28 [#]
				

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H. # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

17.4 Ønske om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med angst sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

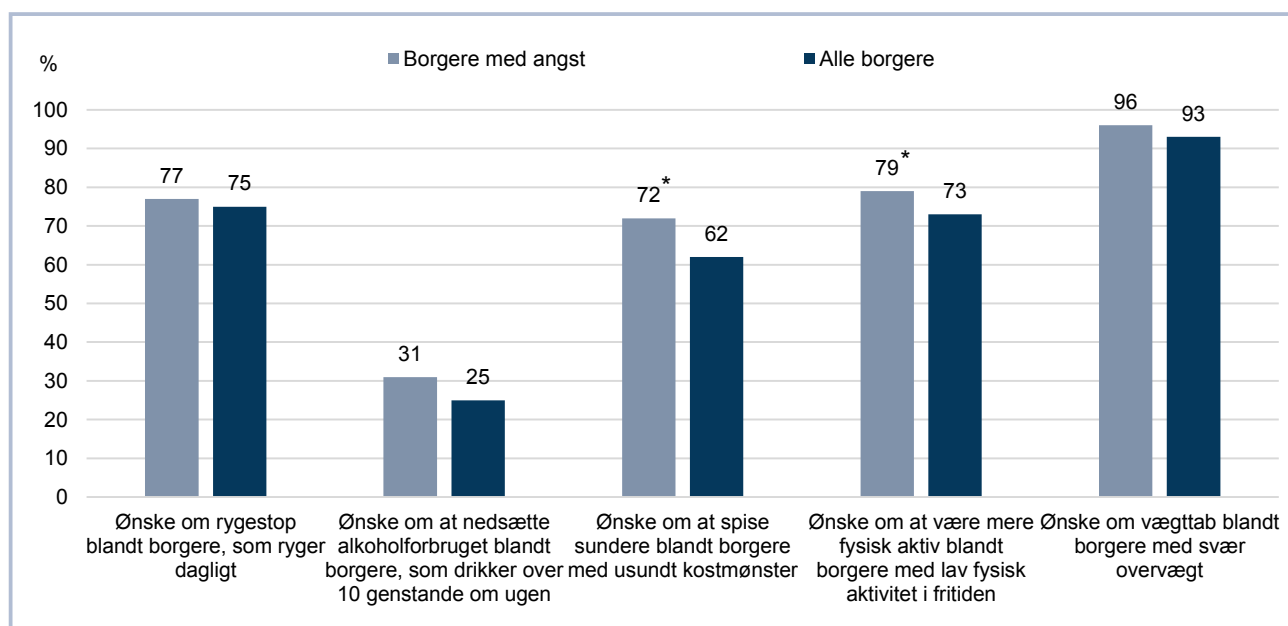
I 2021 ses generelt, at en stor andel af borgere med angst og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt ønsker at ændre adfærd eller tabe sig (Figur 17.1). Især er andelen stor for ønske om vægttab, som næsten alle borgere med svær overvægt ønsker (96 %), mens der også ses en stor andel, som ønsker at stoppe med at ryge (77 %), at spise sundere (72 %) og at være mere fysisk aktive (79 %) blandt borgere med hhv. daglig rygning, usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet i fritiden. En undtagelse ses for borgere med angst og alkoholindtag over 10 genstande om ugen, hvor kun 31 % ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med angst i de fleste tilfælde ikke forskel i andelen, som ønsker adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med

uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 17.1). Der ses imidlertid en større andel blandt borgere med angst sammenlignet med regionen som helhed, som ønsker at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, og som ønsker at være mere fysisk aktive blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden. Den største forskel ses for ønske om at spise sundere, hvor andelen for borgere med angst er 72 %, mens den for regionen samlet set er 62 %. For ønske om rygestop, ønske om at nedsætte alkoholforbruget og ønske om vægttab ses ikke statistisk signifikant forskel mellem grupperne.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med angst i den høje ende med hensyn til andelen, som ønsker samtlige af de inkluderede adfærdsændringer (at stoppe med at ryge, at nedsætte alkoholforbruget, at spise sundere, at være mere fysisk aktive) blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Derudover ligger borgere med angst også i den høje ende, hvad angår andelen, som ønsker vægttab, blandt borgere med svær overvægt.

Figur 17.1 Ønske om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med angst, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

17.5 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

I dette afsnit findes opgørelser for andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab, blandt borgere med angst sammenlignet med borgere i regionen samlet set.

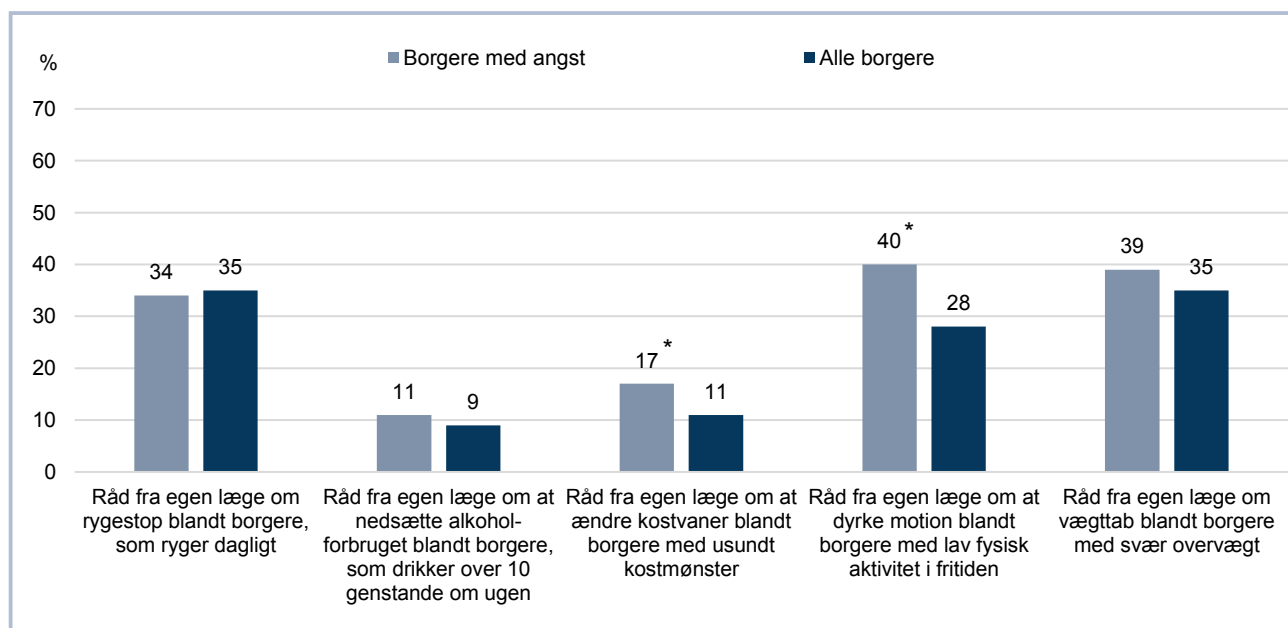
Der ses en betydelig variation i, hvilke adfærdsændringer borgere med angst og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt er blevet rådet til af egen læge i 2021 (Figur 17.2). Således ses det, at 40 % af borgere med angst og lav fysisk aktivitet i fritiden er blevet rådet til at dyrke motion, og 39 % af borgere med angst og svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig, mens det kun er 11 % med et alkoholindtag på over 10 genstande om ugen, der er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, og 17 % med et usundt kostmønster, der er blevet rådet til at ændre kostvaner.

Sammenlignet med alle borgere i regionen ses for borgere med angst i de fleste tilfælde ikke forskel i andelen, som er blevet

rådet til adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt (Figur 17.2). Der ses imidlertid en større andel blandt borgere med angst sammenlignet med regionen som helhed, som har fået råd fra egen læge om ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster, og som har fået råd om at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden. Det ses f.eks. for råd om at dyrke motion blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, at andelen er 40 % for borgere med angst og 28 % for regionen samlet set.

Sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme ligger borgere med angst i den høje ende med hensyn til andelen, som er blevet rådet til hhv. at ændre kostvaner og dyrke motion af egen læge blandt borgere, som har usundt kostmønster eller lav fysisk aktivitet i fritiden, men omvendt i den lave ende, hvad angår andelen, som er blevet rådet til at stoppe med at ryge blandt borgere, som ryger dagligt.

Figur 17.2 Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab blandt borgere med angst, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt



* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (alle borgere).

17.6 Litteratur

1. Bentzen J, Nielsen LT, Jepsen KYB, Vendsborg P. Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark. Psykiatrifonden; 2021 jun.
2. Psykiatrifonden. Angst [Internet]. Psykiatrifonden. 2022 [henvist 27. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/angst>

3. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

Bilag

Bilag A: Afgrænsning af kroniske sygdomme

Diabetes

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med diabetes identificeret vha. oplysninger fra nationale registre. Den præcise afgrænsning af diabetes fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere

detaljer om afgrænsning af diabetes henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med diabetes i Sundhedsprofil 2021

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose **og/eller** inden for en 12-månedersperiode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående **og/eller** har modtaget fodterapi i forbindelse med diabetesbehandling:

ICD-10 koder fra LPR:

- E10-E14 (type 1-diabetes, type 2-diabetes, diabetes forårsaget af underernæring, andre former for diabetes og ikke specificeret diabetes)
- H28.0 og H36.0 (diabetisk katarakt, diabetisk retinopati)

ATC-koder fra Lægemiddeldatabasen:

- A10 (midler mod diabetes)
- Dog ignoreres ATC-kode A10BA02 (metformin) til kvinder i alderen 20-40 år på udleveringsdatoen

Ydelseskoder fra Sygesikringsregisteret:

- Specialekode 54 (fodterapi hos patient med diabetes)

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

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

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

Hjertesygdom

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med hjertesygdom identificeret vha. oplysninger fra nationale registre. Den præcise afgrænsning af hjertesygdom fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af hjertesygdom henvises

til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med hjertesygdom i Sundhedsprofil 2021

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

ICD-10-koder fra LPR:

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

ATC-koder fra Lægemiddeldatabasen:

- C01A, C01B, C01D, C01E (hjerteglykosider, midler mod uregelmæssig hjerterytme eller hjertekrampe og andre midler til hjerteterapi)
- C03 (diuretika) med indikationskode 430 'Hjertesvigt'
- C07 (betablokkere) med indikationskode 430 'Hjertesvigt'
- C09A (ACE-hæmmere) med indikationskode 430 'Hjertesvigt'
- C09CA (angiotensin2-receptorblokkere) med indikationskode 430 'Hjertesvigt'

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

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

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

Apopleksi

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med apopleksi identificeret vha. oplysninger fra nationale registre. Den præcise afgrænsning af apopleksi fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere

detaljer om afgrænsning af apopleksi henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med apopleksi i Sundhedsprofil 2021

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

ICD-10-koder fra LPR:

- G45 (undtagen 45.4), G46 (episodiske og anfaldsvise lidelser, f.eks. TCI)
- I60-I64 (undtagen I62) (karsygdomme i hjernen, f.eks. hjerneblødning og blodprop i hjernen)
- I69 (senfølger efter karsygdomme i hjernen)

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

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

Kræft

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med kræft identificeret vha. oplysninger fra nationale registre. Den præcise afgrænsning af kræft fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer

om afgrænsning af kræft henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med kræft i Sundhedsprofil 2021

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

ICD-10-koder fra LPR:

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

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

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

Kronisk obstruktiv lungesygdom

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) identificeret vha. oplysninger fra nationale registre. Den præcise afgrænsning af KOL fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af KOL

henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom i Sundhedsprofil 2021

Alle borgere på mindst 35 år^a, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^b med en af nedenstående ICD10-koder som aktions- eller bidiagnose **og/eller** inden for en 12-månedersperiode i løbet af de foregående fem år har indløst to recepter^c på to forskellige datoer med ATC-koder og indikationskoder blandt nedenstående **og/eller** inden for de seneste fem år har fået foretaget mindst to spirometri-undersøgelser i almen praksis på forskellige datoer defineret ud fra nedenstående ydelseskoder.

ICD10-koder fra LPR:

- ICD10-koder: J44 (kronisk obstruktiv lungesygdom)

ATC-koder fra Lægemiddeldatabasen:

- R03AC, R03AK, R03BA, R03BB, R03CC, R03DA, R03DC, (selektive beta-2-agonister til inhalation, glukokortikoid i kombination med langtidsvirkende β 2-agonist, glukokortikoider til inhalation, antikolinergika til inhalation, selektive beta-2-agonister, xanthiner, leukotrien-receptorantagonister), men kun hvor recepterne har indikationskode 379 (ved KOL) eller 464 (mod opblussen i KOL). Hvis indikationskoden er 0 eller uoplyst for alle recepter med ATC-kode R03 for den enkelte borger i hele perioden (fem år), inkluderes receptindløsninger med ovenstående ATC-koder i definitionen af KOL alligevel, medmindre borgeren har kontakter i LPR med ICD10-koderne J45-J46 (som indgår i kriteriet for astma).

Ydelseskoder fra Sygesikringsregisteret:

- 7113, 7121 (spirometri, kun for speciale 80, almen praktiserende læge)

Borgere under 35 år kan ifølge ovenstående definition ikke have KOL og har således en forekomst på 0,0 % i alle opgørelser af KOL.

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

^a Borgeren skal være 35+ år på datoen for kontakten i LPR, datoen for den sidste receptudlevering eller datoen for sidste spirometri. Borgere under 35 år indgår stadig i alle opgørelser af KOL.

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

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

Allergi

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med allergi identificeret via spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen. Opgørelser af allergi er baseret på data indsamlet på CKFF i 2021, 2017 og 2013. Den præcise afgrænsning af allergi fremgår

af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af allergi henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med allergi i Sundhedsprofil 2021

Borgere med allergi inkluderer i denne rapport borgere, som på minimum ét af spørgsmålene om allergi for 'allergisk snue', 'fødevareallergi' eller 'anden allergi' har svaret 'ja, det har jeg nu' eller har svaret 'ja, det har jeg haft tidligere' og har svaret 'ja' til stadig at have eftervirkninger.

Inflammatorisk ledsygdom

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med inflammatorisk ledsygdom identificeret vha. oplysninger fra nationale registre. Den præcise afgrænsning af inflammatorisk ledsygdom fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af

inflammatorisk ledsygdom henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med inflammatorisk ledsygdom i Sundhedsprofil 2021

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

ICD-10-koder fra LPR:

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

ATC-koder fra Lægemiddeldatabasen:

- M01C, L04AA13, A07EC01 (specifikke antiinflammatoriske og antireumatiske midler)
- P01BA01, P01BA02 (aminochinoliner)
- M04AA01, M04AA03, M04AB01 (midler mod urinsyreigt)
- L04AX03 (methotrexat mod inflammatoriske og reumatiske sygdomme)

Følgende indikationskoder kobles til alle de nævnte ATC-koder: 147, 402, 406 og 641.

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

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

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

Slidgigt

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med slidgigt identificeret via spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen. Opgørelser af slidgigt er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. Den præcise afgrænsning af slidgigt

fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af slidgigt henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med slidgigt i Sundhedsprofil 2021

Borgere med slidgigt inkluderer i denne rapport borgere, som på spørgsmål om kronisk sygdom for 'slidgigt' har svaret 'ja, det har jeg nu' eller har svaret 'ja, det har jeg haft tidligere' og har svaret 'ja' til stadig at have eftervirkninger.

Ryggsygdom

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med ryggsygdom identificeret via spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen. Opgørelser af ryggsygdom er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. Den præcise afgrænsning af

ryggsygdom fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af ryggsygdom henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med ryggsygdom i Sundhedsprofil 2021

Borgere med ryggsygdom inkluderer i denne rapport borgere, som på spørgsmål om kronisk sygdom for 'diskusprolaps eller andre ryggsygdomme' har svaret 'ja, det har jeg nu' eller har svaret 'ja, det har jeg haft tidligere' og har svaret 'ja' til stadig at have eftervirkninger.

Knogleskørhed

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med knogleskørhed identificeret vha. oplysninger fra nationale registre. Den præcise afgrænsning af knogleskørhed fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af knogleskørhed

henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med knogleskørhed i Sundhedsprofil 2021

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

ICD-10-koder fra LPR:

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

ATC-koder fra Lægemiddeldatabasen:

- M05BA01, M05BA04, M05BA06, M05BA07, M05BB01, M05BB03, M05BX03, G03XC01, H05AA02, H05AA03 (midler med virkning på knoglestruktur og mineralisering, raloxifen, teriparatid, parathyroideahormon)

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

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

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

Kroniske smerter

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med kroniske smerter identificeret via spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen. Opgørelser af kroniske smerter er baseret på data indsamlet på CKFF i 2021. Den præcise afgrænsning af kroniske

smerter fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af kroniske smerter henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med kroniske smerter i Sundhedsprofil 2021

Borgere med kroniske smerter inkluderer i denne rapport borgere, som har svaret 'ja' til spørgsmålet: "Har du vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter, der har varet i tre måneder eller mere? Med hyppigt tilbagevendende menes mindst 15 dage pr. måned".

Migræne eller hyppig hovedpine

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med migræne eller hyppig hovedpine identificeret via spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen. Opgørelser af migræne eller hyppig hovedpine er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. Den præcise afgrænsning af migræne eller hyppig

hovedpine fremgår af tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af migræne eller hyppig hovedpine henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med migræne eller hyppig hovedpine i Sundhedsprofil 2021

Borgere med migræne eller hyppig hovedpine inkluderer i denne rapport borgere, som på spørgsmål om kronisk sygdom for 'migræne eller hyppig hovedpine' har svaret 'ja, det har jeg nu' eller har svaret 'ja, det har jeg haft tidligere' og har svaret 'ja' til stadig at have eftervirkninger.

Depression

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med depression identificeret via oplysninger fra hhv. spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen og nationale registre. I denne rapport inkluderes udelukkende registerbaseret depression. Den præcise afgrænsning af registerbaseret depression fremgår af

tekstboksen nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af depression (både registerbaseret og selvrapporteret) henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med depression (registerbaseret) i Sundhedsprofil 2021

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD-10-koder som aktionsdiagnose **og/eller** inden for en 12-månedersperiode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående.

ICD-10-koder fra LPR:

- F32 og F33 (depressiv enkeltepisode og periodisk depression)

ATC-koder fra lægemiddeldatabasen:

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

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

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

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

Angst

I Sundhedsprofil 2021 er borgere med angst identificeret via oplysninger fra hhv. spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen og nationale registre. I denne rapport inkluderes udelukkende registerbaseret angst. Den præcise afgrænsning af registerbaseret angst fremgår af tekstboksen

nedenfor. For yderligere detaljer om afgrænsning af angst (både registerbaseret og selvrapporteret) henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Kronisk sygdom' (1), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Definition af borgere med angst (registerbaseret) i Sundhedsprofil 2021

Alle borgere, som inden for de foregående fem år har haft mindst én LPR-kontakt^a med en af nedenstående ICD-10-koder som aktionsdiagnose **og/eller** inden for en 12-månedersperiode, i løbet af de foregående fem år, har indløst to recepter^b på to forskellige datoer med ATC-koder blandt nedenstående.

ICD-10-koder fra LPR:

- F40, F41, F42 og F43 (fobiske angsttilstande, andre angsttilstande, obsessiv-kompulsiv tilstand samt reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner)

ATC-koder fra Lægemiddeldatabasen:

- Alle recepter med indikationskoderne 163 og 371 (mod angst)

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

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

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

Bilag B: Måling af fysisk og mental sundhed

Livskvalitet

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af **dårlig eller meget dårlig livskvalitet** i Sundhedsprofil 2021. Borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet inkluderer i denne rapport borgere, som har svaret "dårlig" eller "meget dårlig" til nedenstående spørgsmål.

Opgørelser af livskvalitet er baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017. For yderligere detaljer om opgørelser af livskvalitet henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af livskvalitet:

- "Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?"

Selvvrurderet helbred

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af **mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred** i Sundhedsprofil 2021. Borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred inkluderer i denne rapport borgere, som har svaret "mindre godt" eller "dårligt" til nedenstående spørgsmål. Opgørelser af selvvurderet helbred er

baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. For yderligere detaljer om opgørelser af selvvurderet helbred henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af selvvurderet helbred:

- "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?"

Smerter eller ubehag i bevægeapparatet

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af andelen, som er **meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet** i Sundhedsprofil 2021. Borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, inkluderer i denne rapport borgere, som har svaret "ja, meget" til minimum ét af de tre nedenstående spørgs-

mål. Opgørelser af smerter eller ubehag i bevægeapparatet er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. For yderligere detaljer om opgørelser af smerter eller ubehag i bevægeapparatet henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af smerter eller ubehag i bevægeapparatet:

- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke? Var du meget eller lidt generet af det?
- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led? Var du meget eller lidt generet af det?
- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd? Var du meget eller lidt generet af det?

Fysisk og mentalt helbred

Til måling af borgernes fysiske- og mentale helbred anvendes Short Form Health Survey (SF-12). På baggrund af 12 spørgsmål bestemmes helbredsstatus i to dimensioner: fysisk helbred og mentalt helbred. Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene i SF-12, som danner baggrund for opgørelser af **lav score på den fysiske helbredsskala** samt **lav score på den mentale helbredsskala** i Sundhedsprofil 2021. Opgørelser af fysisk og

mentalt helbred er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. For yderligere detaljer om SF-12 scoren og opgørelser af fysisk og mentalt helbred henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af den fysiske og mentale helbredsskala:

- Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?
- Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget? (Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle; At gå flere etager op ad trapper)
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?
- Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger: Har du følt dig rolig og afslappet?; Har du været fuld af energi?; Har du følt dig trist til mode?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtinge osv.)?

Ensomhed

Til måling af ensomhed anvendes the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), som består af tre spørgsmål. Tekstboksen nedenfor viser de tre spørgsmål i T-ILS, som danner baggrund for opgørelser af **ensomhed** i Sundhedsprofil 2021. Opgørelser af ensomhed er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i

2021 og CKFF i 2017. For yderligere detaljer om T-ILS scoren og opgørelser af ensomhed henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af ensomhed:

- Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
- Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
- Hvor ofte føler du dig udenfor?

Stress

Til måling af stress anvendes Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som består af ti spørgsmål. Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene i PSS, som danner baggrund for opgørelser af **høj score på stressskalaen** i Sundhedsprofil 2021. Opgørelser af stress er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017

og 2013. For yderligere detaljer om PSS scoren og opgørelser af stress henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af stressskalaen:

- Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:
- Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?
- Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?
- Har du følt dig nervøs og "stresset"?
- Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?
- Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?
- Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?
- Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritations-momenter?
- Har du følt, at du havde styr på tingene?
- Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?
- Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?

Bilag C: Måling af sundhedsadfærd og risikofaktorer

Rygevaner

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af **daglig rygning** i Sundhedsprofil 2021.

Borgere, som ryger dagligt, inkluderes i denne rapport borgere, som har svaret "ja, dagligt" til nedenstående spørgsmål.

Opgørelser af daglig rygning er baseret på data indsamlet på

CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. For yderligere detaljer om opgørelser af rygevaner henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af daglig rygning:

- Ryger du (gælder ikke e-cigaretter)?

Ugentligt alkoholindtag

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af andelen, der **drikker over 10 genstande om ugen** i Sundhedsprofil 2021. Opgørelser af ugentligt alkoholindtag er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i

2021, 2017 og 2013. For yderligere detaljer om opgørelser af ugentligt alkoholindtag henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af ugentligt alkoholindtag:

- Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Kostmønstre

Til måling af kostmønstre anvendes en kostscore, som er baseret på information om indtag af frugt, grønt, fisk og fedt.

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene i kostscoren, som danner baggrund for opgørelser af **usundt kostmønster** i Sundhedsprofil 2021. Opgørelser af usundt kostmønster er ba-

seret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. For yderligere detaljer om kostscoren og opgørelser af kostmønstre henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af kostmønstre:

- Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på? (Smør, Kærgården eller tilsvarende; minarine eller plante-margarine; fedt; spiser brød uden fedtstof på)
- Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg? (Pålæg, kød; fiskepålæg; æg; pålægssalater eller mayonnaisesalater)
- Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad? (Kød; fjerkræ; fisk; grønsags- eller vegetarretter)
- Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager? (Blandet salat, råkost; andre rå grøntsager; tilberedte grøntsager)
- Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen? (Stegemargarine; plante-margarine; smør, Kærgården og lignende; fedt/palmin; olivenolie; majs-, solsikke- eller vindrukerneolie; rapsolie, madolie, salatolie; laver mad uden fedtstof)
- Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

Bevægelsesvaner i fritiden

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af **lav fysisk aktivitet i fritiden** i Sundhedsprofil 2021. Borgere som har lav fysisk aktivitet i fritiden inkluderer borgere, der har svaret 'læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse' til nedenstående spørgsmål.

Opgørelser af lav fysisk aktivitet i fritiden er baseret på data

indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2013 og CKFF i 2017. For yderligere detaljer om opgørelser af bevægelsesvaner i fritiden henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af bevægelsesvaner i fritiden:

- Hvis du ser på det seneste år, hvad vil du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet?

Vægt

Til måling af svær overvægt anvendes body mass index (BMI) og WHO's grænseværdier for BMI hos voksne. Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af **svær overvægt** (dvs. BMI $\geq$ 30) i Sundhedsprofil 2021. Opgørelser af vægt er baseret på data indsamlet på CKFF

og SIF i 2021, 2017 og 2013. For yderligere detaljer om BMI, WHO's grænseværdier og opgørelser af vægtgrupper henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af vægtgrupper:

- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

Søvnproblemer

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af andelen, som er **meget generet af søvnproblemer**, i Sundhedsprofil 2021. Borgere som er meget generet af søvnproblemer, inkluderer borgere, der har svaret 'ja, meget generet' til nedenstående spørgsmål. Opgørelser af søvnproble-

mer er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013. For yderligere detaljer om opgørelser af søvnproblemer henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af søvnproblemer:

- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af søvnbesvær, søvnproblemer? Var du meget eller lidt generet af det?

Bilag D: Måling af ønske om adfærdsændring eller vægttab

Ønske om adfærdsændring eller vægttab

Tekstboksen nedenfor viser de spørgsmål, som i Sundhedsprofil 2021 danner baggrund for opgørelser af **ønske om adfærdsændring eller vægttab**. Opgørelser af ønske om adfærdsændring eller vægttab er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013 (ønske om at være mere fysisk aktiv dog kun

på data fra CKFF i 2017). For yderligere detaljer om opgørelser af ønske om adfærdsændring eller vægttab henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af ønske om adfærdsændring eller vægttab:

- Vil du gerne holde op med at ryge?
- Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?
- Vil du gerne spise mere sundt?
- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?
- Vil du gerne tabe dig?

Bilag E: Måling af råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

Tekstboksen nedenfor viser de spørgsmål, som i Sundhedsprofil 2021 danner baggrund for opgørelser af **råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab**. Opgørelser af råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013 (råd om at dyrke

motion dog kun på data fra CKFF i 2017). For yderligere detaljer om opgørelser af råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (2), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab:

- Har du været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at holde op med at ryge?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at ændre dine kostvaner?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tabe dig?



**Region
Hovedstaden**

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

www.ckff.dk
Telefon: 38 16 31 00