

Sundhedsprofil

Faaborg-Midtfyn Kommune



Sundhedsprofil Faaborg-Midtfyn Kommune

Udgivet af Region Syddanmark.

Udarbejdet med bidrag fra sundhedsområderne i Fyns, Ribe, Vejle og Sønderjyllands Amter samt Embedslægerne Syddanmark.

Redaktion: Sundhedsforvaltningen, Sønderjyllands Amt.

Rapporten kan rekvireres hos kommunen.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	5
2. Befolkningskarakteristika	7
Aldersfordeling og prognoser.....	7
Sundhed og uddannelsesniveau.....	8
Arbejdsmarked.....	8
3. Sundhedsadfærd	9
4. Ydelser i sundhedsvæsenet.....	11
Forbruget af sygesikringsydelser	11
Forbruget af sygehusydelser	14
5. Folkesygdomme	17
Diabetes 2	18
Hjerte-kar-sygdomme	20
Knogleskørhed – osteoporose.....	22
Muskel- og skeletlidelser	24
Kronisk obstruktiv lungesygdom - KOL.....	25
Forebyggelig kræft.....	27
Overfølsomhedssygdomme (Astma- og allergi).....	29
Psykiske lidelser	30
Psykiske lidelser i Faaborg-Midtfyn Kommune	32
6. Misbrug.....	33
Stofmisbrug	33
Alkoholmisbrug	33
7. Sundhedsøkonomi.....	35
8. Bilag: Datagrundlag	37
Befolkningsdata.....	38
Data om sundhedsadfærd mv. (SuSy 2000).....	40
Data for forbrug af ydelser.....	41
Dataudtræk om folkesygdomme (eSundhed)	43
Datagrundlag, metoder og begreber vedr. psykiatri	45
Datamateriale vedr. misbrug.....	46
Datamateriale vedr. sundhedsøkonomi og kommunal medfinansiering	47

1. Introduktion

Med den nye sundhedslov får kommunerne et større ansvar for at løse opgaver på sundhedsområdet, både i kommunen men også på tværs af sektorerne. Kommunerne har blandt andet fremover fået opgaven at skabe rammerne for en sund levevis og for at etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Herudover har kommunerne også fået medansvar for finansiering af sundhedsvæsenet, både det somatiske og psykiatriske.

Dette betyder, at der er brug for et videngrundlag til at planlægge både indsats og økonomi.

En sundhedsprofil er en af de datakilder, der kan understøtte planlægningen af indsatsen i kommunerne. En sundhedsprofil kan indgå i grundlaget for:

- den borgerrettede forebyggende og sundhedsfremmende indsats som kommunerne nu får ansvaret for,
- den patientrettede forebyggelse som kommunen skal løse selv eller i samarbejde med regionen,
- dimensionering af de øvrige kommunale sundhedsydelser som skal "spille" sammen med de regionale ydelser samt endelig
- den sundhedsøkonomiske del.

En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af et områdes sundhedsforhold. En profil skal derfor ideelt set indeholde en helbredsprofil, en livsstilsprofil, en levekårsprofil, en sundhedsvæsenprofil og en demografisk profil. I praksis varierer indholdet af sundhedsprofiler dog meget.

Denne sundhedsprofil

"Sundhedsprofil for Faaborg-Midtfyn Kommune" imødekommer en del af disse krav, og indeholder et udpluk af mange eksisterende data, som er fundet ved at gå ind i forhåndenværende kilder. Men mange af de eksisterende

data er skabt ud fra den nuværende struktur og organisering på sundhedsområdet, og en del data, som synes nødvendige i dag, findes slet ikke. Det betyder, at data kun i et vist omfang "passer" til den nye organisering og opgavefordeling, og at en del data simpelthen ikke kan skaffes nu og her. De anvendte datakilder er alle fra perioden 2000-2005.

På grund af de forskellige anvendte datakilder kan der være forskelle mellem tilsyneladende ens oplysninger på tværs af profilens emner og afsnit.

En anden usikkerhedskilde er, at data nødvendigvis har måttet trækkes på de eksisterende kommuner, hvorved der ikke har kunnet tages højde for kommuner der har delt sig i den nye struktur. Usikkerheden herved skønnes til få procent for de berørte kommuner.

Indholdet i hovedtræk

Denne sundhedsprofil søger at skabe grundlag for, at kommunerne kan danne sig et overblik over sundhedsopgaven som helhed. Desuden giver den en pejling på særlige opmærksomhedsområder i sundhedsplanlægningen, herunder befolknings-sammensætningen, sundhedsproblemernes omfang, forbruget af visse sundhedsydelser og den kommunale medfinansiering. Samtidig kan profilen også bruges som planlægningsgrundlag for kommunens generelle udviklingsplan, da arbejdsmarkeds- og uddannelsesforhold, trafikale forhold, kulturtilbud og rekreative områder, skoler, daginstitutionstilbud mv. har betydning for borgernes sundhedsadfærd og sundhed, og hermed kommunens udviklingsmuligheder.

Befolkningssammensætningen har stor betydning for sundheds- og sygelighedsmønstret i en kommune. Jo flere med lav eller ingen uddannelse, og jo flere ældre, jo større behov vil der være for sundhedsydelser og en målrettet

sundhedsfremmende og forebyggende indsats. De dårligst stillede og ældre bærer langt den største sygdomsbyrde i forhold til bedre stillede og yngre.

Data for befolkningens sundhedsadfærd viser i grove træk, hvorledes livsstilsfaktorerne fordeler sig. Data er fra 2000, og de kan derfor have ændret sig, men erfaringsmæssigt er der kun begrænsede udsving over tid.

Nye data for 2005 er på trapperne og de kan om kort tid findes på www.sifolkesundhed.dk, som er Statens Institut for Folkesundheds hjemmeside.

Sygehus- og sygesikringsydelse viser forbruget på aldersgrupper. Sundhedsstyrelsens database eSundhed er ved at blive pilottestet, og den vil i færdig udgave blive stedet, hvor kommunen finder forbrugsdata på sundhedsområdet fremover.

Forekomsten af folkesygdomme er en opgørelse over de 8 hyppigst forekommende sygdomme, og kan anvendes som en pejling på antallet af borgere i en kommune med en af de anførte sygdomme. Endvidere er forekomsten af alkohol- og stofmisbrug søgt belyst. Sammenholdt med data om livsstilsfaktorerne kan oplysningerne bruges til at prioritere den forebyggende indsats, både den indsats, der skal forebygge tilgang af nye sygdomstilfælde, og den indsats, som skal forebygge, at sygdommen udvikler sig, eller at der bliver brug for indlæggelse mv. Der er i høj grad brug for at udvikle datagrundlag på landsplan om forekomsten af kroniske sygdomme i befolkningen.

Data til brug for at kunne håndtere den aktivitetsbestemte medfinansiering og grundbidraget er i sagens natur endnu sparsomme. Heri er angivet kommunens grundbidrag og et estimat for den formodede aktivitetsbestemte medfinansiering i alt og pr. indbygger pr. år. Den hidtidige aktivitetsudvikling er beskrevet, og kan give et fingerpeg om, hvorledes vækstraten vil være fremover. Sundhedsstyrelsens database

eSundhed er også her fremover stedet, hvor man finder data vedrørende takster og udgifter til den kommunale medfinansiering.

I rapporten er endelig i bilag medtaget henvisninger til datakilder, definitioner og metoder for hvert af sundhedsprofilens emner.

Udarbejdelse af sundhedsprofilen

Sundhedsprofilen er udarbejdet af de 4 syddanske amter i fællesskab med bistand fra Embedslægerne Syddanmark og stilles til rådighed for de nye kommuner af Region Syddanmark.

2. Befolkningskarakteristika

Aldersfordeling og prognoser

I nærværende afsnit er det alene alderssammensætningen og udviklingen heri der behandles.

Alderssammensætning har stor betydning, da langt de fleste folkesygdomme manifesterer sig i alderdommen. Især hjertesygdom og diabetes er fremherskende i den ældre del af befolkningen. Væsentligt er det dog at have fokus på børn og unge, da de fleste folkesygdomme grundlægges i barndommen og ungdommen.

Den generelle udvikling går i retning af at det danske samfund "ældes", således at ældre og gamle udgør en stigende andel af den samlede befolkning.

I Faaborg-Midtfyn Kommune ses ligeledes en tendens til en aldrende befolkning. Også den generelle tendens til en mindre tilvækst i folketal, afspejles i tallene for Faaborg-Midtfyn Kommune.

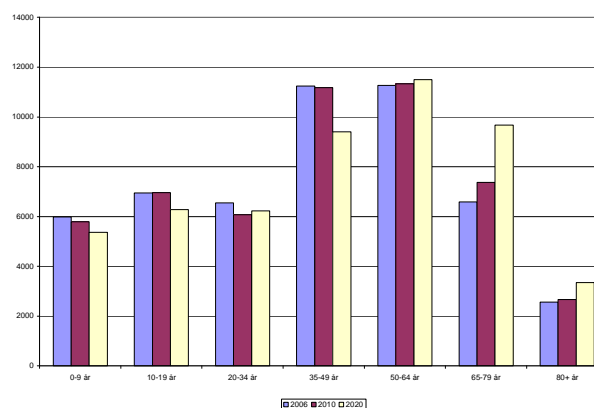
Af nedenstående tabel fremgår det, at der vil være en lille vækst i befolkningstallet. I 2006 er der 51.144 borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune og i 2020 vil der være 51.788 borgere. Dette svarer til en stigning i befolkningsantallet på 640 personer.

Samtidig skal det bemærkes, at der er en aldersforskydning opad, idet væksten sker i aldersgruppen fra de 50 årige og op efter. Og især antallet over 65 år forøges, med ca. 3.800 personer.

Befolkningsfremskrivning for aldersgrupper

Aldersgruppe	2006	2010	2020
0-9	5.989	5.785	5.369
10-19	6.944	6.963	6.274
20-34	6.548	6.073	6.231
35-49	11.248	11.181	9.404
50-64	11.264	11.335	11.497
65-79	6.586	7.367	9.669
80-	2.565	2.669	3.344
I alt	51.144	51.373	51.788

Befolkningsfremskrivning for aldersgrupper

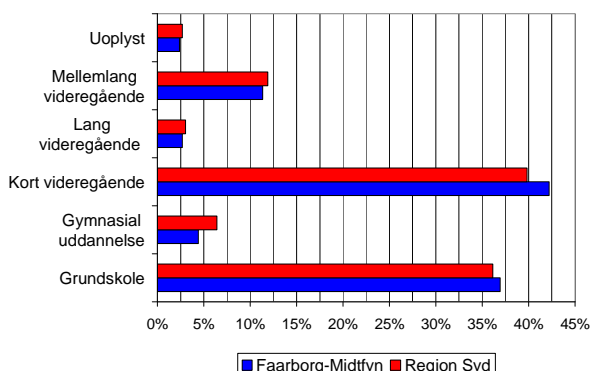


Sundhed og uddannelsesniveau

Borgernes uddannelsesniveau udgør en kendt bagvedliggende social determinant for folkesundheden. Lavt uddannelsesniveau er relateret til såvel højere sygelighed og dødelighed som til flere indlæggelser og besøg hos alment praktiserende læger.

Uddannelsesniveautet i Faaborg-Midtfyn Kommune er som helhed lidt lavere end i Region Syddanmark. Tre ting er værd at bemærke. For det første var andelen med grundskole i Faaborg-Midtfyn Kommune i 2004 stort set den samme som i regionen. Grundskole betragtes som et lavt uddannelsesniveau. Denne risikofaktor er dermed ikke så iøjnefaldende i Faaborg-Midtfyn Kommune sammenlignet med flere andre kommuner i regionen. Samtidig var andelen med korte uddannelser i Faaborg-Midtfyn Kommune dog ca. 6% lavere end i regionen.

Højest fuldførte uddannelse (16-69-årige), 2004-tal



For det tredje var andelen med gymnasial uddannelse – svarende til uddannelse på mellemniveau – hele 31% lavere i Faaborg-Midtfyn Kommune end i regionen.

Arbejdsmarked

Arbejdsmarkedsdata kan ligeledes udgøre et grundlag for en vurdering af størrelsen af risikogrupper. Især ledighedsprocenten er interessant, ledige ifølge mange undersøgelser i højere grad har en risikobetonet sundhedsadfærd. Samtidig er arbejdsløshed ofte forbundet med lavt uddannelsesniveau.

Det er dog ligeledes relevant at se på beskæftigelsesfrekvensen, dvs. den procentvise andel blandt de 16-66-årige, der er i arbejde. Både arbejdsløse borgere og ikke-uddannelsessøgende borgere uden for arbejdsstyrken oplever i højere grad langvarige og hæmmende sygdomme. En lav beskæftigelsesfrekvens kan derfor indikere nogle risikogrupper, især hvis antallet af uddannelsessøgende i kommunen er normalt eller mindre end normalt. Uddannelsessøgende betragtes også som uden for arbejdsstyrken, men forbruger færre sundhedsydelse end både førtidspensionister og efterlønsmodtagere.

Arbejdsstyrke, beskæftigelse og ledighed for 16-66-årige, 2005-tal

Arbejdsmarkeds-tilknytning	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk
Erhvervsfrekvens	75,80	75,76
Beskæftigelsesfrekvens	72,45	72,08
Ledighedsprocent	5,63	5,75

Der var i 2005 ingen større forskelle mellem Faaborg-Midtfyn Kommune og regionen. Ledigheden var omkring 5,63%, svarende til 1.400 borgere. På den baggrund ser det i Faaborg-Midtfyn Kommune ikke ud til, at den samlede andel ikke-beskæftigede borgere blandt de 16-66-årige, med et forventeligt højere forbrug af sundhedsydelse, er væsentligt større end i den samlede region.

3. Sundhedsadfærd

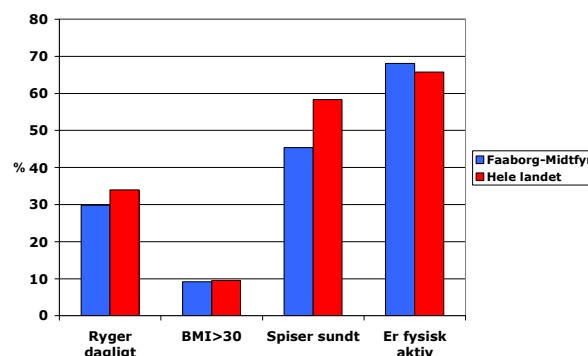
Borgernes sundhedsadfærd spiller en afgørende rolle for udviklingen af sygeligheden i kommunen og dermed også for borgernes forbrug af sundhedsydelser. Viden om borgernes sundhedsadfærd udgør derfor et væsentligt afsæt for den primære sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats. I det følgende præsenteres fire indikatorer for sundhedsadfærd, nemlig daglig rygning, svær overvægt og to former for adfærd, som den enkelte udøver med det formål eller den tanke, at adfærd kan eller skal være sund.

De anvendte tal er fra en stor landsdækkende spørgeskemaundersøgelse fra år 2000, ved navn SuSy 2000 lavet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Her var der 17.000 svarpersoner, hvoraf kun 141 af disse var Faaborg-Midtfyn-borgere. Tallene for kommunen må derfor læses med forbehold (se mere herom og om de valgte indikatorer i bilag).

Figuren viser de fire valgte indikatorer. Godt 30% ryger dagligt, hvilket svarer til 12.000 borgere. Denne andel daglige rygere i Faaborg-Midtfyn Kommune svarer ret godt til andelen i hele landet, som er 34%. På landsplan er der flere daglige rygere blandt de 45-66-årige og blandt de lavest uddannede.

Samlet er der dog i de seneste 15-20 år blevet færre daglige rygere. I 1987 var andelen 44%, mens de nyeste SuSy-tal fra 2005 viser et fald til ca. 30%, der ryger dagligt. Hvad angår storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) er udviklingen ikke helt så positiv. Knap 20 % af landets voksne befolkning var storrygere i 2000, stort set det samme som i 1987.

Indikatorer for sundhedsadfærd



Body Mass Index (BMI) benyttes til at angive vægtgrupper. BMI over 30 henviser til svær overvægt. Overvægt generelt og svær overvægt i særdeleshed kan direkte relateres til hjerte-karsygdomme og type 2-diabetes. Derudover er svær overvægt ofte forbundet med fysisk inaktivitet.

9% af Faaborg-Midtfyn Kommunes kommende borgere har opgivet oplysninger om kropsvægt og højde, der indikerer et alvorligt overvægtsproblem. Dette ligger tæt på landstallet. Ca. 3.700 af kommunens borgere må således forventes at være svært overvægtige. På dette område gælder det ligeledes, at der på landsbasis er flere svært overvægtige blandt de 45-66-årige og blandt de lavest uddannede. I modsætning til daglig rygning er der de seneste 15-20 år blevet flere svært overvægtige. På landsplan er der fra 1987 til 2000 næsten tale om en fordobling.

Der er i landsundersøgelsen også spurgt til, om svarpersonen spiser sundt kost eller er fysisk aktiv *for at bevare eller forbedre helbredet*.

Det ses her, at en 45% af Faaborg-Midtfyn Kommunes borgerne spiser sundt for at bevare eller forbedre helbredet. Tallet er højere end landstallet på 58%. Trods de generelle usikkerheder ved tallene, er forskellen mellem Faaborg-Midtfyn Kommune og hele lan-

det dog ret sikker på denne indikator. Forskellens størrelse er derimod mindre sikker (jf. bilag).

På baggrund af lands-resultaterne synes kvinder at være mere opmærksomme på at spise sundt for at bevare helbredet.

Ved den sidste indikator har ca. 68% af Faaborg-Midtfyn Kommunes borgere har tilkendegivet, at de dyrker motion/er fysisk aktive for at bevare eller forbedre helbredet. Tallet ligger tæt op ad landstallet på 66%.

Hvad angår de to sidstnævnte indikatorer for sundhedsadfærd (sund kost og motion/fysisk aktivitet), kan det ikke umiddelbart konkluderes, at de resterende borgere *ikke* spiser sund kost eller *ikke* er fysisk aktive. Især må følgende nemlig her tages i betragtning: Er det for en person (blevet) en vane at spise sundt eller være fysisk aktiv, tænker vedkommende ikke nødvendigvis over, at adfærden kan bevare eller forbedre helbredet.

Afslutningsvis skal nævnes, at det i Su-Sy 2000 er gældende, at forekomsten af daglig rygning og BMI over 30 er mere udbredt i de lavere socioøkonomiske grupper, som ikke faglærte og arbejdsløse, mens den sygdomsforebyggende adfærd (sund kost og fysisk aktivitet) er mindre udbredt i disse grupper.

4. Ydelser i sundhedsvæsenet

Forbruget af sygesikringsydelser

Forbruget på dette område beskrives ved befolkningens kontakt med dels de alment praktiserende læger, dels praktiserende speciallæger.

Forbruget i et lokalområde afhænger ikke kun af befolkningens sygelighed, men også af forhold som antallet af speciallæger i nærheden, afstanden til sygehus, sygehusets behandlingstilbud, de praktiserende lægers og vagtlægers adfærd samt andre behandlingsmuligheder.

Kontakter med alment praktiserende læge

Knap 90% af indbyggerne i Region Syddanmark har kontakt med deres alment praktiserende læge mindst én gang årligt. Kontakten består i konsultation i lægens klinik, telefonkonsultation og i sjældnere tilfælde i lægens besøg i hjemmet.

Omfanget af lægekontakter har imidlertid også sammenhæng med kønsfordelingen, idet kvinder har dobbelt så mange lægekontakter som mænd.

Antallet af lægekontakter har endvidere også sammenhæng med uddannelsesbaggrund og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Personer uden erhvervsuddannelse kontakter lægen dobbelt så ofte som personer med en lang videregående uddannelse.

Tilsvarende gælder, at personer uden for arbejdsstyrken kontakter lægen 2-3 gange så hyppigt som personer i arbejdsstyrken. En del af forklaringen er, at de førtidspensionerede er uden for arbejdsstyrken.

Som det fremgår af tabellen nedenfor var 90% af Faaborg-Midtfyn Kommunes indbyggere i 2004 i kontakt med deres alment praktiserende læge. Det er lidt

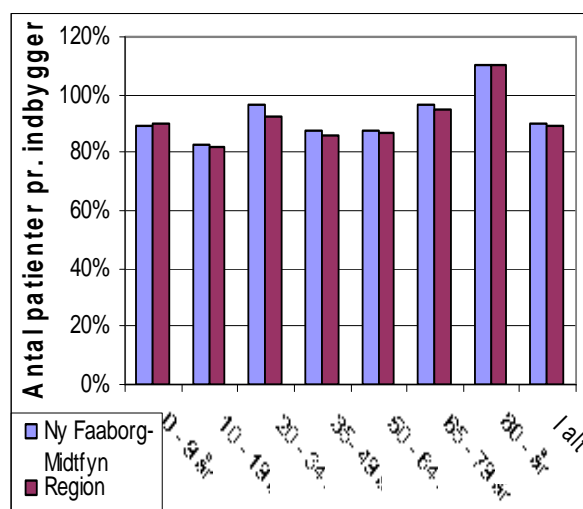
flere end i Region Syddanmark som helhed.

Patienter i almen praksis 2004

Alders-gruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	5.508	89%	90%
10-19	5.647	82%	82%
20-34	6.446	96%	92%
35-49	9.949	87%	86%
50-64	9.663	87%	86%
65-79	6.233	96%	95%
80-	2.777	111%	110%
I alt	46.223	90%	89%

Kilde: Amternes sygesikringssystemer

Patienter i almen praksis 2004



At det er angives, at der er mere end 100% af de mere end 80-årige, der har haft kontakt med almen praksis hænger sammen med opgørelsesmetoden (jf. bilag), hvorfor det er forskellen til tallet for regionen, der er interessant.

Ser man dernæst på, hvor mange gange i løbet af 2004 patienterne i gennemsnit har været i kontakt med deres egen læge viser tallene, at patienterne i Faaborg-Midtfyn Kommune har været der 7,7 gange imod 8,0 gange i den samlede region.

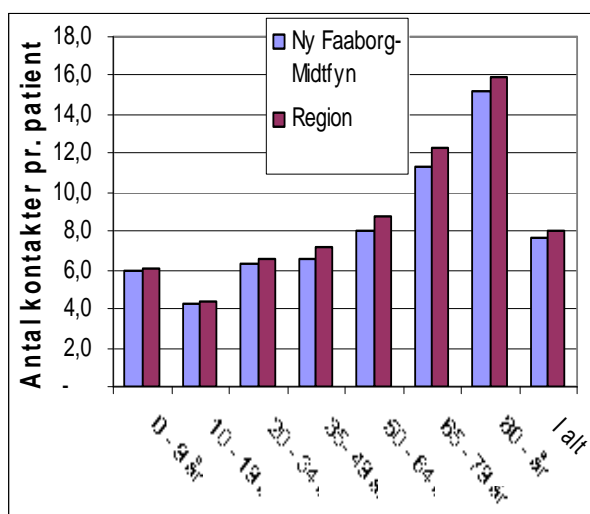
Af tabellen nedenfor fremgår, at det kun små forskelle i de forskellige aldersgrupper mellem Faaborg-Midtfyn Kommune og regionen i alt – dog størst for de ældste patienter.

Kontakter til almen læge pr. patient 2004

Alders-gruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	32.795	6,0	6,1
10-19	24.083	4,3	4,4
20-34	40.739	6,3	6,6
35-49	65.842	6,6	7,2
50-64	77.680	8,0	8,7
65-79	70.520	11,3	12,3
80-	42.193	15,2	16,0
I alt	353.852	7,7	8,0

Kilde: Amternes sygesikringsystemer

Kontakter til almen læge pr. patient 2004



Kontakter med praktiserende speciallæge

25,8% af indbyggerne i Region Syddanmark modtog i 2004 undersøgelser og behandlinger hos praktiserende speciallæge mindst én gang årligt. Praktiserende speciallæge omfatter blandt andet øjenlæger, ørelæger, gynækologer, psykiatere.

Kontakten foregår langt overvejende i lægens klinik, i meget mindre grad via telefonen og i sjældne tilfælde ved lægens besøg i hjemmet.

Som det fremgår af tabellen nedenfor blev 27,1% af indbyggerne i Faaborg-Midtfyn Kommune behandlet/undersøgt af praktiserende speciallæge i 2004.

Indbyggerne i Faaborg-Midtfyn Kommune har altså samlet set lidt oftere været i kontakt med praktiserende speciallæge som indbyggerne i resten af Region Syddanmark.

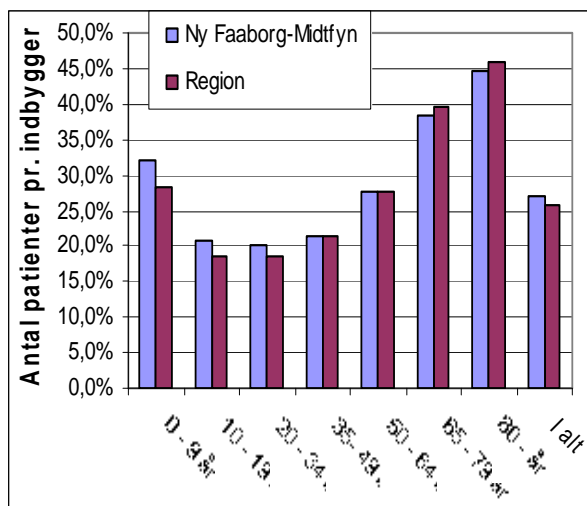
Lidt flere i de yngre og ældste aldersgrupper modtog behandlinger/ undersøgelser end regionens borgere i alt.

Patienter hos speciallæger 2004

Alders-gruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	1.984	32,2%	28,3%
10-19	1.419	20,7%	18,7%
20-34	1.354	20,2%	18,7%
35-49	2.443	21,5%	21,2%
50-64	3.079	27,8%	27,6%
65-79	2.484	38,4%	39,7%
80-	1.121	44,7%	45,8%
I alt	13.884	27,1%	25,8%

Kilde: Amternes sygesikringsystemer

Patienter hos speciallæger 2004



Ser man dernæst på antallet af behandlinger og undersøgelser, den enkelte patient i gennemsnit modtager hos den praktiserende speciallæge, ses at Faaborg-Midtfyn borgerne i gennemsnit modtager lidt flere behandlinger og undersøgelser. Tallene fremgår af nedenstående tabel.

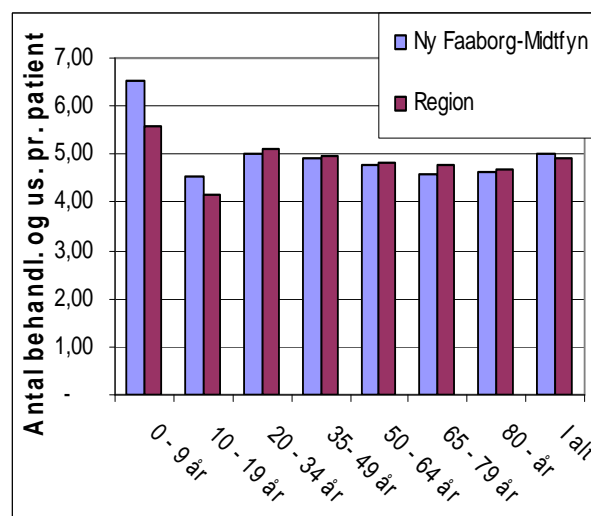
Gennemsnittet dækker over at de yngre patienter modtog lidt flere behandlinger og undersøgelser hos speciallæger, medens det de ældre patienter modtog lidt færre sammenlignet med regionens øvrige ældre borgere.

Behandlinger og undersøgelser hos speciallæger (ydelser) 2004

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	12.908	6,51	5,58
10-19	6.456	4,55	4,17
20-34	6.808	5,03	5,10
35-49	11.968	4,90	4,98
50-64	14.636	4,75	4,80
65-79	11.415	4,60	4,79
80-	5.204	4,64	4,66
I alt	69.395	5,00	4,91

Kilde: Amternes sygesikringsssystemer

Behandlinger og undersøgelser hos speciallæger (ydelser) 2004



Forbruget af sygehusydelser

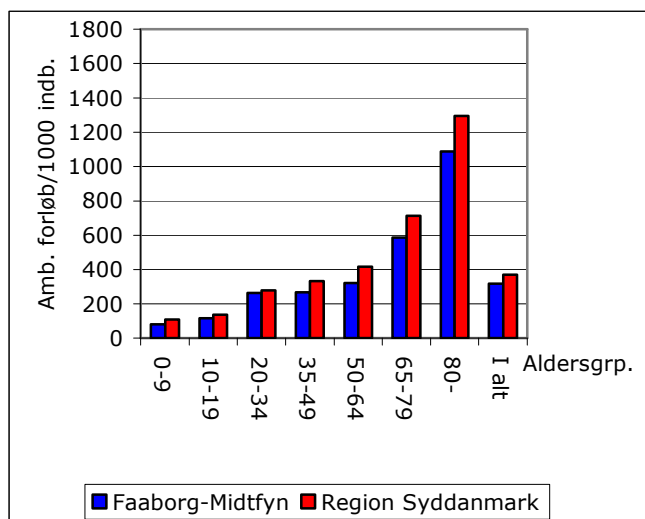
Sygehusforbruget beskrives ved de væsentligste typer ydelser: ambulante kontakter, indlæggelser og sengedage. Sygehusforbruget i et lokalområde afhænger imidlertid ikke kun af befolkningens sygelighed, men også af forhold som afstanden til sygehuset, sygehusets behandlingstilbud, de praktiserende lægers og vagtlægers adfærd

samt andre behandlingsmuligheder, f.eks. ved praktiserende speciallæger. Eksempelvis er forbruget af ambulante sygehusydelser pr. indbygger på Fyn jævnt hen 10% lavere end regionens gennemsnit, hvilket kan forklares ved det store antal praktiserende speciallæger.

Ambulante kontakter 2004

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	493	80,0	107,3
10-19	785	114,6	136,2
20-34	1.765	263,2	278,2
35-49	3.038	267,2	332,3
50-64	3.545	320,3	417,5
65-79	3.805	587,6	713,9
80-	2.731	1088,0	1295,8
I alt	16.162	316,0	371,5

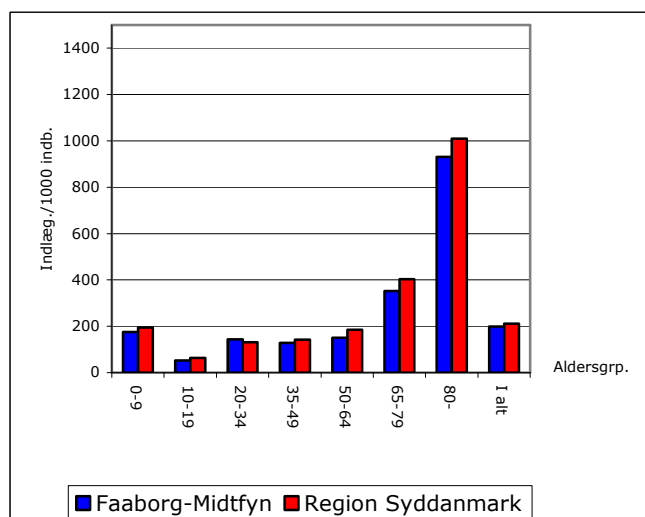
*Ambulante kontakter/1000 indb. i aldersgr.



Indlæggelser 2004

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	1.079	175,0	194,2
10-19	363	53,0	63,5
20-34	965	143,9	130,7
35-49	1.458	128,2	142,1
50-64	1.672	151,1	185,6
65-79	2.283	352,6	403,5
80-	2.337	931,1	1010,1
I alt	10.157	198,6	211,8

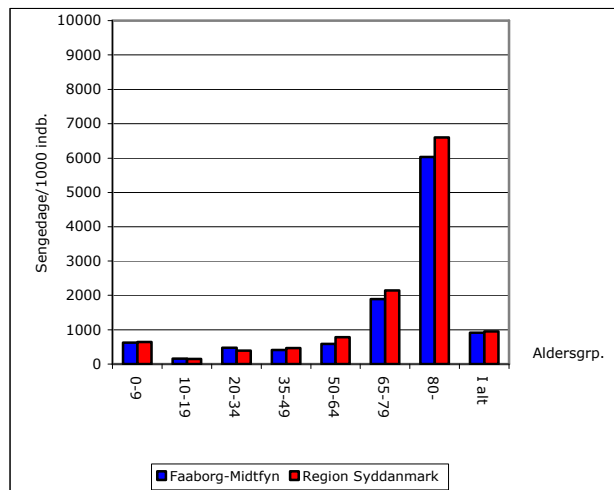
*Indlæggelser/1000 indb. i aldersgr.



Sengedage 2004

Alders-gruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	3.838	622,5	641,1
10-19	1.065	155,5	152,3
20-34	3.169	472,5	388,9
35-49	4.695	412,9	463,0
50-64	6.510	588,2	786,7
65-79	12.267	1894,5	2145,4
80-	15.151	6036,3	6601,8
I alt	46.695	913,0	948,5

*Sengedage/1000 indb. i aldersgr.



Borgere fra Faaborg-Midtfyn Kommune havde i 2004 godt 16.000 ambulante sygehuskontakter, blev indlagt over 10.000 gange og forbrugte knap 47.000 sengedage. Disse tal kan ikke direkte omsættes til antal personer. Et ambulantly forløb omfatter oftest flere kontakter og en betydelig del af de stationære patienter indlægges af naturlige årsager flere gange i løbet af et år. Gennemsnitligt indlægges 10-15% af befolkningen hvert år på sygehus, men for de ældre grupper er det op imod hver fjerde indbygger, der indlægges på et år.

Både ambulantly forbrug, indlæggeshyppighed og sengedagsforbrug stiger markant med alderen, som det fremgår af figurerne. Set i forhold til de 20-50 årige havde de 65-79 årige i Faaborg-Midtfyn Kommune dobbelt så mange ambulante kontakter pr. indbygger, 2½ gange så mange indlæggelser og 4 gange så mange sengedage pr. indbygger. For de 80+ årige var forbruget pr. indbygger yderligere 2-3 gange højere end de 65-79 årige.

Sygehusforbruget i Faaborg-Midtfyn Kommune lå i 2004 samlet set 4-6% under gennemsnittet for Region Syddanmark, når det gælder stationære ydelser. For de ambulante ydelser lå

forbruget 15% under regionsgennemsnittet. Forskellene gør sig gældende for alle aldersgrupper fra 35 år og opefter og kommunens samlede sygehusforbrug er dermed blandt de laveste i regionen. Forbrugsmønstret ligner visse andre mellemstore kommuner.

De diagnosegrupper, der tegner sig for de største antal sygehusindlæggelser er sygdomme i bevægelsessystemet, mave-tarm-sygdomme, hjerte-kar-sygdomme og lungesygdomme, som tilsammen udgør omkring 40% af alle indlæggelser. Det samme billede gælder for de ældre aldersgrupper, dog er hjerte-kar-sygdomme mest fremtrædende for de 65-79 årige.

En analyse af sygehusindlæggelser i Sønderjyllands Amt i 1990'erne viste, at uddannelsesbaggrund og arbejdsmarkedstilknytning har stor betydning for, hvor ofte folk indlægges på sygehus. Personer uden erhvervsuddannelse blev indlagt op til dobbelt så hyppigt som personer med lang videregående uddannelse, og indlæggeshyppigheden for personer uden for arbejdsstyrken var i alle aldersgrupper 2-3 gange højere end for personer i beskæftigelse.

5. Folkesygdomme

Folkesygdommene blev som begreb introduceret med Regeringens sundhedsstrategi "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10" (september 2002).

Strategien udpeger 8 sygdomme med så stor udbredelse, at udtrykket folkesygdomme er berettiget.

De 8 folkesygdomme er:

- Aldersdiabetes (type 2 diabetes).
- Hjerter-kar-sygdom.
- Knogleskørhed (osteoporose).
- Muskel- og skeletlidelser.
- Kronisk obstruktiv lungesygdom – KOL (rygerlunger).
- Forebyggelig kræft.
- Overfølsomhedssygdomme (astma og allergi).
- Psykiske lidelser.

Det er sygdomme, der har varig karakter, dvs. patienterne er kronisk syge, men ikke alle har dødelig udgang. Mere end hver tredje dansker lever med en langvarig sygdom, og næsten ½ million med en meget hæmmende langvarig sygdom. Sygdommene har store menneskelige omkostninger, og koster milliarder for det danske sundheds- og socialvæsen.

En stor del af disse sygdomme kan imidlertid undgås ved forebyggelse og sundhedsfremme eller – hvis de er indtrådt – begrænses i deres virkninger og konsekvenser. Sammenhængen mellem folkesundheden og de kendte risikofaktorer er dokumenteret i rapporten "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" (Statens Institut for Folkesundhed, juni 2006). En kort fremstilling findes i Sundhedsstyrelsens pjece "Folkesundhed og risikofaktorer – tal på sundhed i kommunen" (juni 2006).

Af bemærkningerne til sundhedsloven fremgår, at kommunernes opgaver på

det forebyggende og sundhedsfremmende område dels omfatter en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker – borgerrettet forebyggelse – dels en indsats med henblik på at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer – patientrettet forebyggelse.

Netop de store folkesygdomme og de mange kronisk syge udpeges i lovbetænkningerne som en af de store udfordringer i de kommende år, hvor kommunalbestyrelserne får en væsentlig opgave med at samarbejde med regionsrådene om at udvikle og bidrage til indsatsen over for denne patientgruppe. Sigtet er, at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst mulig vare på sig selv.

Diabetes 2

Type 2-diabetes relaterer sig især til overvægt, og er ifølge Sundhedsstyrelsens skøn udbredt til mellem 200.000 og 300.000 personer i Danmark. Ca. halvdelen har sygdommen uden at vide det, og udvikler langsomt senkomplikationer til sygdommen: hjerte-kar-sygdom, nedsat syn, nyrefunktion, påvirkning af nervesystemet, og har ofte infektioner, der kan medføre hospitalsindlæggelser samt komplikationer til anden behandling.

Forekomsten af sygdommen stiger betragteligt med alderen, og forekomsten af sygdommen er kraftigt stigende i befolkningen, og forekommer stadigt hyppigere blandt yngre aldersgrupper. (Sund hele livet; 2002).

Den primære forebyggelse retter sig især imod børn og unge, og omfatter sund kost og fysisk aktivitet. Den positive effekt af at træne type 2-diabetikere er særdeles veldokumenteret, og der er international konsensus om, at fysisk træning, diæt og medicin er de tre hjørnesteene i behandlingen af diabetes (SST: Fysisk Aktivitet; 2003).

Den sekundære forebyggelse omfatter opsporing samt behandling af ældre diabetikere.

For Faaborg-Midtfyn Kommune vil den forventede forekomst af type 2-diabetes på landsplan svare til, at mellem 1.880 og 2.820 personer lider af sygdommen. En indikator for problemet er antallet af personer i behandling.

Faaborg-Midtfyn Kommune havde i 2005 i alt 327 type 2-diabetesrelaterede indlæggelser, hvor patienter fra 50 år og opefter udgjorde 95%.

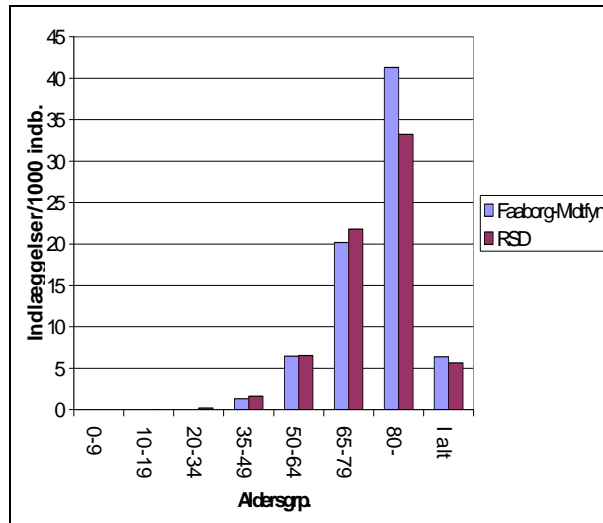
Mere end 1/3 af de 327 indlæggelser var personer, der tidligere i 2005 var indlagt med lignende diagnose.

Indlæggelser med type 2-diabetes som hoved- eller bidiagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark 2005

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	0	0	0
10-19	0	0	0
20-34	0	0	0
35-49	15	1	2
50-64	73	6	7
65-79	133	20	22
80-	106	41	33
I alt	327	6	6

*Indlæg./1000 indbyggere i aldersgruppen
Kilde: eSundhed data/LPR

Indlæggelser med type 2-diabetes som hoved- eller bidiagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark pr. 1000 indbyggere 2005



RSD = Region Syddanmark

Der var i 2005 ingen type 2-diabetes-relaterede indlæggelser af 0-34-årige i hverken Faaborg-Midtfyn Kommune eller Region Syddanmark.

Samlet set lå Faaborg-Midtfyn Kommune på linje med regionsgennemsnittet målt på type 2-diabetes-relaterede indlæggelser pr. 1000 indbyggere.

Ambulante kontakter

Ambulante type 2-diabetes kontakter i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark 2005

Alders-gruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	0	0	0
10-19	1	0	0
20-34	46	7	5
35-49	220	20	19
50-64	785	70	58
65-79	416	63	72
80-	66	26	25
I alt	1.534	30	26

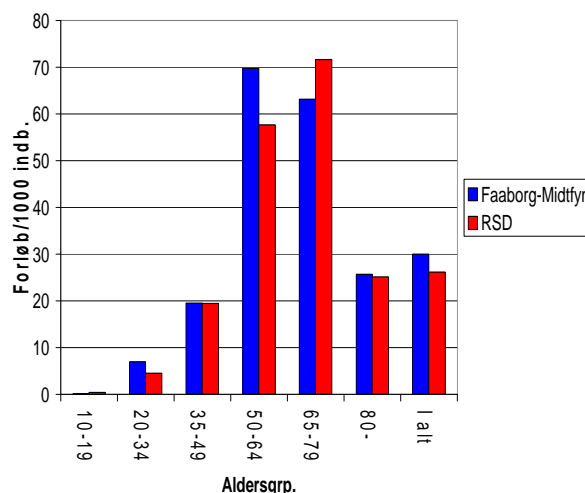
* Pr. 1000 indbyggere

I alt havde Faaborg-Midtfyn Kommune i 2005 1.534 ambulante type 2-diabetes-relaterede kontakter uden 0-9-årige iblandt.

Generelt lå Faaborg-Midtfyn Kommune lidt over regionsgennemsnittet målt pr. 1000 indbyggere.

Mange ambulante patienter har flere kontakter på et år. De 1534 ambulante kontakter omfatter 366 personer.

Ambulante type 2-diabetes kontakter i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark pr. 1000 indbyggere 2005



Udviklingen i udskrevet medicin

Der er på landsplan fra 2001 til 2005 sket en stigning på 31% i antallet af personer, der får udskrevet lægemidler mod diabetes type 1 og 2 (Lægemiddelstyrelsens lægemiddelstatistik 2006). Der er fra 2001 til 2005 sket en stigning i antallet af personer, der er i behandling med perorale midler (til diabetes 2) på 41%. De perorale midler udgjorde i 2005 72% af midlerne udskrevet til både type 1 og 2.

Ser man på udviklingen i antallet af personer pr. 1000 indbyggere, der er i behandling for type 1 diabetes ligger de 4 amter, der kommer til at udgøre Region Syddanmark, meget ens.

Måler man imidlertid på antallet af personer pr. 1000 indbyggere i behandling for type 2 diabetes ligger Sønderjyllands Amt 16,7% over Ribe Amt, 21,3% over Fyns Amt og 33% over Vejle Amt.

Sønderjyllands Amt har i øvrigt oplevet en stigning på 47% fra 2001-2005, hvor de øvrige 3 amter har oplevet en stigning på mellem 31% og 35%.

Hjerte-kar-sygdomme

Hjerte-kar-sygdomme dækker over lidelser i hjerte og/eller kar. Den væsentligste årsag til hjerte-kar-sygdomme er åreforkalkning som medfører forsnævninger i pulsårerne.

Mere end 12% af alle indlæggelser, 17% af sengedagene og over en 1/3 af alle dødsfald i Danmark skyldes hjerte-kar-sygdomme. I de senere år har der været en markant udvikling i behandlingstilbuddene til hjerte-kar-patienterne i Danmark. Dette har også medført en forbedret overlevelse. I Danmark har mellem 150.000-200.000 personer hjerte-kar-sygdom. For Faaborg-Midtfyn Kommune svarer det til mellem 1.400-1.900 personer.

Den primære og sekundære forebyggelse af hjerte-kar-sygdom er rygestop, kost og motion. Den sekundære forebyggelse omfatter også opsporing samt kontrol/behandling hos praktiserende læge og ambulatorier. Patienter med hjerte-kar-sygdom har ofte et livslangt patientforløb hos den praktiserende læge eller ambulatoriet.

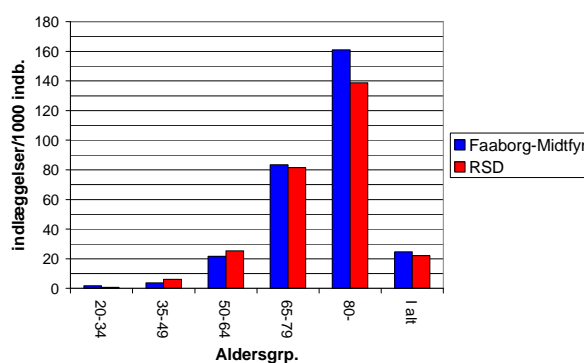
Indlæggelser med akut hjerteinfarkt og andre iskæmiske hjertesygdomme som hoved- eller bi-diagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	0	0	0
10-19	0	0	0
20-34	12	1,8	0,8
35-49	42	3,7	6,1
50-64	244	21,7	25,4
65-79	550	83,5	81,6
80-	413	161,0	138,8
I alt	1.261	24,7	22,0

*Indlæg./1000 indbyggere i aldersgruppen
Kilde: eSundhed data/Landspatientregisteret

Faaborg-Midtfyn Kommune har i 2005 i alt haft 1.261 indlæggelser, hvor hoved- eller bi diagnosen var hjerte-kar-sygdom, hvoraf de 65-årige eller ældre udgør 76%. De 1.261 indlæggelser er fordelt på 758 personer. 711 personer var indlagt med hjerte-kar-sygdom som hoveddiagnose.

Indlæggelser med akut hjerteinfarkt og andre iskæmiske hjertesygdomme som hoved- eller bi-diagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark



Samlet set har Faaborg-Midtfyn Kommune lidt flere indlæggelser for hjerte-kar-sygdom pr. 1000 indbyggere end Region Syddanmark samlet set.

Ambulante kontakter

Mange ambulante patienter har flere kontakter på et år. De 1.489 ambulante kontakter omfatter 511 personer.

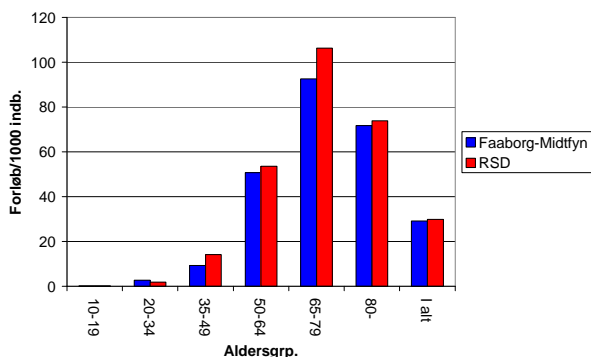
Ambulante kontakter 2005 med akut hjerteinfarkt og andre iskæmiske hjertesygdomme som hoved- eller bi-diagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	0	0	0
10-19	1	0	0
20-34	18	3	2
35-49	104	9	14
50-64	572	51	54
65-79	610	93	106
80-	184	72	74
I alt	1.489	29	30

*Kontakter/1000 indbyggere i aldersgruppen
Kilde: eSundhed data/Landspatientregisteret

I 2005 var der 1.489 ambulante kontakter for hjerte-kar-sygdom for borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune. Dette svarer til det samlede niveau for Region Syddanmark. Der er nogle enkelte forskudninger mellem aldersgrupperne.

Ambulante kontakter med akut hjerteinfarkt og andre iskæmiske hjertesygdomme som hoved- eller bi-diagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark



RSD = Region Syddanmark

Knogleskørhed – osteoporose

Knogleskørhed er sandsynligvis den af folkesygdommene, der er mest underdiagnosticeret. WHO anslår, at mindst 400.000 danskere lider af osteoporose, heraf 275.000 kvinder. Godt 60.000 personer får medicin mod osteoporose (Lægemiddelstyrelsens lægemiddelstatistik 2006).

Ved osteoporose er knoglestyrken så lav, at selv et beskedent løft eller et mildt fald kan medføre knoglebrud.

Knogleskørhedsbrud forekommer sjældent før man er fyldt 50 år, men derefter stiger risikoen stærkt med alderen.

Sygdommen spiller en væsentlig rolle i andel af hoftebrud og andre brud i øvrigt. Skønsvist 15-20% af patienter med hoftebrud dør af komplikationer, hvilket ifølge Osteoporoseforeningen svarer til 6-7 kvinder om dagen.

Hoftebrud alene beslaglægger årligt 300.000 sengedage på sygehuse samt mange ressourcer til genoptræning, hjemmepleje mv. (Sund hele livet; 2002).

Det faldende fysiske aktivitetsniveau i befolkningen er formentlig en væsentlig årsag til den generelle stigning i antallet af hoftebrud gennem de seneste 30 år (SST: Fysisk Aktivitet; 2003).

Den primære forebyggelse omfatter rygning, kost og motion.

Den sekundære forebyggelse retter sig mod alle med symptomer samt alle i risikogruppen, der uden nærmere undersøgelse kan tilrådes motion, kostændringer og rygestop.

For Faaborg-Midtfyn Kommune vil den forventede forekomst af osteoporose på landsplan svare til, at ca. 3.760 personer lider af sygdommen. En indikator for problemet er antallet af personer i behandling.

Indlæggelser med osteoporose som hoved- eller bidiagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark 2005

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	0	0	0
10-19	0	0	0
20-34	0	0	0
35-49	2	0,2	0,1
50-64	12	1,1	0,8
65-79	31	4,8	4,8
80-	39	15,5	14,1
I alt	84	1,6	1,3

*Indlæg./ 1000 indb.i aldersgrp.

Kilde: eSundhed data/Landspatientregisteret

Som det fremgår af tabellen, havde Faaborg-Midtfyn Kommune i 2005 i alt 84 osteoporose-relaterede indlæggelser, hvoraf de 50+årige udgjorde 98%.

Af de 84 indlæggelser var 17 personer (9 kvinder), der tidligere i 2005 var indlagt med en tilsvarende diagnose. Det svarer til 20%.

Såvel samlet set som fordelt på aldersgrupper havde Faaborg-Midtfyn Kommune enten samme antal eller flere osteoporose-relaterede indlæggelser målt pr. 1000 indbyggere end Region Syddanmark.

Brud og læsioner

Brud og læsioner er også en indikator på osteoporose. De omfatter hoftenære brud, brud på lænderyggen samt brud på brystvirvelsøjlen, hvoraf de hoftenære brud langt udgør majoriteten af brud og læsioner, der forbindes med osteoporose.

Osteoporose ligger ikke til grund for alle brud af disse typer, men flere undersøgelser fastslår, at der er et stærkt sammenfald mellem sygdommen og de nævnte brud, især hos ældre og hos kvinder.

Indlæggelser med hoftenære-, lænderygs- samt brystvirvelsøjlebrud som hoveddiagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark 2005

Alders-gruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	0	0	0
10-19	0	0	0
20-34	0	0	0
35-49	6	0,5	0,4
50-64	16	1,4	1,4
65-79	44	6,7	6,5
80-	61	27,7	31,0
I alt	137	4,3	4,2

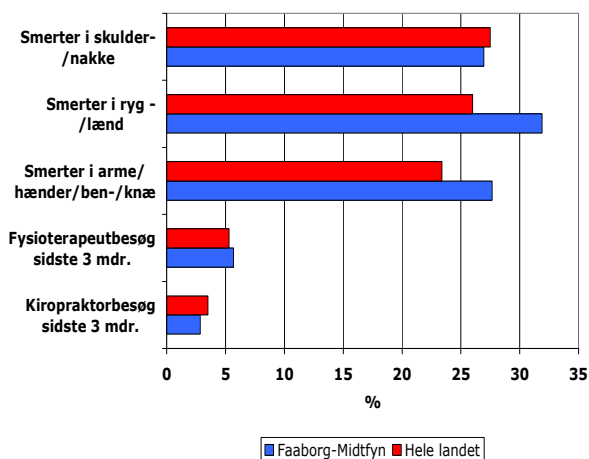
Samlet set lå Faaborg-Midtfyn Kommune på niveau med regionsgennemsnittet målt på antal brud-relaterede indlæggelser pr. 1000 indbyggere.

Muskel- og skeletlidelser

Muskel- og skeletlidelser forekommer ofte og hos alle aldersgrupper i befolkningen. Det er den hyppigste årsag til aktivitetsbegrænsninger i hverdagen. Muskel- og skeletlidelser repræsenterer en stor broget gruppe med mange diagnoser og symptomkomplekser, hvor den største enkeltgruppe er "ondt i ryggen". Andre grupper kunne være "nakkehold", fibromyalgi og "piske-smæld".

På landsplan er gruppen af muskel- og skeletsygdomme voksende.

Nedenfor ses tre parametre for muskel-skeletlidelser, samt to indikatorer på behandlingsadfærd for kommunen. Der sammenlignes med landstal.



Der er i dette afsnit taget udgangspunkt i en stor landsdækkende spørgeskemaundersøgelse fra 2000 kaldet SUSY. Opdelingen af Susy-data på de nye kommuner frem for amtskommunerne medfører, at tallene for kommunerne må læses med forbehold.

Borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune har generelt set en højere forekomst af muskel- og skeletlidelser end på landsplan.

I Faaborg-Midtfyn Kommune har ca. 27% af borgerne smerter i skulder og nakke, hvilket er tilnærmelsesvis svarer til landsgennemsnittet.

Andelen af borgere, der har smerter i ryg/lænd er 32%, hvilket er højere end landsgennemsnittet på 26%.

28% af borgerne har tilkendegivet smerter i arme/hænder/ben/knæ, hvilket er højere end landsgennemsnittet på 23%.

Andelen af borgere, der går til fysioterapeut, svarer til landsgennemsnittet. Ligeledes med andelen af borgere, der besøger en kiropraktor, svarer tilnærmelsesvis også til landsgennemsnittet.

Kronisk obstruktiv lungesygdom - KOL

KOL er i 85-90% af tilfældene forårsaget af rygning - såvel aktiv som passiv, og 15-25% af alle rygere udvikler sygdommen.

10-15% af KOL-tilfældene forårsages af medfødte lungesygdomme eller erhvervsmæssig udsættelse for luftvejsirritanter eller en kombination heraf.

Sygdommen medfører ifølge Dødsårsagsregisteret årligt mere end 3.000 dødsfald, men er formentlig medvirkende til øget dødelighed i forbindelse med andre diagnoser.

Ca. 200.000 mennesker lider af sygdommen i varierende grad, og sygdommen er væsentlig hoved- eller bidiagnose til ca. 23.000 indlæggelser på landsplan årligt - heraf ca. 5.000 indlæggelser i Region Syddanmark.

Den primære forebyggelse af KOL omfatter formulering samt indføring af rygepolitikker, forbud mod rygning i alle kommunale institutioner samt oplysning om rygningens skadelige.

Den sekundære forebyggelse omfatter rygeophør, fysisk aktivitet, optimeret medicinsk behandling samt hosteskoler.

For Faaborg-Midtfyn Kommune vil den forventede forekomst af KOL på landsplan svare til, at ca. 1.880 personer lider af sygdommen. En indikator for problemet er antallet af personer i behandling.

Indlæggelser med KOL som hoved- eller bidiagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark 2005

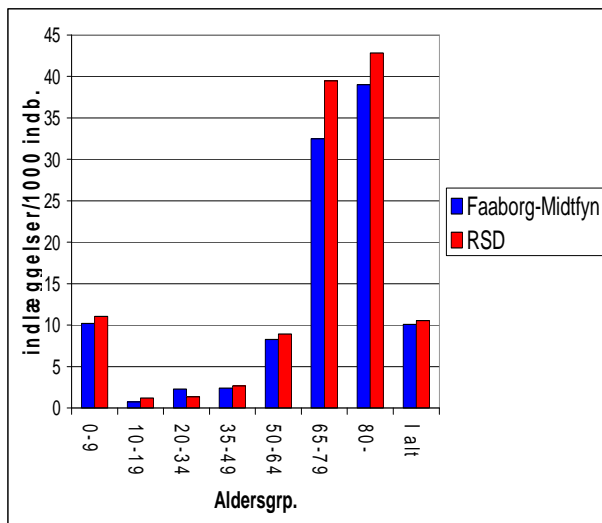
Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	61	10	11
10-19	5	1	1
20-34	15	2	1
35-49	27	2	3
50-64	93	8	9
65-79	214	32	39
80-	100	39	43
I alt	515	10	11

*Indlæg./1000 indbyggere i aldersgruppen
Kilde: eSundhed data/Landspatientregisteret

Faaborg-Midtfyn Kommune havde i 2005 i alt 515 KOL-relaterede indlæggelser, hvoraf de 50+årige udgjorde 79%. Blandt de 0-9-årige var der 61 indlæggelser, hvilket svarer til 12% af det samlede antal indlæggelser relateret til KOL. Dette tal dækker over en blanding af astma- og luftvejsinfektioner, hvoraf nogle er provokeret af passiv rygning.

2 ud af 5 af disse indlæggelser var personer, der tidligere i 2005 var indlagt med tilsvarende diagnose.

Indlæggelser med KOL som hoved- eller bidiagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark pr. 1000 indbyggere 2005



RSD = Region Syddanmark

Samlet set havde Faaborg-Midtfyn Kommune lidt færre KOL-relaterede indlæggelser pr. 1000 indbyggere end Region Syddanmark, hvilket var gældende for næsten samtlige aldersgrupper.

Ambulante kontakter

De ambulante kontakter afspejler indsatsen omkring sekundær forebyggelse.

Ambulante KOL kontakter Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark 2005

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	173	29	34
10-19	32	5	8
20-34	33	5	4
35-49	88	8	7
50-64	224	20	20
65-79	381	58	52
80-	57	22	19
I alt	988	19	18

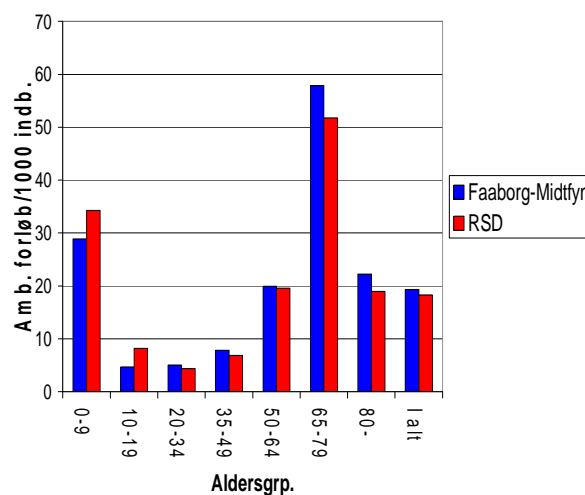
* Pr. 1000 indbyggere

Der var i 2005 i alt 988 ambulante KOL-relaterede kontakter i Faaborg-Midtfyn Kommune. De 0-9-årige udgjorde 18% og de 50+årige udgjorde 67% af de ambulante kontakter.

Mange ambulante patienter har flere kontakter på et år. De 988 ambulante kontakter omfatter 352 personer.

Samlet set lå Faaborg-Midtfyn Kommune på niveau med regionsgennemsnittet målt på antal ambulante kontakter pr. 1000 indbyggere.

Ambulante KOL kontakter Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark pr. 1000 indbyggere 2005



Forebyggelig kræft

Det er muligt at forebygge 1/3 af alle kræfttilfælde. Der er mange årsager til kræft. Årsagerne kan enten påvirke enkeltvis eller flere årsager kan sammen være farlige. De faktorer, der påvirker os er livsstilsfaktorer, miljøfaktorer, arv og socioøkonomiske forhold. Kræft udvikler sig ofte meget langsomt og de forebyggende tiltag slår først igennem efter 20-30 år. En danskers risiko for at få en kræftdiagnose inden 75 års alderen (livstidsrisikoen baseret på tallene fra 1998-2001) var 34% for mænd og 34% for kvinder.

I det følgende er der taget udgangspunkt i de 2 kræfttyper, hvor der er mest evidens for at forebyggelse virker – det drejer sig om lungekræft og modermærkekræft.

Lungekræft er i over 90% af tilfældene forårsaget af rygning - såvel aktiv som passiv. I perioden 1998-2001 var der i Region Syddanmark 756 nye lungekræfttilfælde pr. år. For Faaborg-Midtfyn Kommune svarer det til 33 lungekræfttilfælde. Lungekræft har en forholdsvis høj dødelighed, selvom den er blevet reduceret gennem de senere år. 21% mænd og 23% kvinder er i live **ét år** efter, at diagnosen lungekræft er blevet stillet og efter 5 år er 6% mænd og 6% kvinder i live.

Den primære forebyggelse af lungekræft er rygeophør og at sikre, at man ikke bliver udsat for passiv rygning.

I perioden 1998-2001 var der i Region Syddanmark 246 nye tilfælde modermærkekræft pr. år. For Faaborg-Midtfyn Kommune svarer det til 11 modermærkekræfttilfælde. Overdreven soldyrkning og svære solskoldninger, især i barndommen, øger risikoen for at udvikle modermærkekræft. Det skyldes, at huden påvirkes af solens skadelige ultraviolette stråler. Især mennesker med meget lys hud og/eller mange modermærker er udsatte.

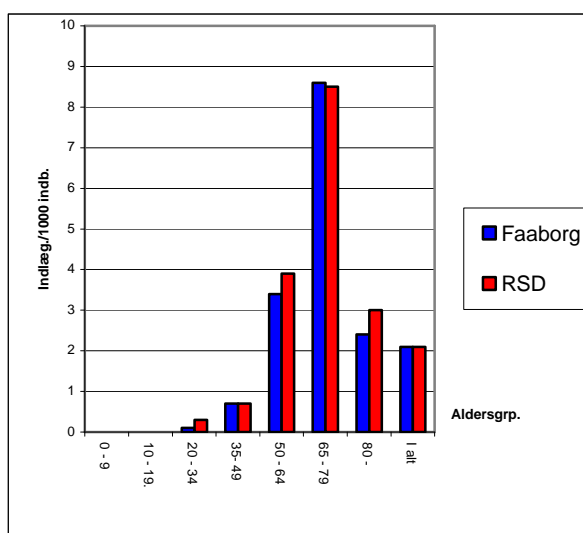
Den primære forebyggelse af modermærkekræft er moderat soldyrkning, herunder også i solarier, samt brug af solcreme.

Indlæggelser med lungekræft eller modermærkekræft som hoveddiagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark 2005

Aldersgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddk.
0-9	0	0,0	0,0
10-19	0	0,0	0,0
20-34	1	0,1	0,3
35-49	8	0,7	0,7
50-64	38	3,4	3,9
65-79	56	8,6	8,5
80-	6	2,4	3,0
I alt	109	2,1	2,1

Indlæg./1000 indbyggere i aldersgruppen.
Kilde: eSundhed data/Landspatientregisteret.

Indlæggelser med lungekræft eller modermærkekræft som hoveddiagnose i Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark 2005



RSD = Region Syddanmark

I 2005 har borgere fra Faaborg-Midtfyn Kommune været indlagt 109 gange med kræftdiagnoser, der kan forebygges. Dette svarer til det samlede niveau for Region Syddanmark. De 109 indlæggelser har været fordelt på 50 personer.

Overfølsomhedssygdomme (Astma- og allergi)

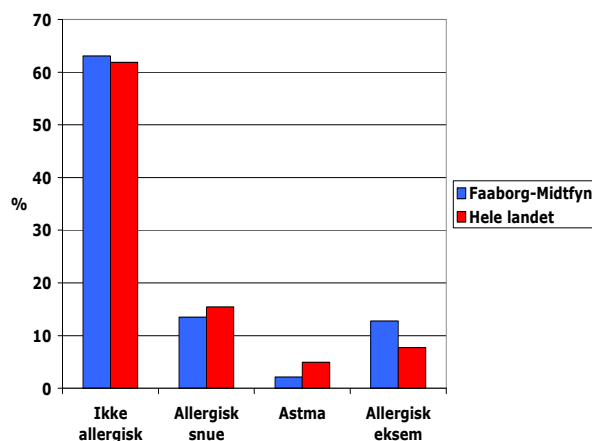
Overfølsomhedssygdomme er en samlet betegnelse for en række forskellige sygdomme. Hvis man har en overfølsomhedssygdom, vil man reagere på påvirkninger, som andre ikke reagerer på. Det kan f.eks. være pollen, dyrehår eller madvarer, og det kan give udslag i astma, høfeber eller anden allergisk snue. Men også fødevareoverfølsomhed og forskellige former for eksem og nældefeber er reaktioner, der karakteriseres som en overfølsomhedssygdom.

Man skelner imellem om immunforsvaret påvirkes eller ej. Hvis det påvirkes, er der tale om allergi eller allergisk overfølsomhed, mens det er en ikke-allergisk overfølsomhed, hvis immunforsvaret ikke forringes af tilstanden.

Generelt ses en udvikling i retning af, at flere og flere rammes af overfølsomhedssygdomme såsom astma, eksem, høsnue m.v.

De mildere former for overfølsomhedssygdomme behandles ofte i almen praksis, men fælles med de andre folkesygdomme er en væsentlig underdiagnosticering. Flere studier har vist, at mange, især astmatikere, ikke er optimalt behandlet. Dette medfører særligt i barnealderen problemer ved fysisk aktivitet, hvilket igen kan få betydning på de øvrige folkesygdomme – fedme, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed m.m.

Der er i nedenstående afsnit taget udgangspunkt i en stor landsdækkende spørgeskemaundersøgelse fra 2000 kaldet SUSY. Opdelingen af Susy-data på de nye kommuner frem for amtskommunerne medfører, at tallene for kommunerne må læses med forbehold. På figuren angiver søjlen "ikke allergisk" andelen af voksne med ikke-allergisk overfølsomhed.



Andelen af borgere med overfølsomhedssygdomme i Faaborg-Midtfyn Kommune adskiller sig ikke markant fra sygdomsbilledet på landsplan.

Andelen af borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune, der er ikke-allergisk overfølsomme, svarer til landsgennemsnittet.

Andelen af borgere, som har allergisk snue, svarer til landsgennemsnittet.

Borgere med astma har tendens til at svare til landsgennemsnittet. Borgere med allergisk eksem i Faaborg-Midtfyn Kommune er klart større end landsgennemsnittet på 8%.

Psykiske lidelser

Knap 2% af den voksne befolkning angiver, at de har en langvarig psykisk lidelse – lidt flere blandt kvinder end blandt mænd. Psykisk sygdom er årsag til en femtedel af alle sagedage og en tredjedel af alle helbredsbeholdende førtidspensioner.

De fleste personer med en psykisk lidelse behandles af deres egen læge, mens færre er i kontakt med et psykiatrisk behandlingstilbud.

Set over en 3-årig periode vil knap 4% af befolkningen have været i kontakt med behandlingspsykiatrien en eller flere gange (som regel flere).

Nedenstående tabel viser, hvordan disse kontakter har været fordelt på hovedårsager for Region Syddanmark som helhed i årene 2003-05.

Procentdel i anførte aldersgruppe, som har været i kontakt med behandlingspsykiatrien i 2003-2005

1) 5-17 årige psykisk udv.forstyr./retardering	0,43%
2) 5-17 årige m. psykiske problemer	1,82%
3) 18+ årige m. skizofreni	0,56%
4) 18+ årige maniodepressive	0,17%
5) 18+ årige spiseforstyrrelser	0,05%
6) 18 -64 årige erhv.akt. m. depr.	0,84%
7) 65+ årige depr./demens/delir	4,76%
8) 18+ årige personlighedsforstyrrede	0,25%
9) 18+ årige alkohol-/stofmisbrug	0,35%
10) 18+ årige stress, nervøse	0,70%
11) 18+ årige mental retardering	0,08%
12) 18+ årige øvrige tilstande	0,45%
I alt	3,88%

Til de enkelte grupper kan der gives følgende kommentarer:

Gruppe 1) 5-17 årige med psykisk udviklingsforstyrrelse og/eller mental retardering.

Behandlingspsykiatriens opgaver er typisk udredning og diagnosticering samt behandling af evt. ledsagende psykiatriske lidelser; mens specialforanstaltninger vedr. skole, institutioner mm. fra 1. januar 2007 ligger i kommunen.

Gruppe 2) 5-17 årige med psykiske problemer.

Lidelserne er ofte længerevarende og rækker ind i voksenlivet, men kan andre gange være mere kortvarige. Psykoser kan være udløst af stofmisbrug men er altid et tegn på et skrøbeligt sind. Depressioner, angst, selvskadende adfærd samt selvmordsforsøg er hyppigt forekommende og halvdelen af alle spiseforstyrrelser starter i aldersgruppen. Sværere tilfælde af personlighedsforstyrrelse viser sig ligeledes i aldersgruppen.

0-4 årige med psykiske problemer er så relativt lille at den ikke er anført. Det drejer sig primært om alvorlige psykiske udviklingsforstyrrelser som f.eks. infantil autisme og/eller mental retardering. En mindre gruppe børn og familier behandles forebyggende for tilknytningsforstyrrelser ved regionens specialiserede afsnit for spædbørnspsykiatri i Odense

Gruppe 3) 18+ årige med skizofreni.

Det er forkert at betragte skizofreni som ensbetydende med kronisk lidelse. Almindeligvis regnes med at 1/3 bliver velfungerende, 1/3 bliver kroniske, mens 1/3 kan klare sig selv med behandling og støtte ind imellem. Undersøgelser tyder på, at en tidlig og vedvarende indsats de første år kan forbedre funktionsniveauet gennem resten af livet. En vedvarende indsats over for misbrug af alkohol, hash og stoffer er

også meget afgørende for, hvor godt det går. Mindst halvdelen af de unge psykotiske har også et betydeligt misbrug.

Gruppe 4) 18+ årige mani-depressive.

Som oftest en kronisk tilstand resten af livet, der dog i mange tilfælde kan forbedres væsentlig ved medicin.

Gruppe 5) Spiseforstyrrelser.

Behandlingspsykiatrien ser kun de sværeste tilfælde. I regionsregi er der ved at blive opbygget specielle spiseforstyrrelsesteam, og der er et velfungerende højt specialiseret tilbud i Odense.

Gruppe 6) 18-64 årige (erhvervsaktive) med depression.

Borgere med depressioner og især tidlige, tilbagevendende depressioner risikerer at blive udstødt af arbejdsmarkedet.

Depressioner medfører også risiko for kompromitteret forældreevne og omsorgsevne generelt.

Det kan være vigtigt i forløbet at skabe kontakt til arbejdsgiveren og dermed lette muligheden for at bevare kontakten til arbejdspladsen. Varigheden og alvoren i sygdommen øges voldsomt ved samtidigt overforbrug af alkohol, stoffer eller medicin.

Gruppe 7) 65+ årige med depression/demens/delir.

Ældre med depression og/eller demens og/eller delir har mange gange mere end én af lidelserne.

I over 98% af tilfældene skyldes delir somatisk sygdom - typisk urinvejsbetændelse, medicin-forgiftning/for meget medicin, mangelfuld pleje mm.

Depression hos ældre forudgås ofte af tab (ægtefælles død, flytning osv.) eller legemlig sygdom.

Desuden kan mange lægemidler udløse depression som bivirkning.

Gruppe 8) 18+ årige personlighedsforstyrrede.

Lidelsen fører ofte til lange besværlige forløb med sygdom, konflikter og dårlig forældreevne, samt manglende arbejdskapacitet og tidlig pensionering samt eventuelt tunge sociale opgaver.

Behandlingstilbud er under opbygning, og kan hindre den negative udvikling hos en stor del af de yngre personlighedsforstyrrede, så de kan raskmeldes efter et par år.

Gruppe 9) 18+ årige med alkohol-/stofmisbrug.

I denne gruppe er anført personer, hvor der ikke samtidigt har været væsentlig, psykisk lidelse og der er oftest tale om afrusning/afgiftning. Afrusning/ afgiftning kan slet ikke stå alene - der skal også sættes ind med misbrugsrådgivning mm., som efter 1. januar 2007 er en kommunal opgave.

Afrusning/afgiftning finder også sted på de somatiske sygehuse, så gruppen er totalt set større end anført.

Gruppe 10) 18+ årige stress, nervøse m.m.

Lidelsernes hovedårsag er ofte udefra kommende begivenheder og belastninger.

Gruppe 11) 18+ årige med mental retardering.

Ansvaret for de mentalt retarderede (oligofrene) overtages 1. januar 2007 af kommunerne. Behandlingspsykiatrien er inde i forbindelse med medfølgende psykiske lidelser (findes hos ca. halvdelen). Region Syddanmark har specialiseret oligofrenipsykiatri.

Gruppe 12) 18+ årige Øvrige.

Stor, uhomogen gruppe.

Psykiske lidelser i Faaborg-Midtfyn Kommune

Kontakterne til behandlingspsykiatrien kan give en indikation for forekomsten af psykiske lidelser og deres art i kom-

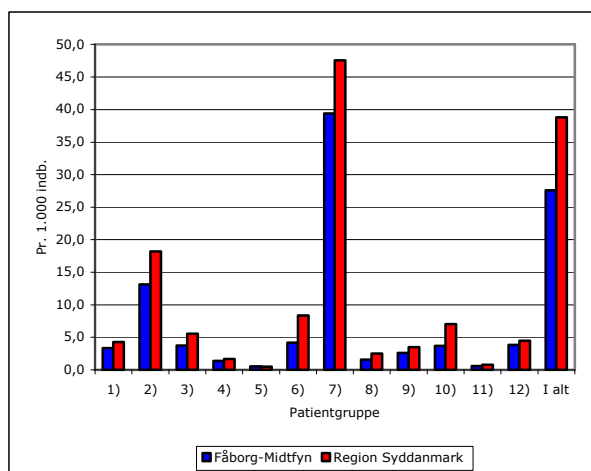
munen samt set i relation til regionens øvrige kommuner.

Personer i kontakt med psykiatrien 2003-05

Patientgruppe	Absolut	Ratetal*	
	Faaborg-Midtfyn	Faaborg-Midtfyn	Region Syddanmark
1) 5-17 årige psykisk udviklingsforstyrrede/retardering	30	3,3	4,3
2) 5-17 årige med psykiske problemer	118	13,2	18,2
3) 18+ årige med skizofreni	147	3,7	5,6
4) 18+ årige mani-depressive	54	1,4	1,7
5) 18+ årige spiseforstyrrelser	21	0,5	0,5
6) 18-64 årige erhvervsaktive med depression	127	4,2	8,4
7) 65+ årige depression/demens/delir	349	39,4	47,6
8) 18+ årige personlighedsforstyrrede	62	1,6	2,5
9) 18+ årige alkohol-/stofmisbrug	102	2,6	3,5
10) 18+ årige stress, nervøse	144	3,7	7,0
11) 18+ årige mental retardering	24	0,6	0,8
12) 18+ årige øvrige tilstande	150	3,8	4,5
I alt	1.328	27,6	38,8

* antal pers./1000 indbyggere i anførte aldersgr.

Personer i kontakt med psykiatrien 2003-05



Godt 1.300 borgere fra Faaborg-Midtfyn Kommune har i løbet af årene 2003-05 været i kontakt med behandlingspsykiatrien. Kontakthypigheden var næsten 30% lavere end gennemsnittet for regionen. Dette gælder for alle patientgrupper.

Borgerne fra kommunen har i årene 2003-05 brugt 18-22 psykiatriske sengepladser på årsbasis, hvilket er en del lavere end regionsgennemsnittet.

Det ambulante forbrug har i samme periode svaret til 8-9 behandlere, hvilket er det halve af gennemsnittet for regionen.

6. Misbrug

For alle typer misbrug gælder, at de øger sygefraværet og risikoen for udstødelse fra arbejdsmarkedet.

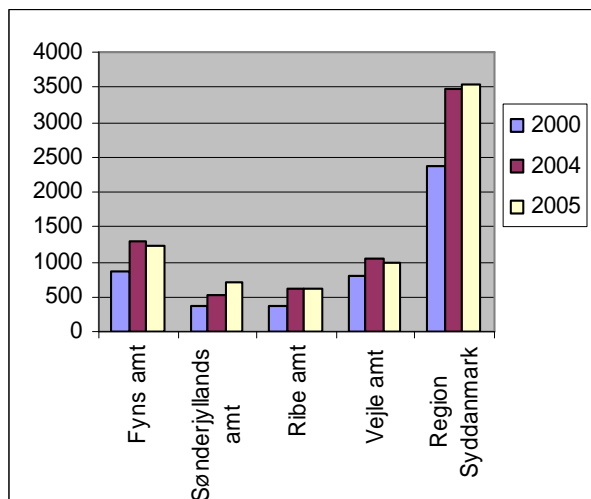
Den primære forebyggelse omfatter oplysningskampagner, undervisning på skoler og i ungdomsmiljøer, restriktioner i adgangen til alkohol (alkoholpolitik på arbejdspladsen, aldersgrænser for køb og udskænkning) samt strafforfølgelse af handel med illegale rusmidler. Den sekundære forebyggelse består i individ- og grupperettede aktiviteter til definerede risikogrupper.

Stofmisbrug

Antallet af stofmisbrugere har generelt været stigende. Stigningen dækker over et fald i antallet af opioidmisbrugere, mens hashmisbrug og centralstimulerende stoffer har været i stigning.

I 2003 trådte en ny lov i kraft om behandlingsgaranti til stofmisbrugere.

Antal stofmisbrugere i behandling



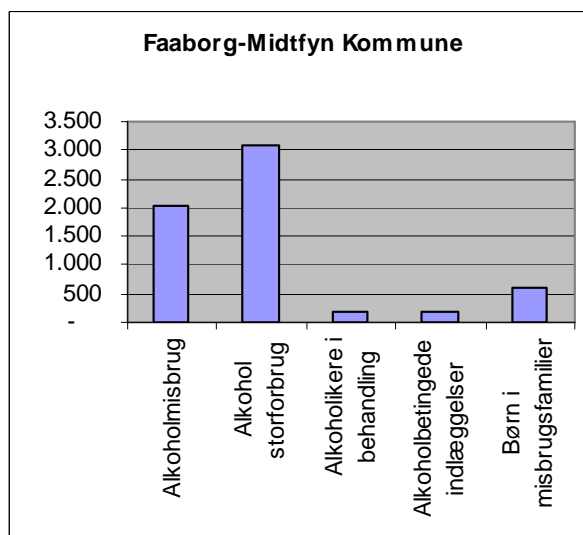
I Faaborg-Midtfyn Kommune skønnes det, at der i 2006 er ca. 256 stofmisbrugere. Udfra amtstallene bør godt 130 stofmisbrugere være i behandling, hvoraf 25% er kvinder og 75% mænd.

Alkoholmisbrug

Alkoholforbruget har gennem flere år været stigende, men synes nu stabiliseret. Antallet af behandlingssøgende er dog fortsat stigende. Behandling gives både ambulante og i døgnophold og baseres på et varieret udbud af samtaleterapi.

Omkring 200.000 mennesker på landsplan skønnes afhængige af alkohol, mens yderligere 300.000 er storforbrugere. I Faaborg-Midtfyn Kommune svarer dette til godt 2.000 borgere med et alkoholmisbrug. Hertil kommer 3.000 storforbrugere og 190 alkoholikere i behandling.

Antal borgere med alkoholmisbrug



* Nøgletal pr. indbygger omregnet til niveauet for Faaborg-Midtfyn Kommune

Alkoholmisbrug reducerer borgerens funktionsniveau fysisk, psykisk og socialt. På somatiske sygehusafdelinger var der i 2003 over 17.000 indlæggelser med alkoholrelaterede diagnoser. For Faaborg-Midtfyn Kommune skønnes der i 2006 at være 175 alkoholbetingede indlæggelser på somatiske sygehusafdelinger.

Belastningen af familie og nære relationer kan være betydelig, særligt for hjemmeboende børn. Det skønnes, at 60.000 børn vokser op i familier med alkoholmisbrug. I Faaborg-Midtfyn Kommune svarer dette til 600 børn i misbrugsfamilier. I 2000 til 2002 var der i Fyns Amt iværksat et modelprojekt for børn i misbrugsfamilier. 10 af de daværende fynske kommuner indgik i projektet.

Hvert 20. dødsfald i Danmark kan relateres til alkohol. Alkohol er involveret i hvert 4. trafikdrab.

7. Sundhedsøkonomi

Udgiften til sundhedsområder har været støt stigende de seneste år, og tendensen synes at fortsætte. De samlede danske sundhedsudgifter udgør 9% af BNP, hvoraf 80% er offentlige sundhedsudgifter.

Fordelingen mellem den offentlige udgiftsandel og de private sundhedsudgifter har de seneste 10 år ligget ca. i forholdet 80% offentlige udgifter og 20% private udgifter. Den generelle stigning i sundhedsudgifterne har således udviklet sig parallelt inden for finansieringsområderne.

De offentlige sundhedsudgifter opdeles i udgifter til sygehusvæsen og udgifter til offentlig sygesikring. Udviklingen i de samlede sundhedsudgifter fra 1995 til 2004 fremgår herunder i hovedtal, hvor udgiften til medicin er udspecificeret, grundet udgiftens størrelse inden for offentlig sygesikring.

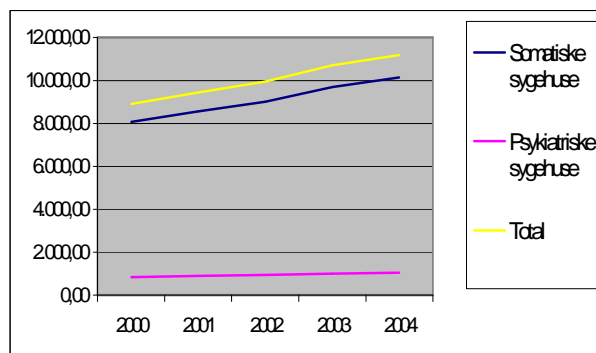
Samlede sundhedsudgifter, 2005-niveau

Mio. kr.	1995	2000	2004
Offentlige Sundhedsudg.	56.898	64.072	73.055
• Sygehuse	44.401	49.862	56.204
• Sygesikring excl. Medicin	8.847	9.626	10.595
• Medicinudgifter	3.650	4.584	6.256
Private sundhedsudg.	11.858	15.538	18.279
Total	68.756	79.610	91.334

Inden for sygehusvæsenet har aktiviteten, og således også ressourcerne, været stigende. Især har udgiften inden for somatisk sygehusvæsen været stigende.

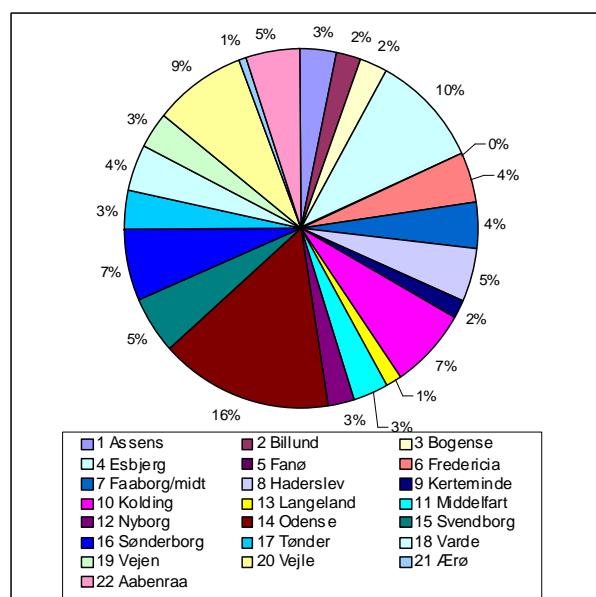
På sygesikringsområdet har der især for udgiften til medicin været tale om en kraftig vækst. Årsagen er blandt andet et stigende medicinforbrug, og en stadig tilgang af nye og dyrere produkter. Udgiften til medicin udgør 1/3 af sygesikringsudgifterne.

Udviklingen i udgifter til sygehusvæsenet i Region Syddanmark, løbende priser



For Region Syddanmark forventes de samlede offentlige sundhedsudgifter i 2007 at beløbe sig 14,5 mia. kr. (2003 priser). Kommunerne bidrager til medfinansieringen af regionens sundhedsudgifter med 10% i grundbidrag og 10% i aktivitetsbidrag. Samlet skønnes den kommunale medfinansiering i regionen således at udgøre 3 mia. kr. Figuren illustrerer den procentvise forventede medfinansiering fra de respektive kommuner i Region Syddanmark.

Kommunernes medfinansiering



Kommunerne skal pr. 1. januar 2007 bidrage til finansieringen af de regionale sundhedsydelser. KL har udarbejdet en database "mini-ressourceluppen", der bygger på data fra Danmarks Statistik, Landspatientregistret og Sygesikringsregistret. Data fra denne database er anvendt som vejledning til niveauet for Faaborg Midtfyns Kommunes medfinansiering på sundhedsområdet.

Angivet i 2005 p/I niveau. Baseret på 2004-aktivitet	Faaborg Midtfyn (1.000 kr.)	Faaborg Midtfyn pr. indb.	Region Syddanmark pr. indb
Somatik			
Stationær	35.277	690	743
Ambulant	21.529	421	438
Psykiatri			
Stationær	1.925	38	39
Ambulant	1.617	32	54
Sygesikring			
Almenlæge	2.792	55	56
Speciallæge	4.615	90	79
Øvrig	2.215	43	39
Samlet aktivitetsbestemt medfinansiering	69.970	1.369	1.448
Samlet kommunal finansiering	123.649	2.419	2.498

Af tabellen fremgår det at medfinansieringen fra Faaborg-Midtfyn Kommune forventes at udgøre knap 124 mio. kr. svarende til 2.400 kr. pr. indbygger. Grundbidraget er fastsat til 1.050 kr. pr. indbygger, og vil for Faaborg-Midtfyn Kommune udgøre 54 mio. kr. af den samlede medfinansiering.

Aktivitetsbidraget er opdelt på Somatisk sygehusbehandling, Psykiatrisk sygehusbehandling og Sygesikringsydelser.

Udgiften til somatisk sygehusbehandling ligger for Faaborg-Midtfyn Kommune på 1.111 kr. pr. indbygger, hvoraf de stationære behandlinger udgør 690 kr. Sammenlignet med gennemsnittet

for Region Syddanmark ligger Faaborg-Midtfyn Kommune således relativt lavt.

På psykiatriområdet forventes medfinansieringen i Faaborg-Midtfyn Kommune at være på godt 3,5 mio. kr. svarende til 70 kr. pr. indbygger. Medfinansieringen ligger her ligeledes under gennemsnittet i Region Syddanmark, hvilket skyldes en markant lavere anvendelse af ambulant psykiatrisk sygehusbehandling.

På sygesikringsområdet forventes medfinansieringen i Faaborg-Midtfyn Kommune at være på godt 9,6 mio. kr. svarende til 188 kr. pr. indbygger. Udgiften her ligger højere end gennemsnittet i Region Syddanmark, hvilket skyldes en væsentlig højere udgift til praktiserende speciallæger. Denne forskel kan formentlig forklares ved et markant større udbud af praktiserende speciallæger på Fyn med følgende lettere adgang.

8. Bilag: Datagrundlag

Befolkningsdata

Data for Befolkningsfremskrivning

Data for befolkningsfremskrivning er hentet via statistikbanken på Danmarks Statistiks hjemmeside, www.statistikbanken.dk/PROG1.

Det har været muligt at trække disse data på de nye kommuner. Der er således her taget højde for, at nogle områder i visse gamle kommuner ikke følger de øvrige områder ved kommune-sammenlægningen.

Uddannelses-data

Uddannelsesdata er hentet via statistikbanken på Danmarks Statistiks hjemmeside, www.statistikbanken.dk/HFU1. Der er trukket data for følgende overordnede uddannelses-kategorier:

1. GRUNDSKOLE
2. ALMENGYMNASIAL UDD.
3. ERHVERVSGYMNASIAL UDD.
4. ERHVERVSFAGLIGE PRAKTIK- OG HOVEDFORLØB
5. KORTE VIDEREGÅENDE UDD.
6. MELLEMLANGE VIDEREGÅENDE UDD.
7. BACHELOR
8. LANGE VIDEREGÅENDE UDD.
9. UOPLYST

Ved databearbejdning er:

- 2) og 3) slået sammen til 'Gymnasial uddannelse'.
- 4) og 5) slået sammen til 'Korte videregående uddannelser'.
- 6) og 7) slået sammen til 'Mellem lange videregående uddannelser'.

Det har ikke været muligt at trække uddannelsesdata, fordelt på de nye kommuner. Data er trukket for de gamle kommuner, som så efterfølgende er lagt sammen. Dog er der ikke taget højde for, at nogle områder i visse gamle kommuner ikke følger de øvrige områder ved kommune-sammenlægningen.

Arbejdsmarkeds-data

Termerne erhvervs- og beskæftigelsesfrekvens knytter sig til begrebet arbejdsstyrken.

Arbejdsstyrken består af beskæftigede og arbejdsløse. Det er med andre ord summen af personer i en given aldersgruppe, der kan eller vil arbejde, og som udbyder eller sælger deres arbejdskraft. Som arbejdsløs udbyder man sin arbejdskraft ved at være registeret ved Arbejdsformidlingen. Studerende, efterlønnere og førtidspensionister defineres i udgangspunktet som uden for arbejdsstyrken. Den erhvervsaktive alder defineres almindeligvis som 15-74 år, men den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik omfatter de 16-66-årige. I rapporten arbejdes derfor med sidstnævnte aldersgruppe.

Erhvervsfrekvensen

Angiver den procentvise andel blandt den samlede befolkning i alderen 16-66 år, der er i arbejdsstyrken. En lav erhvervsfrekvens indikerer, at der er mange uden for arbejdsstyrken, dvs. at der er mange alderspensionister, studerende, efterlønsmodtagere, førtidspensionister og/eller hjemmegående. Erhvervsfrekvensen må derfor især ses i sammenhæng med, om der er mange unge og mange gamle i kommunen. Erhvervsfrekvensen siger imidlertid intet om beskæftigelsessituationen, altså om antallet af arbejdsløse er højt eller lavt.

Beskæftigelsesfrekvensen

Angiver den procentvise andel beskæftigede blandt den samlede befolkning i alderen 16-66 år. Man betragtes som beskæftiget, hvis man er lønmodtager, selvstændig erhvervsdrivende eller medarbejdende ægtefælle. Er beskæftigelsesfrekvensen lav, kan det skyldes en høj ledighed og/eller et stort antal personer i aldersgruppen, som er udenfor arbejdsstyrken.

Ledighedsprocent

Udregnes på baggrund af antallet af registrerede ledige i alderen 16-66 år. Ledighedsprocenten beregnes ved at sætte det gennemsnitlige antal ledige i forhold til arbejdsstyrken.

Bemærk, at summen af beskæftigelsesfrekvensen og ledighedsprocenten ikke er lig med erhvervsfrekvensen. Det skyldes, at

beskæftigelsesfrekvensen beregnes i forhold til den samlede befolkning i alderen 16-66 år, mens ledighedsprocenten kun beregnes i forhold til den 16-66-årige arbejdsstyrke.

Arbejdsmarkeds-data er hentet via statistikbanken på Danmarks Statistiks hjemmeside. Beskæftigelses- og erhvervsfrekvenser er hentet på www.statistikbanken.dk/RAS1F. Ledighedsprocent er hentet på www.statistikbanken.dk/AARD.

Da beskæftigelsesfrekvens, erhvervsfrekvens og ledighedsprocenter i disse kilder ikke er opdelt på nye kommuner, forelå der et arbejde med at vægte disse data for hver enkelt gammel kommune i de nye kommuner. Man kan ikke blot lægge frekvenserne sammen og dele med antal gamle kommuner i den nye kommune. Vægtene blev udregnet ved hjælp af befolkningstal for alderen 16-66 år (hentet på www.statistikbanken.dk/BEF1A), med formelen:

Vægt for gamle kommune = befolkning i gl. kommune (16-66 år) / befolkning i ny kommune (16-66 år).

Herefter blev vægtene brugt på de pågældende erhvervsfrekvenser, beskæftigelsesfrekvenser og ledighedsprocent. Efterfølgende og efter samme princip blev arbejdsmarkedsdata for Region Syddanmark konstrueret. Grundlaget var nu blot befolkningstal for de nye kommuner og regionen, dvs.:

Vægt for nye kommuner = befolkning i ny kommune (16-66 år) / befolkning i regionen (16-66 år).

Data om sundhedsadfærd mv. (SuSy 2000)

Susy står for Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, der laves af Statens Institut for Folkesundhed. I rapporten er brugt de seneste data fra 2000. Susy er landsdækkende med det formål, at beskrive sundhed og sygelighed i befolkningen, herunder også faktorer, der har betydning for sundhedstilstanden, f.eks. sundhedsadfærd og sundhedsvaner, helbredsrisici i arbejde og miljø samt sundhedsmæssige ressourcer.

De SuSy-tal, der er præsenteret i rapporten, er forbundet med en vis usikkerhed.

Med opdeling af SuSy-data på de nye kommuner i Region Syddanmark er grundlaget for svarfordelingerne en del mindre og derfor også forbundet med en forholdsvis stor usikkerhed.

I nedenstående tabel illustreres usikkerhederne ved SuSy-data for kommunen. Der er valgt et 95% sikkerhedsinterval. Intervallet angiver kort fortalt, *at vi kan være 95% sikre på, at den virkelige andel i kommunen – eksempelvis daglige rygere – ligger indenfor intervallet.* Som nævnt har antallet af svarpersoner stor betydning for, hvor store disse intervaller er, og dermed hvor præcist den virkelige andel kan estimeres med stikprøven. I SuSy 2000 er der i alt knap 17.000 svarpersoner for hele landet, hvilket er en meget stor stikprøve, der gi-

ver ganske små statistiske usikkerheder - dvs. meget små intervaller.

I SuSy 2000 findes der svar fra 141 kommende borgere i Faaborg-Midtfyn Kommune. Dette må karakteriseres som en meget lille stikprøve med store statistiske usikkerheder.

Når der ses nærmere på tabellen, er det værd at bemærke følgende:

Hvis landstallet ligger indenfor det angivne sikkerhedsinterval for den pågældende indikator, betyder det, at der med disse data ikke kan ses en statistisk signifikant forskel mellem andelen i kommunen og andelen i hele landet. Det kan skyldes, at der faktisk ingen forskel er, men det kan også skyldes, at antallet af svarpersoner fra kommunen er for lille til at tydeliggøre eventuelle forskelle.

SuSy 2000 er offentliggjort som papirrapport, men findes også som database, hvortil der er adgang via SIF's hjemmeside. De offentliggjorte SuSy 2000 data er dog ikke opdelt på kommuneniveau. Der foreligger også en SuSy 2005, som foreløbig er offentliggjort i form af spørgeskemaet med svarfordelinger. Dette kan også findes på SIF's hjemmeside, men er ikke opdelt på kommuner.

Indikator	Andel	Nedre grænse for sikkerhedsinterval	Øvre grænse for sikkerhedsinterval	Landstal
Besøgt fysioterapeut indenfor de sidste 3 mdr.	5,7	1,9	9,5	5,3
Besøgt kiropraktor indenfor de sidste 3 mdr.	2,8	0,1	5,6	3,5
BMI over 30	9,2	4,4	14,0	9,5
Dyrker motion for at bevare helbredet	68,1	60,4	75,8	65,8
Generet af allergisk eksem	12,8	7,3	18,3	7,7
Generet af allergisk snue	13,5	7,8	19,1	15,4
Generet af astma	2,1	-0,3	4,5	4,9
Generet af ryg-/lændesmerter	31,9	24,2	39,6	26,0
Generet af skulder-/nakkesmerter	27,0	19,6	34,3	27,5
Generet af smerter i arme/hænder/ben/knæ	27,7	20,3	35,0	23,4
Ikke allergisk	63,1	55,2	71,1	61,9
Ryger dagligt	29,8	22,2	37,3	34,0
Spiser sund kost for at bevare helbredet	45,4	37,2	53,6	58,3

Data for forbrug af ydelser

Sygesikringsdata

De data, som vedrører sygesikringsområdet, omfatter data vedrørende dels de alment praktiserende læger (egen læge/familielæge) og dels de privatpraktiserende speciallæger.

Data stammer fra det system, som bruges til afregning med disse grupper af behandlere, som praktiserer i egne klinikker enten alene eller i fællesskab med andre læger.

For de **alment praktiserende læger** er valgt at præsentere tal, som fortæller i hvilket omfang vi går til læge, dvs. hvor mange der i løbet af ét kalenderår (2004) har været i kontakt med deres læge. Kontakten kan bestå i enten en konsultation i lægens klinik, en telefonkonsultation og i sjældnere tilfælde i lægens besøg i hjemmet.

Det er opgjort dels, hvor mange personer i hver aldersgruppe, som har været i kontakt med lægen. Ratetallet betyder i dette tilfælde, hvor mange procent af befolkningen, dette svarer til. For alle aldersgrupper medfører opgørelsesmetoden imidlertid en vis overestimering af kontaktandelen. For de 80+årige er andelen angivet til 110%. Der er flere forklaringer på, at andelen overstiger de 100%. For det første vil personer, som fyldte 80 år i løbet af 2004, tælle med i såvel aldersgruppen 65-79 år som i aldersgruppen 80+ år, hvis den pågældende har været i kontakt med lægen både før og efter fødselsdagen. De pågældende tæller derimod ikke med i befolkningstallet for de 80+årige pr. 1. januar.

Hertil kommer, at personer i aldersgruppen i løbet af 2004 kan være flyttet imellem de gamle kommuner i løbet af året, og vil derfor tælle to gange i opgørelsen.

For de **praktiserende speciallæger** er det tilsvarende opgjort, hvor mange personer der i de forskellige aldersgrupper, har været undersøgt eller været behandlet uanset, hvilket speciale, lægen udøver. Her gælder tilsvarende forbehold omkring en vis overestimering af kontaktandelen.

Det er desuden opgjort, hvor mange undersøgelser og/eller behandlinger, de pågældende personer har modtaget i løbet af året.

Sygehusdata

De data der tilsammen er omregnet til kommunernes sundhedsprofil på de tre parametre: ambulante kontakter, indlæggelser og sengedage, kan findes to steder.

Opgørelserne af analysevariablene er hentet på *Sundhedsstyrelsens hjemmeside* (www.sst.dk) under informatik og sundhedsdata -> sundhedsdata.sst.dk -> kommune og regionsstatistik-> sygehusaktivitet, sygehusforbrug og operationer -> sygehusforbrug -> Sygehus forbrug. Offentlig og privat.

Definitionerne på de forskellige data kan beskrives således:

En ambulans patient er en patient, der er indskrevet i et ambulatorium. Ambulante patienter opgøres i form af ambulante besøg og ambulante kontakter, afhængig af om den ambulante ydelser sker fra et ambulatorieafsnit eller et fra et stamafsnit.

Behandling på dagafsnit betragtes som ambulans behandling, mens behandling på skadestue eller skadeklinik ikke er omfattet.

En indlagt patient er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads. Indlæggelsen slutter altid med en udskrivning, som også kan omfatte overflytning til andet afsnit eller patientens død. Indlæggelser opgøres i antal udskrivinger og antal sengedage. Sengedage er det antal døgn en indlagt patient har modtaget behandling.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside vælges data i en række rullemenuer¹. Her vælges henholdsvis (ambulante kontakter/ sengedage, indlagte/ udskrivinger, indlagte) *statistisk mål* (her vælges antal), *aldersgruppering* (alle aldersgrupper vælges), *år*, *bopælsamt* og *kommune* (kommunenavne før 1.1 2007). De øvrige rullemenuer anvendes ikke.

Efterfølgende fremkommer data i et nyt vindue, og de kan gemmes i Excel.

¹

http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Planmateriale/LPR/DSNP.aspx

Befolkningstallene er hentet på *Danmarks Statistiks hjemmeside* (www.statistikbanken.dk)². under befolkning og valg -> folketal -> BEF1A07: Folketal pr. 1. januar (efter 2007 kommuneinddeling) efter kommune/region, civilstand, alder og køn (2005-2006). Her udvælges *område* (kommunenavn per. 1.1 2007), *alder* (5-års aldersgrupper) og *år*. De øvrige rullemenuer anvendes ikke.

Efterfølgende fremkommer data i et nyt vindue, og de kan gemmes i Excel.

2

<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1024>

Dataudtræk om folkesygdomme (eSundhed)

Til at afdække den enkelte kommunes forbrug af sygehusydelser indenfor fem af de otte folkesygdomsområder, er der trukket data fra Landspatientregisteret (LPR) via eSundhed. eSundhed er et netbaseret database-system, der administreres og udvikles af Sundhedsstyrelsen, og hvor amterne på nuværende tidspunkt har adgang til at trække ubearbejdede data fra LPR.

I LPR registreres mange informationer i forbindelse med hver enkelt produceret ydelse, der knytter sig til en indlæggelse eller en ambulant kontakt. Data, der anvendes i nærværende rapport, er udelukkende trukket med udgangspunkt i de registrerede sygdomsklassifikationer. Registreringer af sygdomsklassifikation sker med et utal af koder, også kaldet SKS-koder, der angiver aktionsdiagnosen (dvs. hoveddiagnosen) og eventuelle bidiagnoser i forbindelse med hver enkelt produceret ydelse i sygehusregi.

I oversigten nedenfor er anført de SKS-koder, der er anvendt til at trække data for fem af de otte folkesygdomsområder, henholdsvis hjerte-karsygdomme, kroniske sygdomme i nedre luftveje, forebyggelige kræftsygdomme, Type 2-diabetes og knogleskørhed. Det samlede kode-katalog, der anvendes i sygehusvæsenet kan findes på web-adressen:

<http://www.medinfo.dk/sks/>. Anvendelsen af de angivne koder er sket i samråd med Embedslægerne Syddanmark.

LPR-data er trukket for 2005. Befolkningstal til udregning af ratetal er hentet på Danmarks Statistiks hjemmeside.

Der er for alle sygdomsområderne trukket data for den stationære sygehusbehandling (indlæggelse). For nogle af sygdomsområderne er der tillige trukket data for den ambulante sygehusbehandling.

Det skal bemærkes, at der i LPR kun eksisterer én hoveddiagnose for hver produceret ydelse. Er én, af de i oversigten nævnte SKS-koder, anført som hoveddiagnose i LPR, er ydelsen inkluderet i datatrækket for det pågældende sygdomsområde.

Hvad angår bidiagnoser, kan der i LPR registreres op til 15 forskellige af disse i forbindelse med en produceret ydelse. Ved data-træk er det dog kun de første tre felter til registreringen af bidiagnoser taget i be-

tragtning. Er én, af de i oversigten nævnte SKS-koder, anført i ét af disse felter, er ydelsen inkluderet i datatrækket for det pågældende sygdomsområde. Bidiagnoser er dog kun trukket indenfor nogle af sygdomsområderne, nemlig hjerte, lunge og Type 2-diabetes. Og bidiagnoser er for disse tre områder kun trukket for den stationære behandling, jf. oversigten.

Sygdomsområde	Stationær eller ambulat behandling	Hoveddiagnose + evt. bidiagnose	Anvendte SKS-koder ved træk af data for ydelser i 2005 ved det nævnte sygdomsområde
Hjerte-kar	Stationær	Hoved og bi	'DI20', 'DI21', 'DI22', 'DI23', 'DI24', 'DI25', 'DI60', 'DI61', 'DI62', 'DI63', 'DI64', 'DI65', 'DI66', 'DI67', 'DI68', 'DI69', 'DI70', 'DI71', 'DI72', 'DI74'
	Ambulant	Hoved	
Nedre luftveje	Stationær	Hoved og bi	'DJ410', 'DJ411', 'DJ418', 'DJ429', 'DJ429A', 'DJ429B', 'DJ430A', 'DJ431', 'DJ431A', 'DJ432', 'DJ438', 'DJ439', 'DJ439A', 'DJ440', 'DJ441', 'DJ448', 'DJ448A', 'DJ448B', 'DJ449', 'DJ451', 'DJ451A', 'DJ458', 'DJ459', 'DJ459A', 'DJ479'
	Ambulant	Hoved	
Kræft	Stationær	Hoved	'DC34', 'DC43'
Type 2-Diabetes	Stationær	Hoved og bi	'DE11'
	Ambulant	Hoved	
Hofte-nære brud m.m.	Stationær	Hoved	'DS320', 'DS320A', 'DS320B', 'DS320C', 'DS320D', 'DS320E', 'DS220', 'DS220A', 'DS220B', 'DS220C', 'DS220D', 'DS220E', 'DS220F', 'DS220G', 'DS220H', 'DS220I', 'DS220J', 'DS220K', 'DS220L', 'DS221', 'DS720', 'DS721', 'DS721A', 'DS721B', 'DS722'
Knogle-skørhed	Stationær	Hoved og bi	'DM80', 'DM81', 'DM858', 'DM858A', 'DM859'

Datagrundlag, metoder og begreber vedr. psykiatri

Datagrundlaget er et udtræk fra eSundhed (Psykiatri), som er Sundhedsstyrelsens Datawarehouse for LandsPatientRegistret (LPR).

Det er også dataudtræk fra eSundhed, som Staten, ved Sundhedsstyrelsen, benytter til skøn over den kommunale medfinansiering og afregning af den kommunale medfinansiering.

Data er udtrukket på individniveau (med anonymiseret cpr-nr.) således, at data indeholder alle individets indlæggelser og ambulante besøg/ambulante ydelser for de sidste 3 år – aktuelt: 2003, 2004 og 2005. Et individ optræder med samme anonymiseret cpr-kode igennem alle 3 år så man

kan se det er samme individ, uden at kende det faktiske cprnr. Man kender dog køn og alder.

Den statistiske synsvinkel er individbaseret – dvs. det enkelte individ er enheden - og det sundhedsprofilen gerne skal afspejle er individets psykiske sygdom, dvs. hvor mange enkeltindivider som psykiatrien har været i kontakt med i de 3 år og hvad den vigtigste årsag til dette var, samt raten pr. 10.000 indbyggere.

Til hvert individ knyttes derfor kun én kommune (Kommunen der er på første kontakt i 2003-2005) og én "diagnosekode" (den diagnosekode der har laveste nummer). Diagnosekoderne er:

1) 5-17 årige psykisk udv.forstyr./retardering	5-17 årige med F70-F89
2) 5-17 årige m. psykiske problemer	5-17 årige med F-diagnose og ikke i 1)
3) 18+ årige m. skizofreni	18+ årige med F20-F29
4) 18+ årige maniodepressive	18+ årige med F30-F31
5) 18+ årige spiseforstyrrelser	18+årige med F50
6) 18 -64 årige erhv.akt. m. depr.	18-64 årige med F32-f33
7) 65+ årige depr./demens/delir	65+ årige med F32-F32, F00-F09
8) 18+ årige personlighedsforstyrrede	18+ årige med F60-F69
9) 18+ årige alkohol-/stofmisbrug	18+ årige med F10-F19
10) 18+ årige stress, nervøse	18+ Årige med F40-F49
11) 18+ årige mental retardering	18+ årige med F70-F79
12) 18+ årige øvrige tilstande	18+ årige med andre diagnoser

Ratetal er pr. 10.00 indbyggere i pågældende aldersklasse i 2004 (midt i den 3 årige periode).

Hvert individ tæller kun én gang i ratetal og placeres kun i én af grupperne og er kun med i én af kommunerne (uanset de senere må være flyttet til anden kommune).

Forbrugstal er anført som senge og ambulante behandlere.

Senge er beregnet ud fra sengedage, idet der renes med 90% belægning, så $0,9 * 365$ sengedage = 1 seng forbrugt.

Ambulante behandlere er beregnet ud fra, at én behandler p.t. klarer 400 ambulante besøg (som defineret i Fritvalgstaksten). Fritvalgsbeløbet for 400 besøgsdage er ca. 590.000 kr. i 2007 priser svarende til hvad gennemsnitsbehandler (der kan være fx speciallæge, psykolog, sygeplejerske etc) koster inklusiv pension, kørsel, lægesekretærtid m.m.

Sengedage og besøg er henregnet til individets kommune som defineret ovenfor, og kan derfor i mindre omfang afvige fra tilsvarende opgjort efter den kommune, der er gældende ved den enkelte indlæggelse, hhv. ved det enkelte besøg.

Datamateriale vedr. misbrug

Til udarbejdelsen af afsnittet vedr. misbrugsområdet er anvendt data fra Sundhedsstyrelsens landsdækkende register over stofmisbrugere. Der er desuden anvendt en række nøgletal for forekomsten af stof- og alkoholmisbrug i forhold til antal 1000 borgere. Nøgletallene er fundet i en række forskellige kilder, der kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. De er omregnet til kommuneniveau alene med udgangspunkt i kommunens indbyggertal.

Der er således ikke taget højde for andre forhold som alderssammensætning, kulturelle eller miljøbetingede indvirkninger, indkomst og uddannelsesniveau i kommunen m.v.

Andelen af misbrugere i kommunen skal således udelukkende tolkes som en rettesnor for niveauet af antal misbrugere.

Kilder til alkohol og narkotikaafsnit

- Antallet af alkoholmisbrugere (200.000)
- Antallet af storforbrugere (300.000)
- Alkoholikere i behandling (19.000)
- Antallet af dødsfald og fordeling mellem køn (hvert 20.)

Baseret på oplysninger i Sundhedsstyrelsen: Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak

- Antallet af alkoholikere i behandling

Baseret på oplysninger i Sundhedsstyrelsen: Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (2006)

- Antallet af børn i familier med alkoholmisbrug

Baseret på Sundhedsstyrelsen. Børn i familier med alkoholproblemer - 1. kortlægning (2006)

- Antallet af stofmisbrugere
- Antallet af stofmisbrugere i behandling
- Antallet af stofrelaterede dødsfald

Baseret på Sundhedsstyrelsen: Narkotikaisituationen i Danmark 2005.

Datamateriale vedr. sundhedsøkonomi og kommunal medfinansiering

Sundhedsøkonomi

Til udarbejdelsen af afsnittet vedr. sundhedsøkonomi er anvendt data fra Indenrigs- og sundhedsministeriet, sundhedssektoren i tal, juni 2006. De viste tal er angivet i 2005 pris- og lønniveau. Ministeriet opdaterer oplysningerne løbende, hvorfor de viste tal ikke kan genfindes.

Figurerne over sygehusudgifter i Region Syddanmark bygger på tal fra Amtsrådsforeningens Statistikdatabase.

Til vurdering af forventede sundhedsudgifter i Region Syddanmark og fordelingen mellem regionens kommuner er anvendt data fra mini-ressourceluppen fra KL. Mini-ressourceluppen er omtalt nedenfor.

Kommunernes medfinansiering

KL har udarbejdet en mini-ressourcelup for sundhedsområdet som beskriver kommunernes udgifter til grundbidrag og aktivitetsbestemt medfinansiering.

Til udarbejdelse af afsnittet vedr. den kommunale medfinansiering er der anvendt data fra KL's mini-ressourcelup.

Nøgletallene er anvendt med henblik på at illustrere hvorvidt den enkelte kommunes udgifter ligger højt eller lavt i forhold til gennemsnittet for regionen.

Udgifter til medfinansiering pr. indbygger beror på data fra Landspatientregistret og sygesikringsregistret, med udtræk for forbrug af sundhedsydelse i 2004. beløbene er herefter opgjort i 2005 PL-niveau.

Datagrundlaget til mini-ressourceluppen bygger på tal fra Danmarks Statistik, Landspatientregistret, KL's kommunale statistiske database og sygesikringsregistret. Der er således anvendt flere pålidelige landsdækkende databaser til udarbejdelsen. Dog må det tilføjes at nøgletallenes usikkerhed øges en smule ved at der er anvendt datamateriale fra flere forskellige kilder.



Region Syddanmark