

Benchmarking-analyse af udgifter og forbrug til tilskudsmedicin på tværs af regionens kommuner.

Resume

Det generelle forbrug af tilskudsmedicin i kommunerne i Region Midtjylland påvirkes af gennemsnitsalder og uddannelsesniveau. Specifikt har det gennemsnitlige uddannelsesniveau i kommunerne en betydning for antallet af personer i medicinsk behandling for hjerte-kar sygdomme, iskæmisk hjertesygdom, skizofreni & andre psykotiske tilstande og type 2-sukkersyge, også når der tages forbehold for kommunernes køns- og alderssammensætning. Udgifterne og forbruget af medicin til disse sygdomme udgør omkring 34 procent af udgifterne til medicin og 56 procent af forbruget i regionens kommuner. Især medicin til hjerte-kar sygdomme udgør en stor del af forbruget såvel som udgifterne.

Horsens Kommune ligger over regionsgennemsnittet i medicinsk behandling af 9 af de 10 udvalgte folkesygdomme. Herefter følger Randers, Norddjurs og Struer kommuner, der ligger over regionsgennemsnittet i medicinsk behandling af hhv. 8, 7 og 6 af de folkevalgte sygdomme. Viborg, Ikast-Brande, Lemvig og Herning kommuner ligger over regionsgennemsnittet i medicinsk behandling af 5 af de udvalgte sygdomme.

I Ni af kommunerne ligger forbrug og udgifter til medicin generelt over regionsgennemsnittet. Forbrug og udgifter til medicin til udvalgte folkesygdomme i kommunerne stemmer ikke nødvendigvis overens i den enkelte kommune.

Baggrund og formål med analysen

I forbindelse med budgetforliget for 2010 vedtog Regionsrådet i Region Midtjylland, at der skulle udarbejdes en benchmarkinganalyse af forskellene i udgiftsniveau til tilskudsmedicin mellem Region Midtjylland og de øvrige regioner. Denne analyse er en videreudvikling af omtalte analyse, hvor udgifter og forbrug på tilskudsmedicin i regionens kommuner undersøges. Formålet med dette notat er at udrede udgifter og forbrug samt at undersøge sammenhænge mellem befolkningssammensætningen og forbruget af tilskudsmedicin til udvalgte folkesygdomme i regionens kommuner i 2009.

Notatet tager afsæt i rapporten "Hvordan har du det?" udarbejdet i slutningen af 2006 af Region Midtjyllands Center for Folkesundhed. I rapporten opstilles

Dato 16-04-2010

Naja Therese Kokholm Jensen

Tel. +45 8728 4561

Naja.Jensen@STAB.RM.DK

Side 1

alder, køn og uddannelsesniveau som mulige faktorer med indflydelse på kronisk sygdomsforekomst og sundhedsvaner hos regionens borgere. De tre faktorer beskriver befolkningssammensætningen og inddrages i dette notat, da man må formode, at sygdomsforekomst og sundhedsvaner har en mere eller mindre direkte betydning for forbruget af tilskudsmedicin.

I notatet vil der være særlig fokus på uddannelsesniveau som en faktor med indflydelse på medicinforbruget. Baggrunden herfor er, at notatet gerne vil bidrage til indirekte at belyse, hvorfor Region Hovedstaden har et meget lavere udgiftsniveau på medicin end Region Midtjylland. Netop i forhold til uddannelse har Region Hovedstaden et betragteligt større gennemsnitligt uddannelsesniveau end Region Midtjylland, hvilket kan være en mulig forklaring på Region Midtjyllands større udgiftsniveau.¹ Årsagen hertil er, at uddannelse kan betragtes som værende en indikator for den enkeltes sociale position i samfundet. Det er desuden veldokumenteret, at der er en stærk kobling mellem livsstil, levevilkår og social position. Sundhedsvaner er en del af menneskers livsstil. Dårlige sundhedsvaner øger risiko for sygdom, funktionsnedsættelse og tidlig død. Men dårligere sundhedsvaner kan også føre til dårlig livskvalitet. Personer med en uddannelse på lavt og til dels middel niveau har dårligere sundhedsvaner end højtuddannede set i forhold til rygning, overvægt og kost. De dårlige sundhedsvaner hos lavtuddannede har resulteret i, at 14 ud af 17 kroniske sygdomme forekommer hyppigst hos lavtuddannede. Kun kræft og allergi forekommer oftere hos højtuddannede.² På den baggrund undersøges det i dette notat, hvorvidt de gennemsnitlige uddannelsesniveauer i kommunerne har en betydning for forbruget af tilskudsmedicin. Med baggrund i "Hvordan har du det?" er forventningen, at i kommuner med lavt uddannelsesniveau er der et større forbrug af medicin end i kommuner med højere uddannelsesniveau.

Social position (uddannelsesniveau) → Livsstil / Sundhedsvaner → Sygdomsforekomst → **Medicin forbrug**

Mere konkret betyder det, at:

Lavt uddannelsesniveau → usund livsstil / dårlige sundhedsvaner → stor sygdomsforekomst → **højt medicin forbrug**

Højt uddannelsesniveau → sund livsstil / gode sundhedsvaner → lille sygdomsforekomst → **lavt medicin forbrug**

I første del af notatet ses der på de generelle udgifter og forbrug på tilskudsmedicin. I andet afsnit ses der på forbruget på tilskudsmedicin til udvalgte folkesygdomme, og hvorvidt uddannelse har en betydning for forbruget af disse. Notatet slutes af med et blik på kommunernes forbrug og udgifter på de udvalgte folkesygdomme.

¹ Beregnet uddannelsesindeks: Region Hovedstaden: 3,40 - Region Midtjylland: 3,03

² "Hvordan har du det?" af Center for Folkesundhed, november 2006, side 16, 70 & 49. Kan findes på:

<http://www.centerforfolkesundhed.dk/files/Sundhed/Folkesundhed/Sundhedsfremme%20Århus/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET%202006%20til%202008/HDD%20profil%20-%20Revideret%202008.pdf>

Metode og datagrundlag

I denne analyse, er der fokus på forbrug og udgifter til tilskudsmedicin i Region Midtjyllands kommuner. Data til første del og tredje del af notatet hentes fra "Targit" (se "Benchmarking analyse af udgifter til tilskudsmedicin mellem regionerne..") Her trækkes data ud fra det samlede forbrug og de samlede udgifter til tilskudsmedicin til personer i kommunerne. Data om kommunernes indbyggertal, gennemsnitsalder, kønsfordeling og uddannelsesniveau, som anvendes i første og anden del, er hentet og beregnet ud fra data fra Statistikbanken.dk. Data til andet afsnit stammer endvidere fra Lægemedelstyrelsens undersøgelse "Befolkningens brug af medicin mod folkesygdomme fordelt på kommuner" fra 16. marts 2010.³ Samsø er ikke med i analysen, da datagrundlaget er for lille. I klassificeringen af folkesygdommene i undersøgelsen er der taget udgangspunkt i 'Anatomical Therapeutic Chemical Classification System' (ATC-systemet), som bruges til at klassificere lægemidler ud fra deres primære indholdsstof og virkemåde. Nogle lægemidler kan bruges til flere forskellige sygdomme eller tilstande, mens andre lægemidler kun bruges til én specifik sygdom eller tilstand. Salget af et lægemiddel kan altså ikke altid direkte knyttes til behandling af en bestemt sygdom. Statistikken viser derfor ikke det nøjagtige omfang af folkesygdommene, men statistikken kan bruges som en indikator for, hvordan sygdomsbilledet ser ud i de forskellige kommuner. Klassificeringen af de udvalgte folkesygdomme i ATC-koder: Hjerte-kar sygdom: B01AA, B01AC, C01A, C01B, C01D, C02, C03, C07, C08, C09 & C10 - Iskæmisk hjertesygdom: C01DA - Psykiske lidelser: N06, N05B, N05CF, N05CD, N05A & N06D - Depression & angst: N06A - Søvnbesvær og angst: N05B, N05CF & N05CD - Skizofreni og andre psykotiske lidelser: N05A - Demens: N06D - Luftveje sygdomme: KOL & Astma: R03 - Type 2-sukkersyge: A10B & A10A - Knogleskørhed: M05BA, G03XC01 & H05AA⁴. I omtalte afsnit måles forbruget gennem antallet af personer i kommunerne, der er i medicinsk behandling for de udvalgte folkesygdomme. I forklaringen af forbruget på tilskudsmedicin generelt og på de specifikke folkesygdomme inddrages kommunale gennemsnitsbetragtninger, der er således ikke tale om specifikt data på individniveau (se afsnit om Generelle metodiske overvejelser). I forklaringen af forbruget på tilskudsmedicin generelt er der udelukkende set på sammenhængen mellem forbrug og den enkelte forklarende faktor. Derimod er der i forklaringen af forbruget på tilskudsmedicin til de specifikke folkesygdomme taget højde for kommunernes køns- og alderssammensætning.

Generelle metodiske overvejelser

Som nævnt viser de forklarende faktorer i analysen kun gennemsnitsbetragtninger. Det betyder, at notatet udelukkende kan sandsynliggøre sammenhænge mellem medicinforbrug og bl.a. uddannelsesniveaue, men at sammenhængene ikke fuldt ud er videnskabeligt bevist. For at kunne sige noget om sammenhængen med sikkerhed kræves der data på individniveau. Danske Regioner, Indenrigs & Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen er i fællesskab ved at indhente landsdækkende tal om sygdomsforekomst på tværs af regionerne⁵. Disse data vil formentlig kunne anvendes til at fjerne usikkerheder om sammenhænge mellem medicinforbrug og sygdomsforekomst – og desuden klarlægge hvorvidt sammenhængen mellem uddannelse og medicinforbrug eksisterer på individniveau.

³"Befolkningens brug af medicin mod folkesygdomme fordelt på kommuner" af Lægemedelstyrelsens fra 16. marts 2010. Kan findes på: <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/1024/viLSArtikel.asp?artikelID=12997>

⁴ Bemærk, at lægemiddelstyrelsens klassificering af hvilke præparater, som anvendes til hjerte-kar sygdomme, er lidt anderledes end klassificeringen i "Benchmarking analyse af udgifter til tilskudsmedicin mellem regioner.."

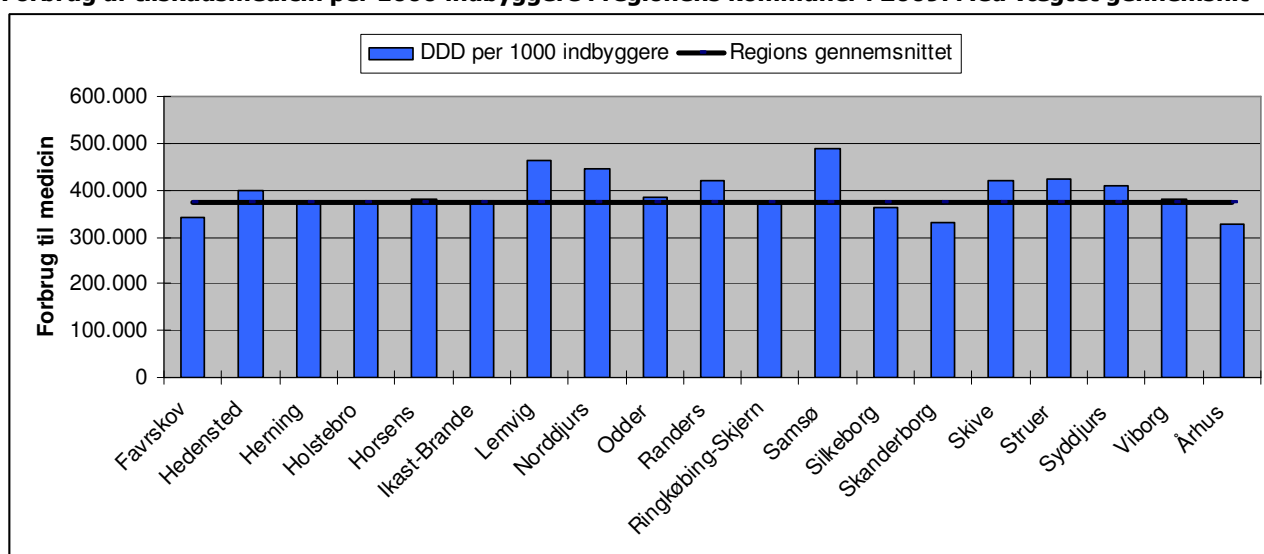
⁵ Der er tale om undersøgelsen "Hvordan har du det", som er en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse, der omhandler sundhedsvaner, sygelighed og trivsel.

Udgifter og forbrug generelt

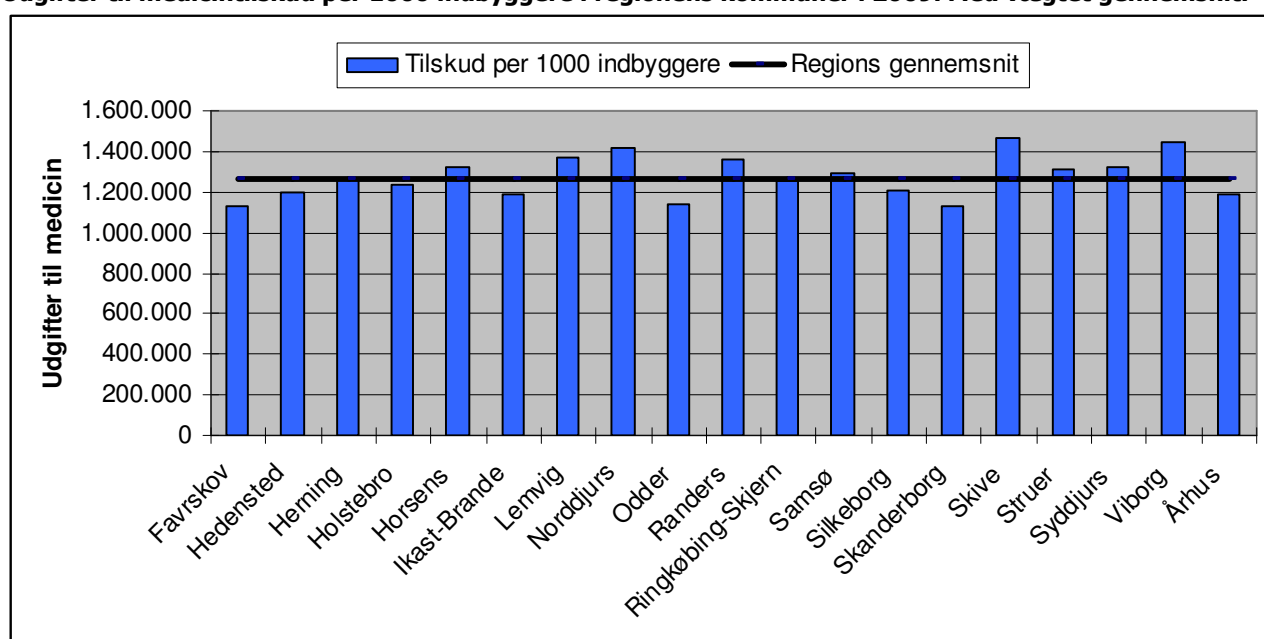
Medicinforbrug

DDD per 1000 indbyggere viser DDD (definerede døgndoser), som er en teoretisk opgørelse af et gennemsnitsforbrug per dag. Antal DDD angiver således det samlede forbrug af tilskudsmedicin – her opgjort i per 1000 indbyggere. Forbruget af tilskudsmedicin per 1000 indbyggere er over regionsgennemsnittet i følgende kommuner: Hedensted, Herning, Horsens, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Odder, Randers, Samsø, Skive, Struer, Syddjurs og Viborg kommuner, se nedenstående figur. Der er stor forskel på forbruget i kommunerne. Helt i toppen ligger Lemvig og Samsø kommuner, som har et forbrug på langt over 400.000 definerede døgndoser per 1000 indbyggere. I bunden ligger Skanderborg og Århus med forbrug på omkring 325.000 definerede døgndoser per 1000 indbyggere.

Forbrug af tilskudsmedicin per 1000 indbyggere i regionens kommuner i 2009. Med vægtet gennemsnit



Udgifter til medicintilskud per 1000 indbyggere i regionens kommuner i 2009. Med vægtet gennemsnit.



Udgifter til medicin

Tilskud per 1000 indbyggere viser andelen af de samlede udgifter til medicin, der betales af Region Midtjylland. Patientandelen indgår således ikke i opgørelsen. Tilskuddet er opgjort per 1000 indbyggere.

Udgifterne til medicin er over regionsgennemsnittet i følgende kommuner: Horsens, Lemvig, Norddjurs, Randers, Samsø, Skive, Struer, Syddjurs & Viborg kommuner, se tabellen herover. Der er stor forskel på udgifterne til medicin i kommunerne. I toppen ligger Skive og Viborg kommuner, som nærmer sig 1,5 millioner kroner per 1000 indbyggere. I bunden ligger Skanderborg og Favrskov kommuner med udgifter på lidt over 1,1 millioner kroner per 1000 indbyggere.

Kommunernes placering i forhold til regionsgennemsnittet på forbrug og udgifter i 2009.

	Kommuner	Indeks forbrug	Indeks udgifter
Kommuner med forbrug og udgifter over regionsgennemsnittet	Norddjurs	120	112
	Samsø	131	103
	Lemvig	125	108
	Skive	113	116
	Struer	114	104
	Randers	113	108
	Syddjurs	110	105
	Viborg	102	114
	Horsens	103	105
Kommuner, hvor enten forbrug eller udgifter er over regionsgennemsnittet	Hedensted	107	95
	Odder	104	91
Kommuner med forbrug og udgifter omkring regionsgennemsnittet	Ikast-Brande	101	94
	Herning	101	100
	Holstebro	100	98
Kommuner med forbrug og udgifter under regionsgennemsnittet	Ringkøbing-Skjern	99	99
	Silkeborg	98	96
	Århus	88	94
	Favrskov	92	89
	Skanderborg	88	89

Ni kommuner i regionen ligger højt på både forbrug og udgifter, se tabellen herover. Det er Norddjurs, Samsø, Lemvig, Skive, Struer, Randers, Syddjurs, Viborg og Horsens kommuner. Yderligere interessante kommuner er Hedensted og Odder, som ligger over gennemsnittet på forbrug per 1000 indbyggere, men under gennemsnittet på udgifter.

Store dele af befolkningen er i medicinsk behandling, og det gælder generelt for alle kommuner. Horsens, Lemvig, Norddjurs, Randers, Samsø, Skive, Struer, Syddjurs, Viborg kommuner har flere i medicinsk behandling end regionsgennemsnittet. I disse kommuner er 65-68 procent af indbyggerne i behandling. I relation til udgifterne og forbruget kan det tyde på at forbruget og udgifterne i de omtalte kommuner, som er over regionsgennemsnittet, skyldes et større antal indbyggere i medicinsk behandling. Århus, Favrskov, Ringkøbing-Skjern og Skanderborg kommuner har det laveste antal af indbyggere i medicinsk behandling på kun 63-64 procent.

Procent andel indbyggere som anvender tilskudsmedicin i kommunerne i 2009.

Indeks 100 = Region Midtjylland.⁶

Kommuner	Procent andel indbyggere som anvender tilskudsmedicin	Indeks
Favrskov	63	97
Hedensted	65	100
Herning	65	100
Holstebro	64	100
Horsens	66	103
Ikast-Brande	64	100
Lemvig	68	105
Norddjurs	67	105
Odder	64	99
Randers	67	104
Ringkøbing-Skjern	63	97
Samsø	65	101
Silkeborg	64	99
Skanderborg	63	97
Skive	67	104
Struer	67	105
Syddjurs	66	102
Viborg	66	102
Århus	62	97
Region Midtjylland	64	100

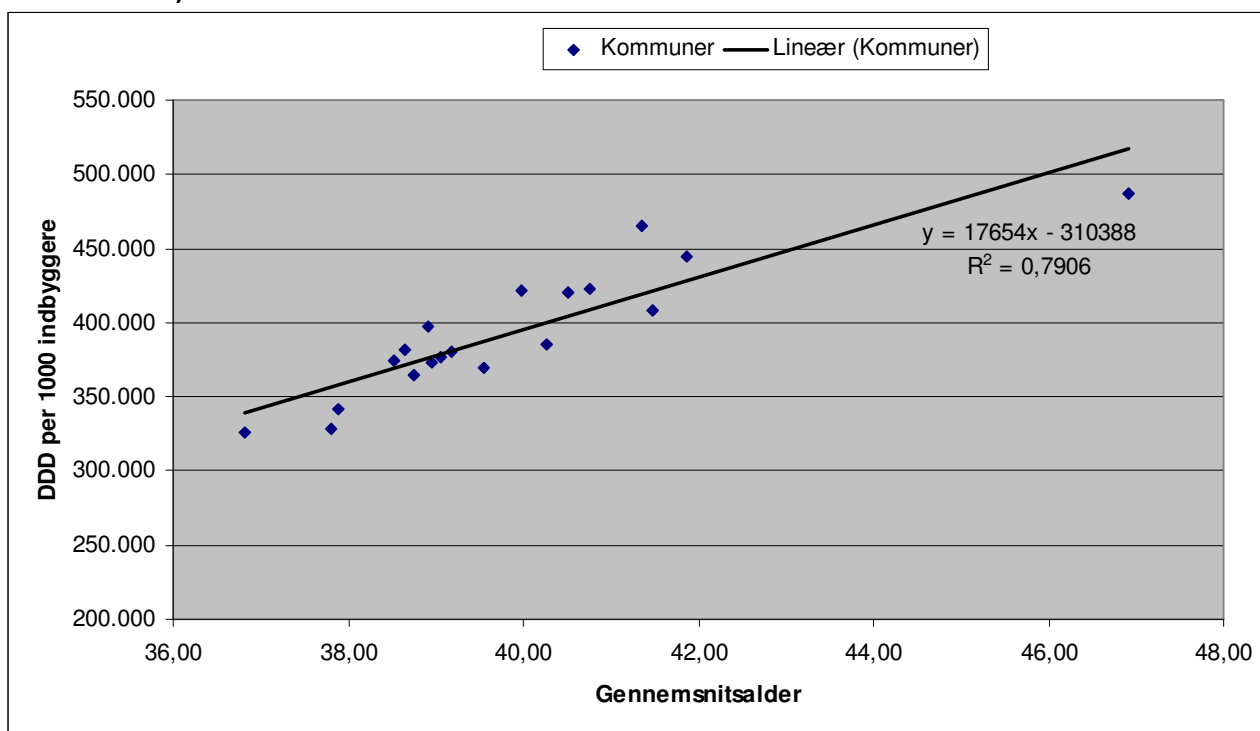
⁶ De mørkegrå markerede felter viser kommunerne, der ligger over Region Midtjyllands gennemsnit. Dette gælder også for de resterende tabeller. Regionsgennemsnittene udregnet i notatet er vægtede gennemsnit (ud fra antal indbyggere), dvs. kommuner med mange indbyggere påvirker regionsgennemsnittet mere end kommuner med få indbyggere. Derfor vil Århus Kommunes værdier påvirke gennemsnittene i deres retning, da kommunen har mange indbyggere.

Forklaring på generelt forbrug

Som nævnt kan en mulig forklaring på forbruget være befolkningssammensætningen i kommunerne. Derfor undersøges det, hvorvidt alder, køn og uddannelse har en betydning for det generelle medicinforbrug.

Med **alderen** stiger forekomsten af kronisk sygdom generelt. Ud af 17 udvalgte kroniske sygdomme findes 13 af dem hyppigst hos ældre. Dette gælder for forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning - blodprop i hjernen, sukkersyge, kræft, bronkitis - for store lunger - rygerlunger, slidgigt - leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps, tinnitus og grå stær.⁷ Sundhedsvanerne er formentlig ikke forklaringen på sygdomsforekomsten, da ældre lever forholdsvis sundt, jf. KRAM faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion). Derimod er kroppens forældelse formentlig den mest sandsynlige forklaring på, at sygdomsforekomst er mere udbredt blandt ældre.

Sammenhængen mellem gennemsnitsalder og forbrug (DDD) per 1000 indbyggere i kommunerne, 2009.⁸



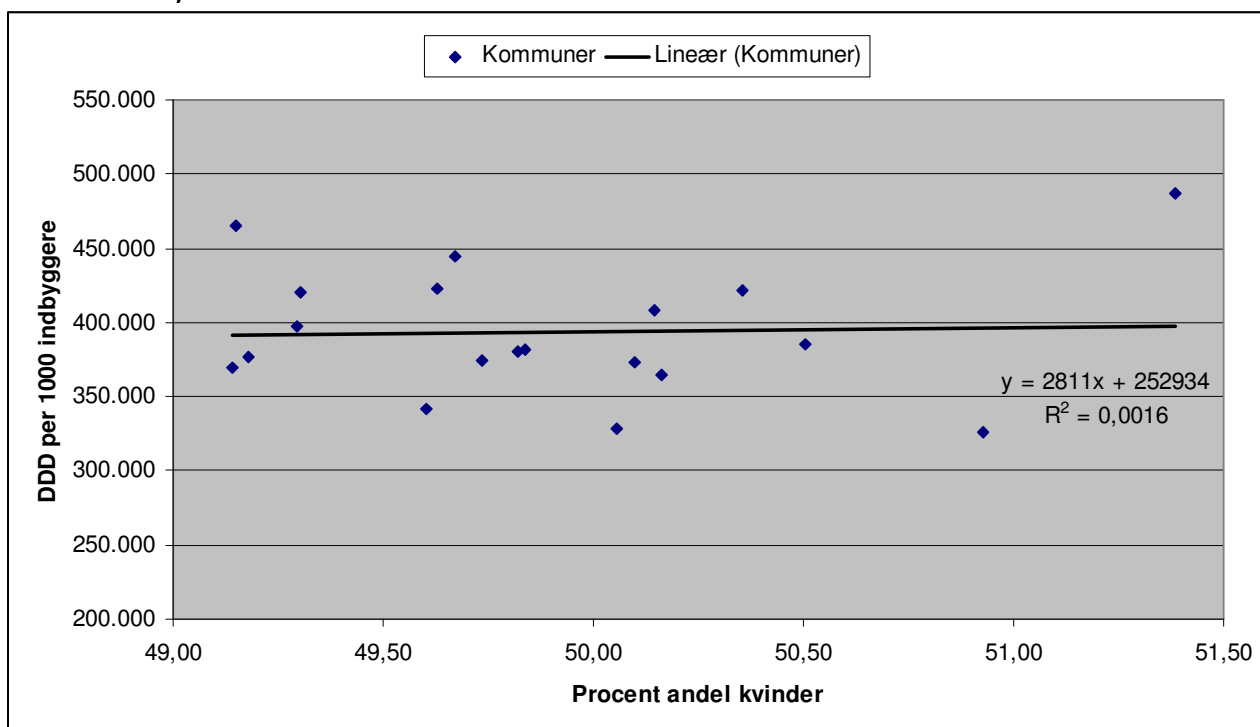
Noget tyder også på, at gennemsnitsalderen i kommunerne har noget at sige i forhold til forbruget af medicin, se figuren herover. Det tyder på, at jo højere gennemsnitsalderen er i kommunen, desto større er forbruget (DDD) per 1000 indbyggere. Grafen viser en stærk sammenhæng mellem gennemsnitsalder og forbrug, idet prikkerne (kommunerne) ligger tæt på linjen. Jo tættere prikkerne ligger på linjen, desto mere tyder det på, at der eksisterer en sammenhæng.

⁷ "Hvordan har du det?" af Center for Folkesundhed, november 2006, side 48-49

⁸ I grafen beskrives 'y' og 'R²'. y ligningen beskriver hældningen på linjen og skæringen med forbrugsaksen. R² beskriver hvor stærk sammenhængen er. R² = 0 betyder ingen sammenhæng, hvorimod R² = 1 betyder, at der er en perfekt sammenhæng og at linjen perfekt passer på data.

Køn har også en betydning for sygdomsforekomst og sundhedsvaner. Kvinder er mere belastede end mænd af ikke-livstruende kroniske sygdomme, der forringer livskvaliteten, mens de potentielt livstruende kroniske sygdomme forekommer hyppigere hos mænd. Danske kvinder lever i gennemsnit 5 år længere end danske mænd, på trods af at flere kvinder end mænd vurderer deres helbred dårligt, og at kvinder har større forbrug af generelle sundhedsydelse. Kvinder lever generelt sundere end mænd set i forhold til rygning, alkohol og kost.⁹ Dvs. der er ikke noget helt entydigt billede i forhold til sygdomsforekomst, og noget tyder også på, at køn ikke har nogen betydning for det generelle medicinforbrug, se figuren herunder.

Sammenhængen mellem procent andel kvinder og forbrug (DDD) per 1000 indbyggere i kommunerne, 2009.



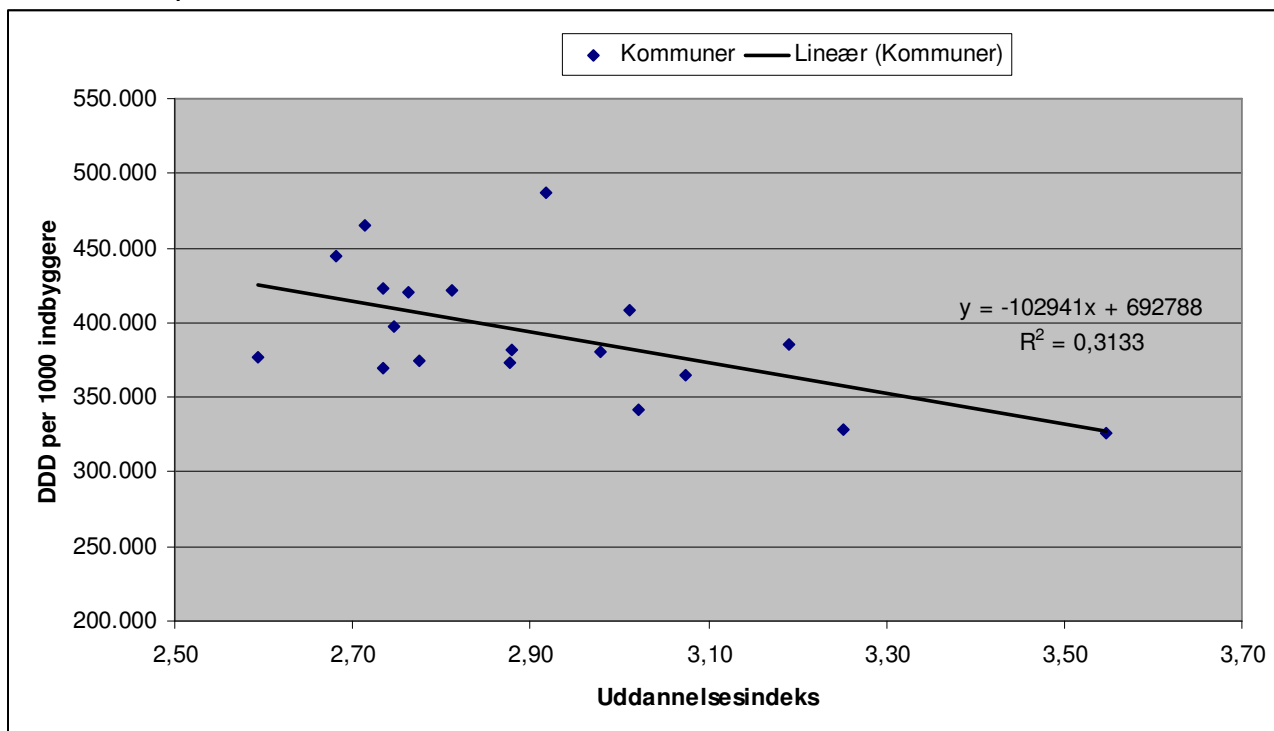
Uddannelsesniveau har også betydning for sygdomsforekomst og sundhedsvaner. Uddannelsesniveau kan betragtes som en indikator for den enkeltes sociale position i samfundet. Dårlige sundhedsvaner øger risiko for sygdom, funktionsnedsættelse og tidlig død. Men dårligere sundhedsvaner kan også føre også til dårlig livskvalitet. Sundhedsvaner er en del af menneskers livsstil. Der er en stærk kobling mellem livsstil, levevilkår og social position. Personer med en uddannelse på lavt og til dels middel niveau har dårligere sundhedsvaner end højtuddannede set i forhold til rygning, overvægt og kost. De dårlige sundhedsvaner hos lavtuddannede har resulteret i, at 14 ud af 17 kroniske sygdomme forekommer hyppigst hos lavtuddannede. Kun kræft og allergi forekommer oftere hos højtuddannede¹⁰.

Noget tyder på, at uddannelsesniveaet også har noget at sige i forhold til forbruget af medicin, se figuren herunder. Det ser således ud til at den strukturelt betingede livsstil, der har ført til større sygdomsforekomst hos lavtuddannede, også har ført til et større forbrug af medicin hos de lavtuddannede.

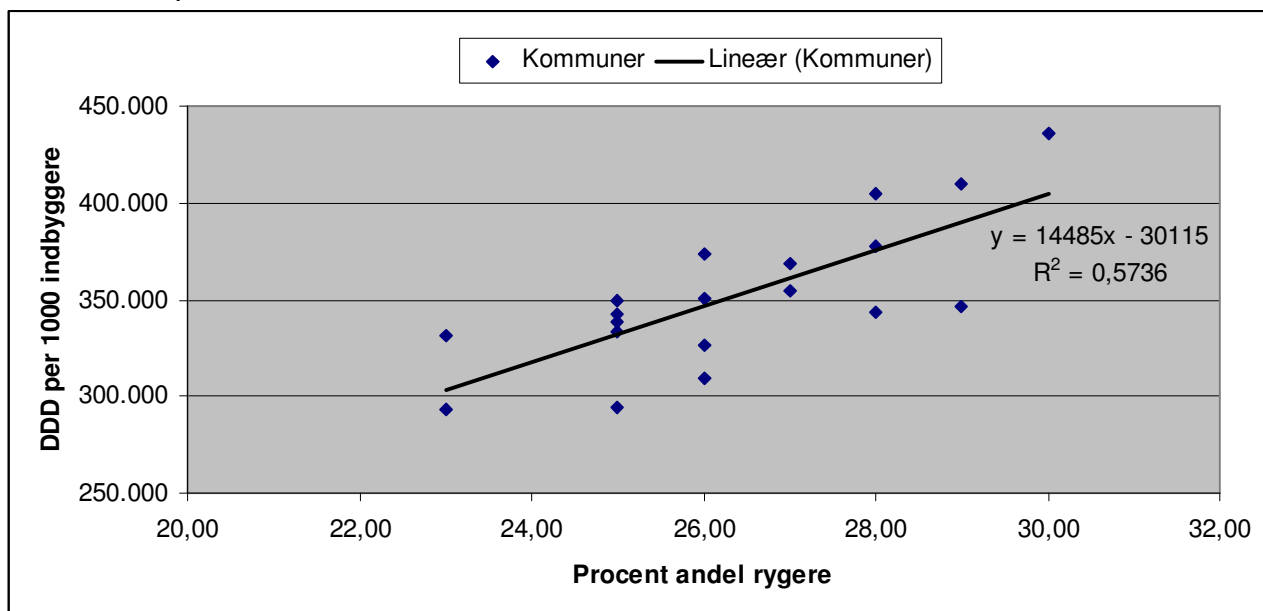
⁹ "Hvordan har du det?" af Center for Folkesundhed, november 2006, side 48-49

¹⁰ "Hvordan har du det?" af Center for Folkesundhed, november 2006, side 16, 70 & 49

Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og forbrug (DDD) per 1000 indbyggere i kommunerne, 2009.



Sammenhængen mellem procent andel rygere og forbrug (DDD) per 1000 indbyggere i kommunerne, 2007.



Rygning er den usunde vane, der forårsager flest dødsfald om året. Rygning forårsager 14.000 dødsfald om året, hvilket svarer til hvert fjerde dødsfald. Storrygere dør i gennemsnit 8-10 år for tidligt. Størstedelen af rygerne er lavtuddannede, idet 34 procent af de lavtuddannede røg i 2007 mod kun 15 procent af de

højtuddannede.¹¹ Noget tyder også på, at den større sygdomsforekomst blandt rygere fører til et større forbrug af medicin hos rygere, se figuren herover.

Uddannelses betydning for antal personer som er i behandling for udvalgte folkesygdomme

Ovenstående afsnit viser, at gennemsnitsalderen og uddannelsesniveaue i kommunerne formentlig har noget at sige i forhold til forbruget af medicin. Uddannelsesniveaueets betydning undersøges grundigere i dette afsnit. Her undersøges det, hvilken betydning uddannelsesniveaue har på, hvor mange personer i kommunerne der er i medicinsk behandling for nogle udvalgte folkesygdomme. I analysen anvendes et køns- og aldersstandardiseret indeks, hvilket betyder, at kommunerne betragtes som at have samme køns- og alderssammensætning – således kan kommunernes forbrug direkte sammenlignes.

Region Midtjyllands kommuner sammenlignes på baggrund af det køns- og aldersstandardiserede indeks, se tabellen næste side (se også kortene til sidst i notatet). De fleste kommuner i Region Midtjylland har flere personer i medicinsk behandling for iskæmisk hjertesygdom, depression & angst og knogleskørhed end landsgennemsnittet. Derimod har de fleste af kommunerne i Region Midtjylland færre personer i medicinsk behandling for søvnbesvær & angst og type 2-sukkersyge end landsgennemsnittet.

Horsens Kommune ligger over regionsgennemsnittet i medicinsk behandling af 9 af de 10 udvalgte folkesygdomme. Herefter følger Randers, Norddjurs og Struer kommuner, der ligger over regionsgennemsnittet i medicinsk behandling af hhv. 8, 7 og 6 af de folkevalgte sygdomme. Viborg, Ikast-Brande, Lemvig og Herning kommuner ligger over regionsgennemsnittet i medicinsk behandling af 5 af de udvalgte sygdomme, se tabellen herunder og næste side.

Antal af folkesygdomme som den enkelte kommune medicinsk behandler mere end regionsgennemsnittet, 2009.

Antal over regionsgennemsnittet	Kommuner	Antal over regionsgennemsnittet	Kommuner
9 folkesygdomme	Horsens	4 folkesygdomme	Hedensted, Århus & Skive
8 folkesygdomme	Randers	3 folkesygdomme	ingen
7 folkesygdomme	Norddjurs	2 folkesygdomme	Ringkøbing-Skjern, Silkeborg & Holstebro
6 folkesygdomme	Struer	1 folkesygdom	Favrskov
5 folkesygdomme	Viborg, Ikast-Brande, Lemvig & Herning	0 folkesygdom	Odder, Skanderborg & Syddjurs

¹¹ "Hvordan har du det?" af Center for Folkesundhed, november 2006, side 70 & 74

Antal personer i kommunerne som er i medicinsk behandling for udvalgte folkesygdomme, 2009. Køns- og alderstandardiserede indeks. Indeks 100 = Danmark.

Kommuner	Hjerte-kar sygdomme		Iskæmisk hjertesygdom		Psykiske lidelser		Depression & Angst		Søvnbesvær & angst	
	Antal	Indeks	Antal	Indeks	Antal	Indeks	Antal	Indeks	Antal	Indeks
Favrskov	9.200	97	600	119	5.300	89	3.700	103	2.500	78
Hedensted	10.100	102	700	123	5.800	94	3.700	102	3.000	89
Herning	18.600	103	1.300	132	11.200	99	7.200	108	5.600	90
Holstebro	12.500	100	800	117	6.800	88	4.800	106	2.700	64
Horsens	18.700	108	1.300	137	11.700	109	7.600	119	5.800	97
Ikast-Brande	8.700	99	600	128	5.000	93	3.000	96	2.500	84
Lemvig	5.600	105	400	118	2.900	91	2.000	106	1.300	74
Norrdjurs	9.800	103	700	131	5.900	107	4.000	124	2.800	86
Odder	4.700	95	300	105	2.800	92	1.800	103	1.400	80
Randers	22.400	105	1.800	144	14.100	109	8.900	118	7.600	104
Ringkøbing-Skjern	13.200	99	900	119	7.200	89	4.600	98	3.600	79
Silkeborg	18.300	96	1.200	114	11.800	101	7.400	107	6.500	100
Skanderborg	11.000	96	600	98	6.800	93	4.500	104	3.300	84
Skive	12.100	107	700	111	6.600	97	4.100	103	3.400	89
Struer	5.600	105	400	129	3.000	94	2.100	112	1.200	68
Syddjurs	9.800	98	700	115	5.900	99	3.700	106	3.100	92
Viborg	20.000	98	1.400	119	12.700	101	8.200	111	6.400	91
Århus	54.500	95	3.600	115	41.600	110	26.500	117	21.200	105
Region Midtjylland	266.100	100	18.300	121	167.800	101	108.000	110	84.400	92
Kommuner	Skizofreni & andre psykotiske lidelser		Demens		Asthma & KOL		Type 2-sukkersyge		Knogleskørhed	
	Antal	Indeks	Antal	Indeks	Antal	Indeks	Antal	Indeks	Antal	Indeks
Favrskov	600	65	100	72	3.500	94	1.300	89	700	121
Hedensted	800	83	100	95	3.700	99	1.400	93	600	97
Herning	1.800	106	200	82	6.500	94	2.700	98	1.400	119
Holstebro	1.300	111	200	102	4.200	90	1.800	93	900	106
Horsens	1.800	108	300	132	7.200	109	2.600	97	1.300	112
Ikast-Brande	900	102	100	90	2.900	88	1.400	103	700	127
Lemvig	500	107	100	98	1.900	103	900	107	400	97
Norrdjurs	900	105	100	68	3.300	105	1.500	103	700	103
Odder	400	80	0	58	1.700	92	700	89	400	107
Randers	2.000	103	200	67	8.200	106	3.400	104	1.700	113
Ringkøbing-Skjern	1.300	104	100	73	4.000	83	2.100	105	800	90
Silkeborg	1.600	89	200	71	7.000	97	2.600	91	1.700	133
Skanderborg	900	77	100	71	4.300	91	1.500	84	800	116
Skive	1.100	103	200	114	3.800	95	1.600	96	1.000	126
Struer	500	99	100	118	1.700	88	800	99	300	94
Syddjurs	800	85	100	55	3.300	96	1.400	93	600	86
Viborg	2.200	115	300	119	7.900	104	2.900	93	1.900	139
Århus	5.600	94	600	81	22.500	96	8.400	94	5.100	133
Region Midtjylland	25.000	97	3.100	87	98.000	97	39.100	96	21.100	118

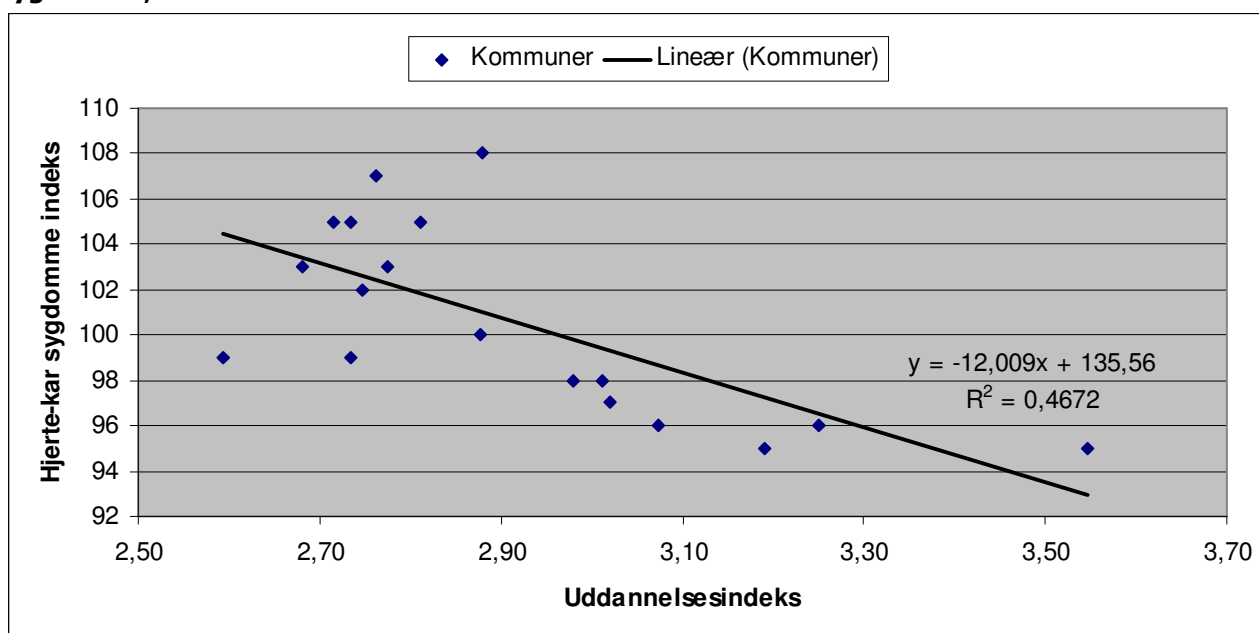
Kommunernes gennemsnitsalder og gennemsnitlige uddannelsesniveau, 2009.

Indeks 100 = Region Midtjylland.

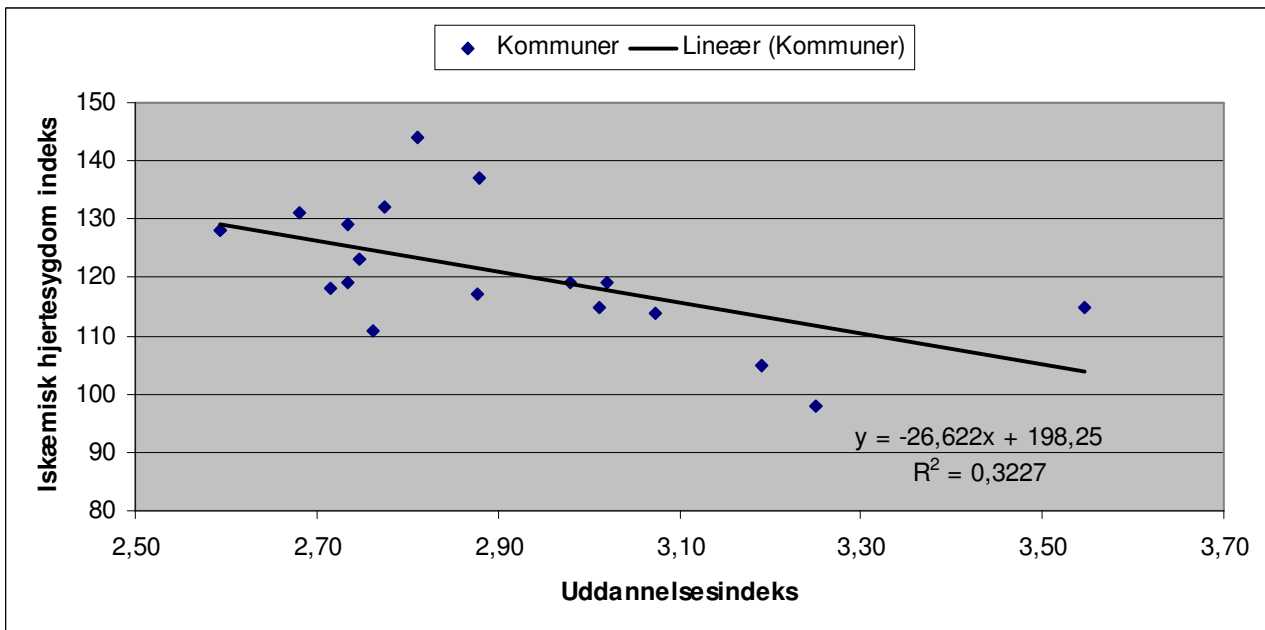
Kommuner	Gennemsnitsalder	Indeks alder Region Midtjylland	Uddannelsesindeks	Indeks uddannelse Region Midtjylland
Favrskov	37,90	98	3,02	100
Hedensted	38,91	100	2,75	91
Herning	38,52	99	2,77	92
Holstebro	38,96	101	2,88	95
Horsens	38,65	100	2,88	95
Ikast-Brande	39,07	101	2,59	86
Lemvig	41,36	107	2,71	90
Norrdjurs	41,87	108	2,68	89
Odder	40,27	104	3,19	105
Randers	39,98	103	2,81	93
Ringkøbing-Skjern	39,54	102	2,74	90
Silkeborg	38,75	100	3,07	102
Skanderborg	37,80	98	3,25	107
Skive	40,50	104	2,76	91
Struer	40,75	105	2,73	90
Syddjurs	41,48	107	3,01	100
Viborg	39,19	101	2,98	98
Århus	36,83	95	3,55	117
Samsø	46,91	121	2,92	96
Region Midtjylland	38,76	100	3,03	100

Hvorvidt uddannelsesniveaulet er en mulig forklaring på antallet af personer i medicinsk behandling for de enkelte folkesygdomme undersøges via kommunernes gennemsnitlige uddannelsesniveau og det køns- og alderstandardiserede indeks for personer i behandling for den pågældende sygdom.

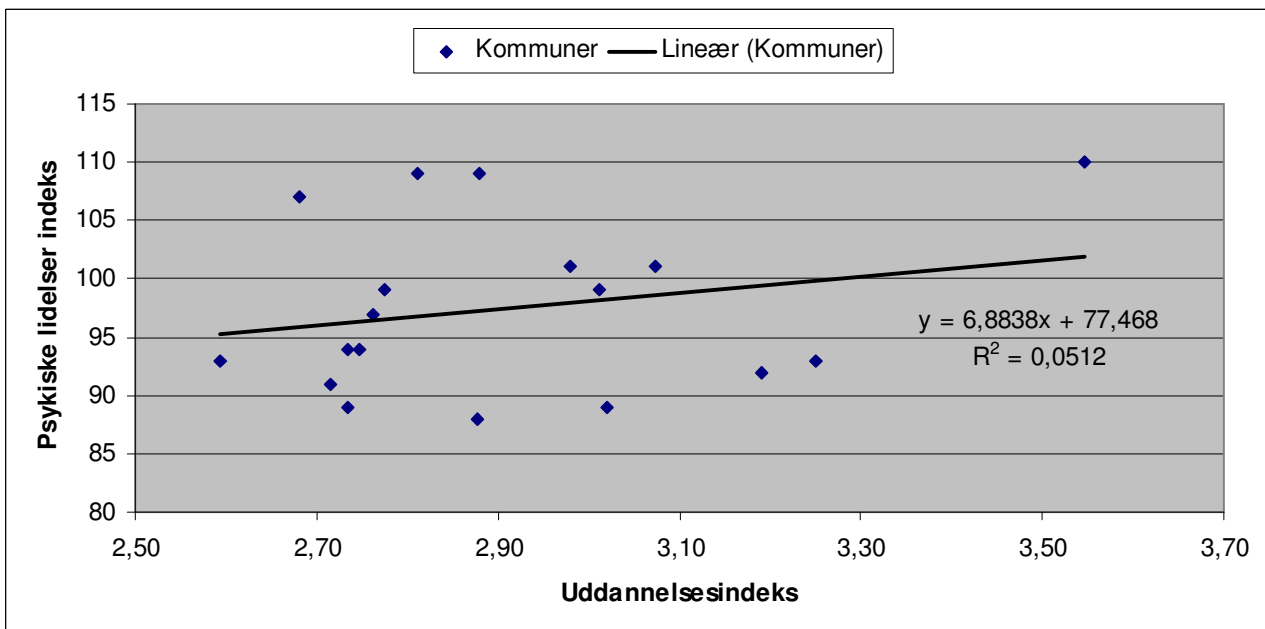
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for hjerte-kar sygdomme, 2009.



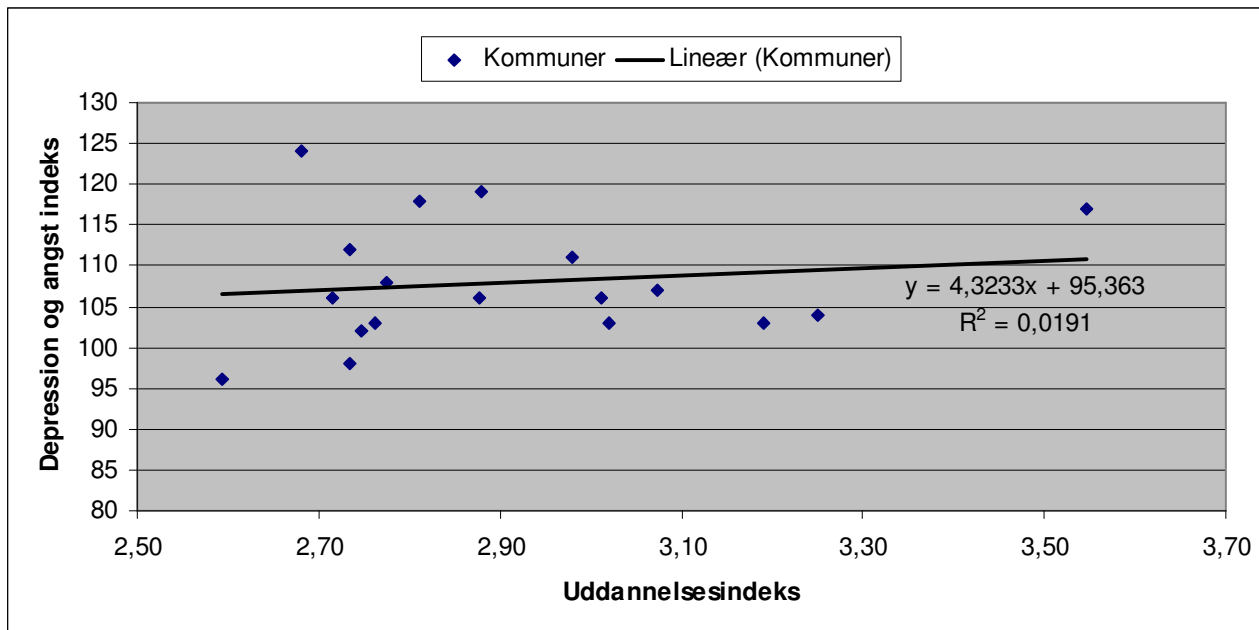
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for iskæmisk hjertesygdom, 2009.



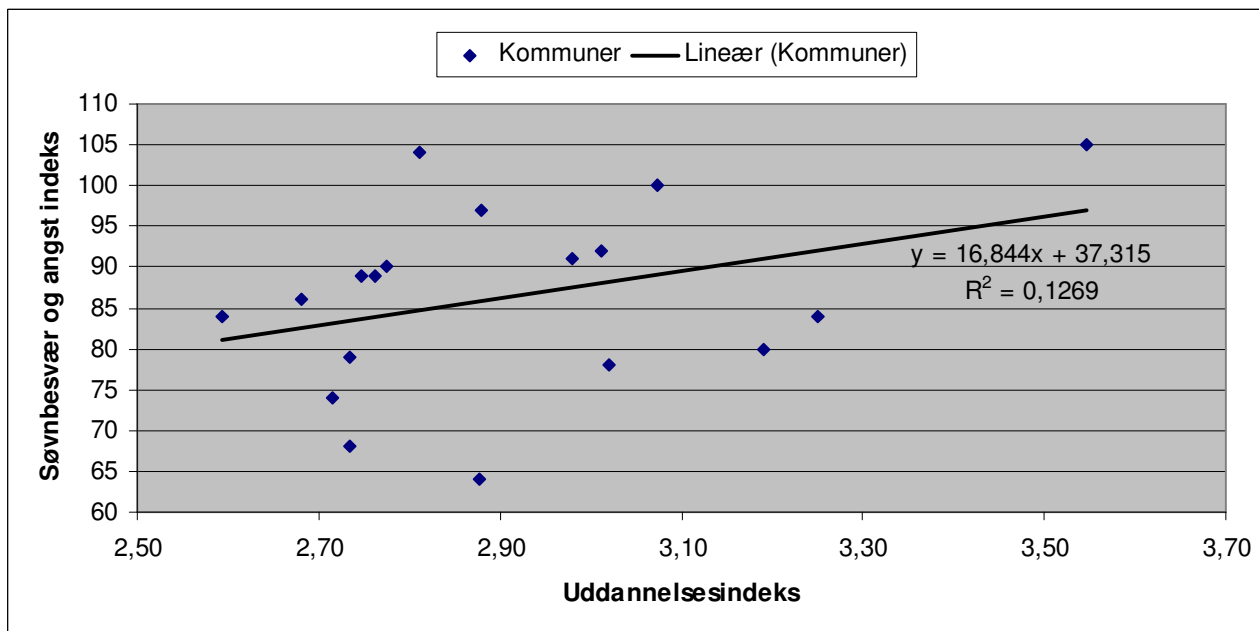
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for psykiske lidelser, 2009.



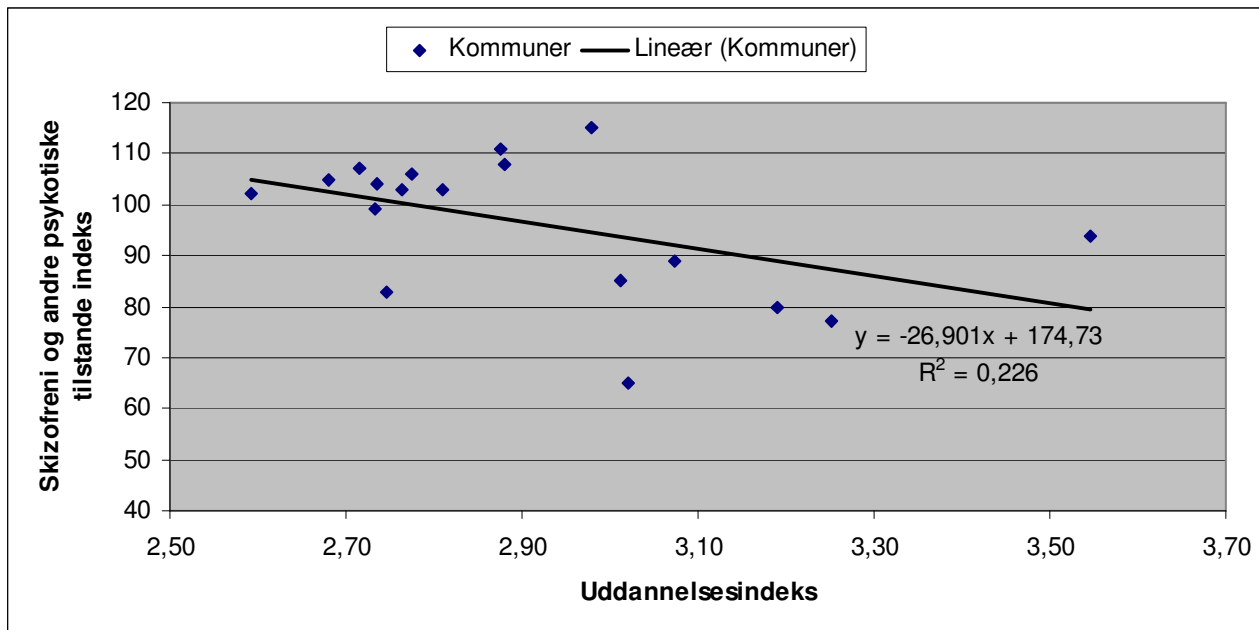
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for depression & angst, 2009.



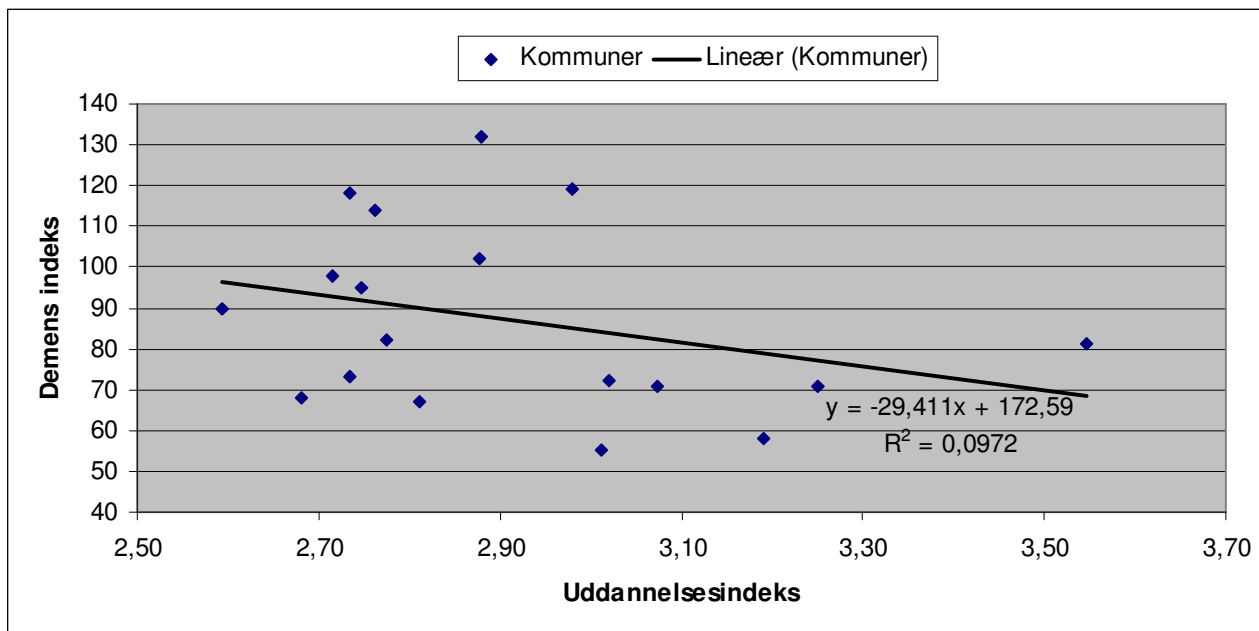
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for søvnbesvær og angst, 2009.



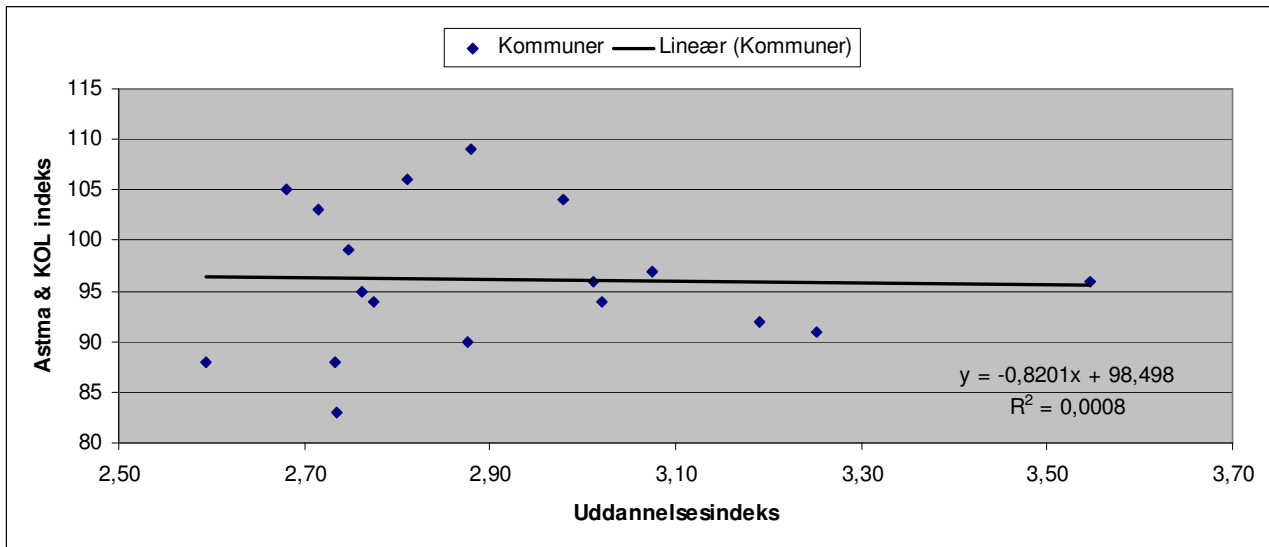
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for skizofreni og andre psykotiske lidelser, 2009.



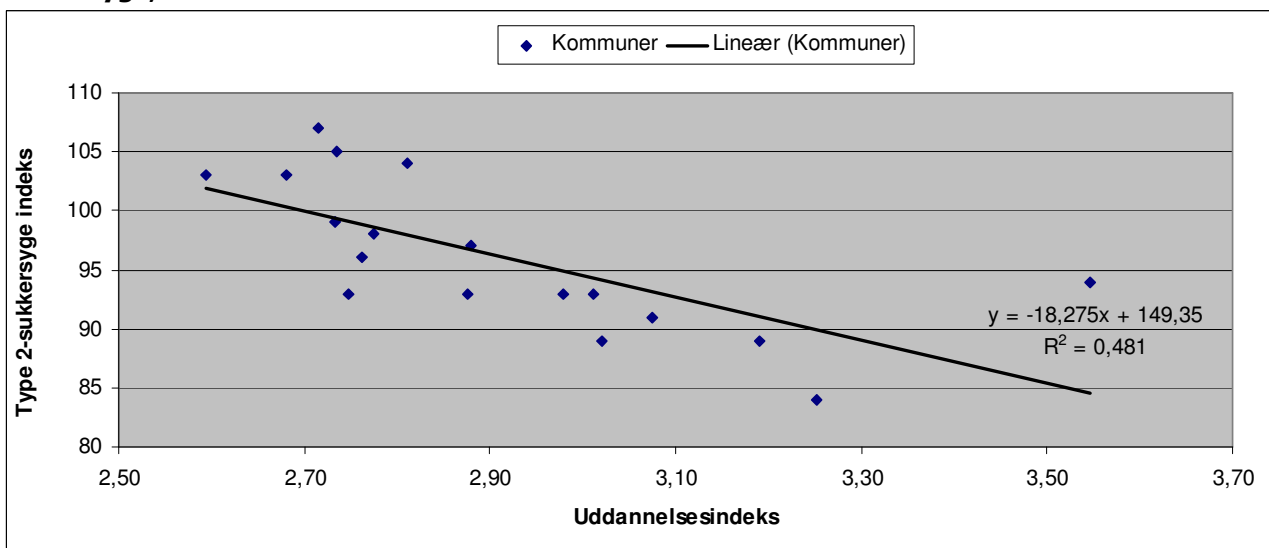
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for demens, 2009.



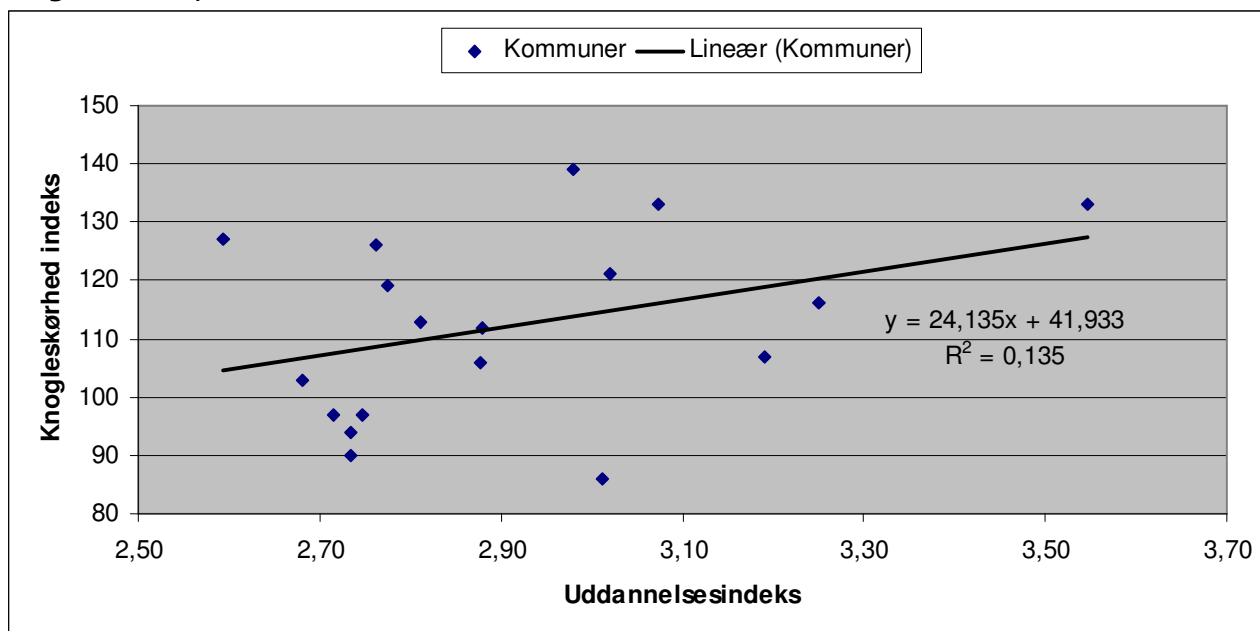
Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for KOL & astma (luftveje sygdomme), 2009.



Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for type 2-sukkersyge, 2009.



Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og indeks for personer i behandling for knogleskørhed, 2009.



Det tyder på, se ovenstående grafer, at antallet af personer i medicinsk behandling i regionens kommuner for hjerte-kar sygdomme, iskæmisk hjertesygdom, skizofreni & andre psykotiske lidelser og type 2-sukkersyge påvirkes af det gennemsnitlige uddannelsesniveau i kommunerne, idet prikkerne (kommunerne) i graferne ligger tæt på linjen. Graferne viser, at jo lavere uddannelsesniveau der er i kommunen, desto flere personer er der i medicinsk behandling for den pågældende folkesygdom.

Modsat tyder det på, at antallet af personer i medicinsk behandling i regionens kommuner for knogleskørhed, demens, søvnbesvær & angst, depression & angst, astma & KOL og generelle psykiske lidelser ikke påvirkes af det gennemsnitlige uddannelsesniveau i kommunerne. Man kan dog formode, at antallet af personer i medicinsk behandling for blot KOL påvirkes af uddannelsesniveaue. Det skyldes, at selve sygdomsforekomsten af KOL påvirkes af uddannelsesniveaue.¹² Det er dog ikke muligt at undersøge KOL-patienter separat, da de behandles med præcis samme medicin som astmatikerne.

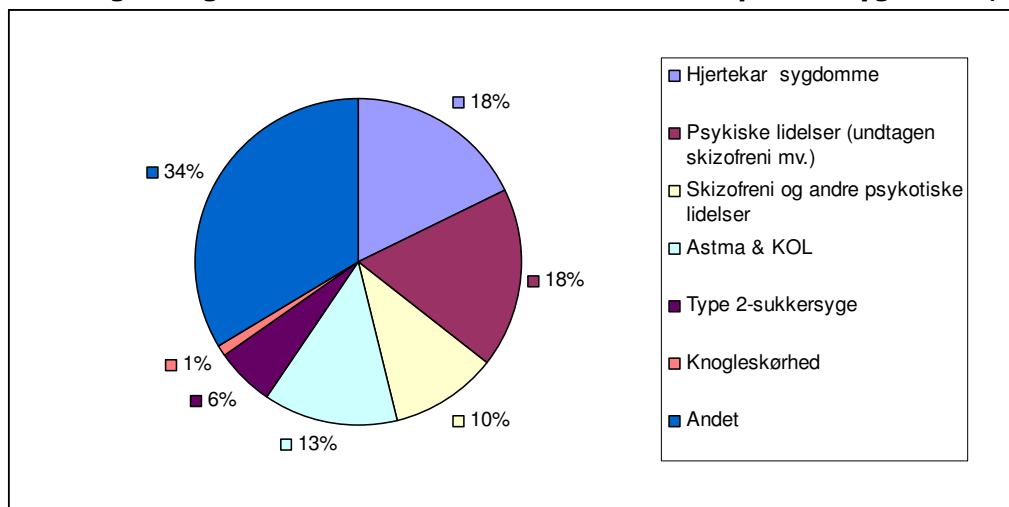
Udgifter til og forbrug af tilskudsmedicin i kommunerne på udvalgte folkesygdomme, 2009.

Folkesygdomme	Tilskud	Procent af tilskud	DDD	Procent af DDD
Hjerte-kar sygdomme	281.045.091	18	238.200.894	51
Psykiske lidelser (undtagen skizofreni mv.)	281.045.073	18	46.502.465	10
Skizofreni og andre psykotiske lidelser	163.857.041	10	5.211.949	1
Astma & KOL	210.807.452	13	26.726.784	6
Type 2-sukkersyge	91.987.755	6	18.265.987	4
Knogleskørhed	17.222.849	1	4.139.903	1
Andet	531.796.467	34	125.643.960	27

De udvalgte folkesygdomme, som påvirkes af uddannelse, udgør omkring 34 procent af udgifterne til medicin og 56 procent af forbruget i regionens kommuner. Det er således en forholdsvis stor del af både medicinforbruget og udgifterne, der påvirkes af uddannelsesniveaue. Især medicin til hjerte-kar sygdomme udgør en stor del af forbruget såvel som udgifterne.

¹² "Hvordan har du det?" af Center for Folkesundhed, november 2006, side 49.

Fordeling af udgifter til tilskudsmedicin i kommunerne på folkesygdomme, 2009.



Forbrug af og udgifter til medicinsk behandling af ti udvalgte folkesygdomme

Herunder ses kommunernes umiddelbare forbrug og udgifter på de udvalgte folkesygdomme per 1000 indbyggere i 2009. Tabellen kan være med til at give et overblik over, hvorvidt kommunernes forbrug og udgifter til de udvalgte folkesygdomme stemmer overens.

Forbrug (DDD) af og udgifter (tilskud) til udvalgte folkesygdomme per 1000 indbyggere i kommunerne, 2009.

Kommuner	Hjerte-kar sygdomme		Iskæmisk hjertesygdom		Psykiske lidelser		Depression & angst		Søvnbesvær & angst ¹³	
	DDD	Tilskud	DDD	Tilskud	DDD	Tilskud	DDD	Tilskud	DDD	Tilskud
Favrskov	179.522	213.053	3.258	5.580	31.809	167.842	27.137	51.264	284	1.106
Hedensted	216.116	218.337	4.616	6.474	34.290	192.113	28.088	42.202	276	1.819
Herning	195.628	240.678	3.871	6.244	35.674	215.672	28.723	54.196	231	781
Holstebro	193.247	211.065	3.942	6.224	33.991	234.807	27.032	60.007	263	1.035
Horsens	194.933	233.369	4.504	7.106	37.240	261.998	29.363	48.123	301	1.143
Ikast-Brande	201.686	225.213	4.439	6.747	32.235	211.525	25.501	44.538	208	781
Lemvig	251.679	267.421	4.950	7.286	37.245	230.740	29.947	53.966	580	1.546
Norddjurs	238.827	276.898	4.770	7.728	43.744	280.755	35.608	54.634	285	1.363
Odder	209.796	195.834	4.008	6.054	39.025	226.165	31.298	39.894	297	1.308
Randers	218.528	247.983	4.573	7.766	39.404	230.637	32.502	50.335	421	1.980
Ringkøbing-Skjern	201.567	228.263	4.282	7.058	31.577	211.505	25.028	48.982	169	974
Samsø	276.529	286.841	4.303	7.147	39.869	181.684	33.122	42.043	301	2.249
Silkeborg	182.525	230.745	3.371	5.721	36.657	206.786	30.411	45.442	367	2.093
Skanderborg	165.979	187.263	2.139	3.543	36.281	223.127	29.094	38.745	283	2.735
Skive	221.009	284.592	4.082	6.515	35.757	281.580	28.345	55.317	264	1.131
Struer	226.305	237.481	4.590	7.204	36.869	225.523	29.718	63.170	284	1.219
Syddjurs	219.116	275.590	3.759	6.444	36.301	192.310	31.109	54.293	293	1.421
Viborg	184.535	247.343	3.807	6.092	40.097	313.711	31.228	71.190	294	1.290
Århus	157.836	188.776	3.020	5.071	39.484	264.511	31.848	53.334	248	1.152
Region Midtjylland	190.689	224.987	3.753	6.095	37.227	240.903	30.068	52.337	286	1.363

¹³ DDD og tilskud for søvnbesvær og angst er formentlig for lavt sat, da Targit har mangler på ATC-koderne til søvnbesvær og angst.

Kommunernes forbrug (DDD) og udgifter (tilskud) til udvalgte folkesygdomme per 1000 indbyggere, 2009.

Kommuner	Skizofreni og andre psykotiske lidelser		Demens		Asthma & KOL		Type 2-sukkersyge		Knogleskørhed	
	DDD	Tilskud	DDD	Tilskud	DDD	Tilskud	DDD	Tilskud	DDD	Tilskud
Favrskov	2.385	74.291	346	13.007	20.904	170.734	13.436	71.188	3.155	13.295
Hedensted	3.041	87.197	779	22.588	23.080	175.184	15.303	69.632	2.639	10.314
Herning	4.018	103.531	549	18.765	21.282	160.585	13.807	71.512	3.590	18.676
Holstebro	3.838	113.363	867	27.431	21.683	156.276	13.463	66.856	2.905	14.730
Horsens	3.943	135.865	835	30.771	23.370	188.391	15.813	78.768	3.032	18.435
Ikast-Brande	3.862	111.405	771	21.925	20.854	156.623	14.912	75.109	3.733	16.932
Lemvig	4.039	117.148	1.089	31.192	23.446	172.950	18.725	90.263	3.490	23.563
Norddjurs	5.577	179.379	577	18.058	25.534	205.766	17.632	90.474	3.289	12.009
Odder	3.667	115.023	443	13.306	18.832	150.371	14.520	73.271	3.464	11.661
Randers	4.141	127.958	498	16.458	25.356	203.052	16.602	82.645	3.286	13.432
Ringkøbing-Skjern	4.108	110.495	435	17.082	21.079	161.079	16.637	85.143	2.649	8.758
Samsø	2.973	73.762	564	14.975	21.554	164.105	15.904	61.887	3.608	12.706
Silkeborg	3.977	118.846	519	15.679	21.013	164.031	14.399	70.859	3.829	13.566
Skanderborg	4.305	131.830	296	11.197	19.297	141.760	12.258	62.477	1.998	10.995
Skive	4.524	162.730	974	35.294	23.915	193.348	15.730	84.991	4.340	18.275
Struer	2.876	85.203	1.060	34.306	24.488	173.347	15.516	74.687	2.948	16.117
Syddjurs	2.962	95.328	400	13.556	21.912	182.202	16.241	81.022	2.733	9.856
Viborg	5.579	177.714	1.029	30.632	22.693	184.450	14.787	76.553	4.610	15.973
Århus	4.538	153.310	461	14.587	18.474	151.180	13.090	65.853	3.217	11.498
Region Midtjylland	4.172	131.174	611	19.870	21.396	168.759	14.623	73.640	3.314	13.788

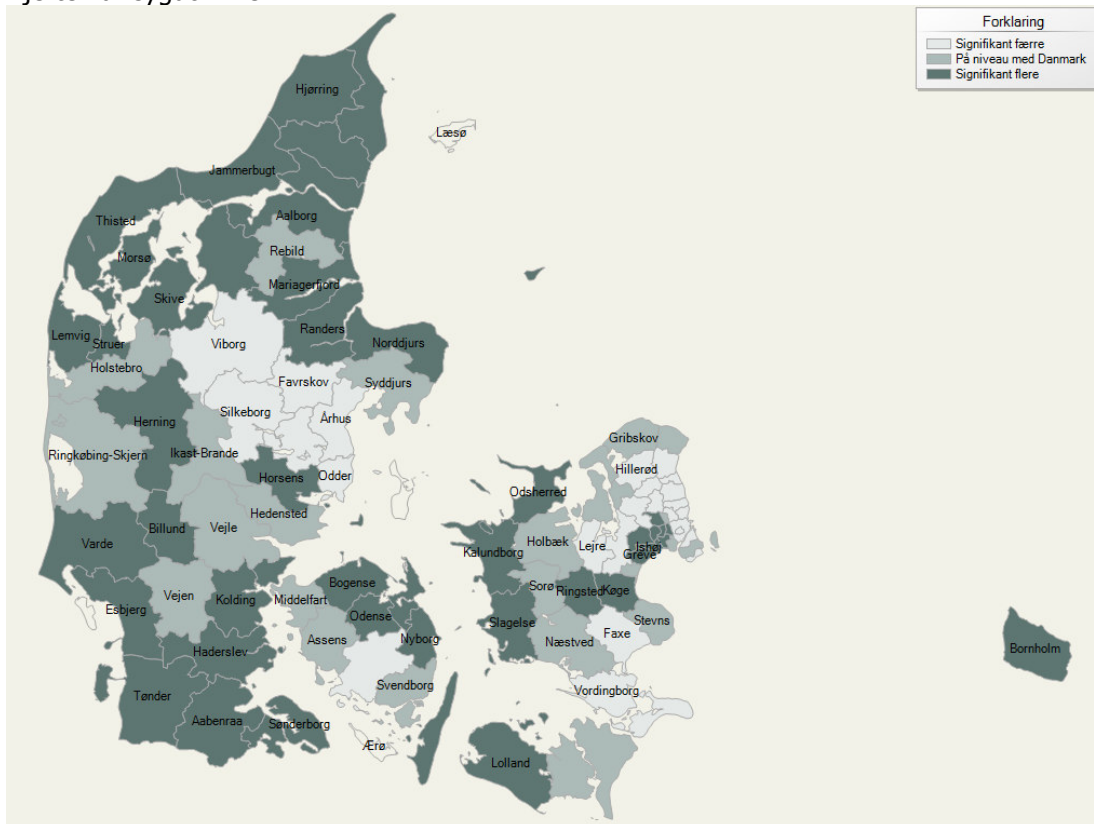
Her kommenteres kort nogle af de interessante kommuner i forhold til manglende overensstemmelse mellem forbrug og udgifter.

- I Viborg Kommune er medicinudgifter til behandling af hjerte-kar sygdomme betragteligt over regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger under regionsgennemsnittet.
- I Odder Kommune er medicinudgifter til behandling af iskæmisk hjertesygdom, psykiske lidelser og depression & angst under regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger over regionsgennemsnittet.
- I Samsø Kommune er medicinudgifter til behandling af psykiske lidelser, depression & angst og type 2-sukkersyge under regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger over regionsgennemsnittet.
- I Hedensted Kommune er medicinudgifter til behandling af type 2-sukkersyge under regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger over regionsgennemsnittet – men i kommunen er medicinudgifter til behandling af søvnbesvær & angst betragteligt over regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger under regionsgennemsnittet.
- I Holstebro Kommune er medicinudgifter til behandling af depression & angst og knogleskørhed over regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger under regionsgennemsnittet
- I Struer Kommune er medicinudgifter til behandling af depression & angst og knogleskørhed over regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger under regionsgennemsnittet.
- I Herning Kommune er medicinudgifter til behandling af depression & angst over regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger under regionsgennemsnittet

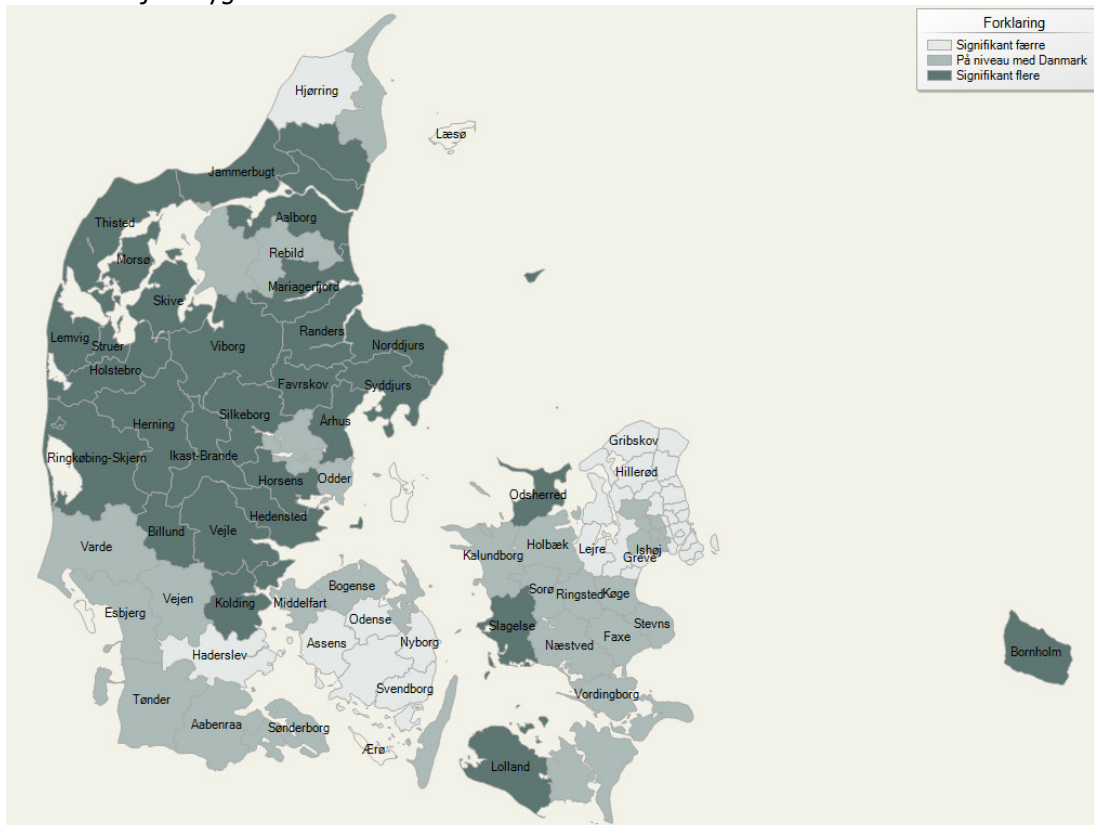
- I Horsens Kommune er medicinudgifter til behandling af knogleskørhed over regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger under regionsgennemsnittet.
- I Skive Kommune er medicinudgifter til behandling af psykiske lidelser og depression & angst over regionsgennemsnittet på trods af, at forbruget ligger under regionsgennemsnittet.

Kort over antal personer i medicinsk behandling for udvalgte folkesygdomme

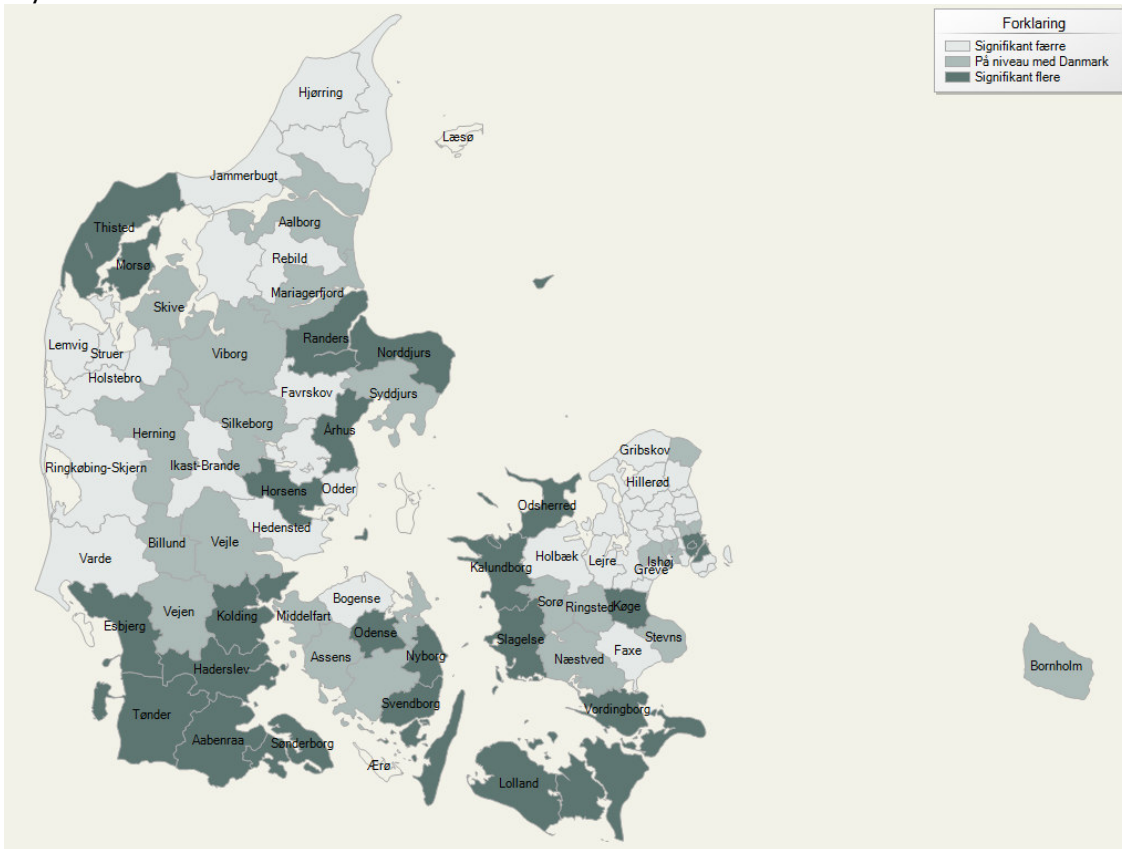
Hjerte-kar sygdomme



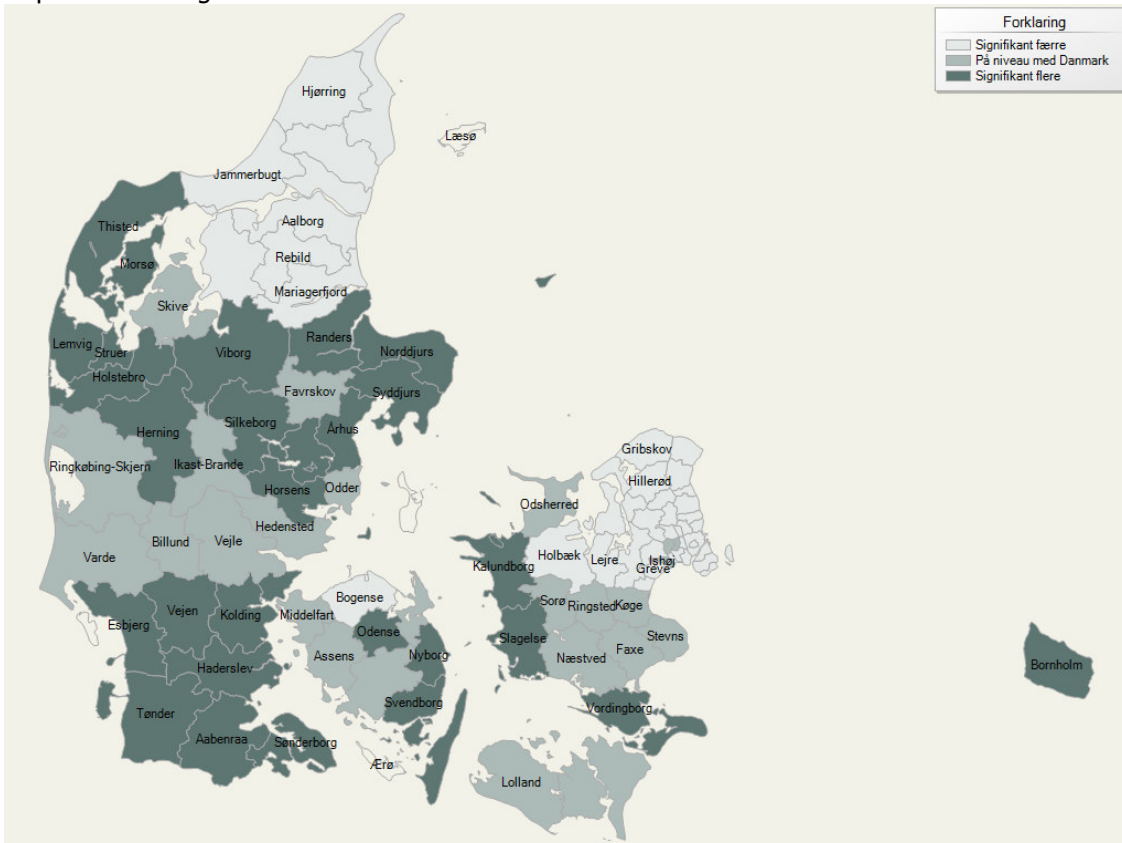
Iskæmisk hjertesygdom



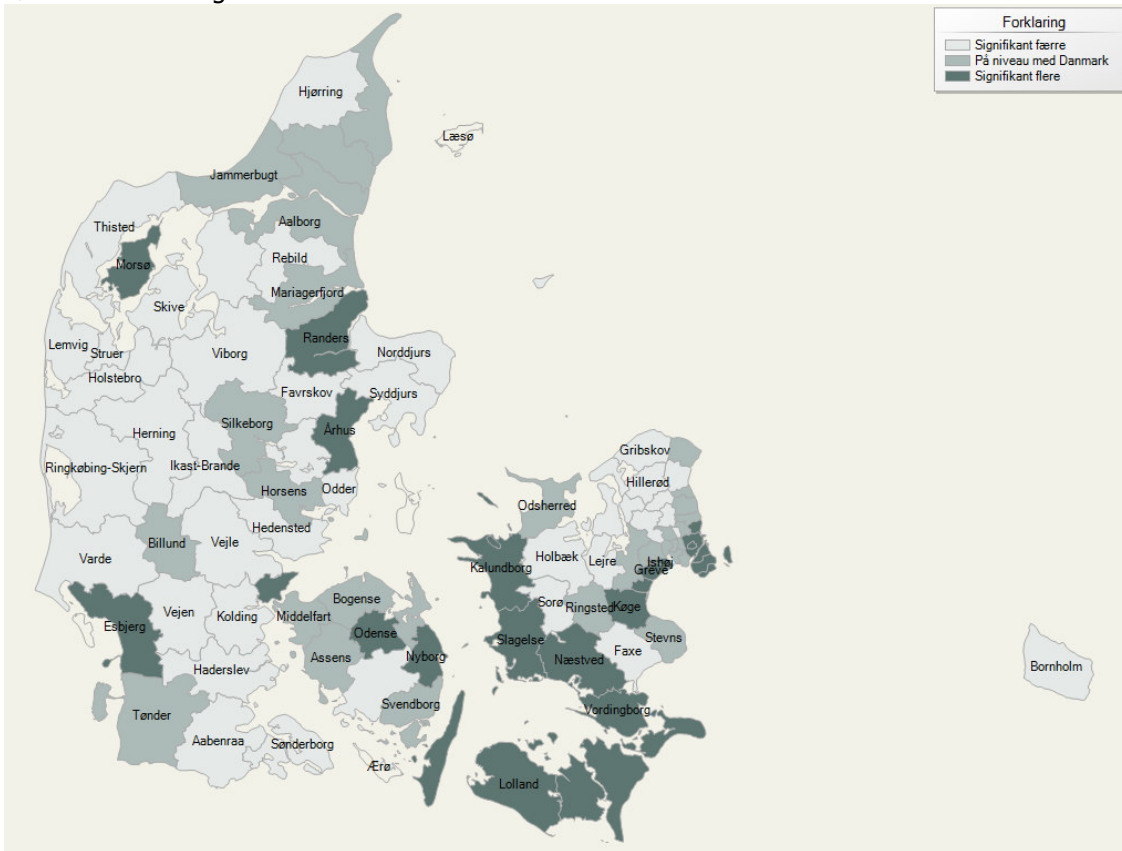
Psykiske lidelser



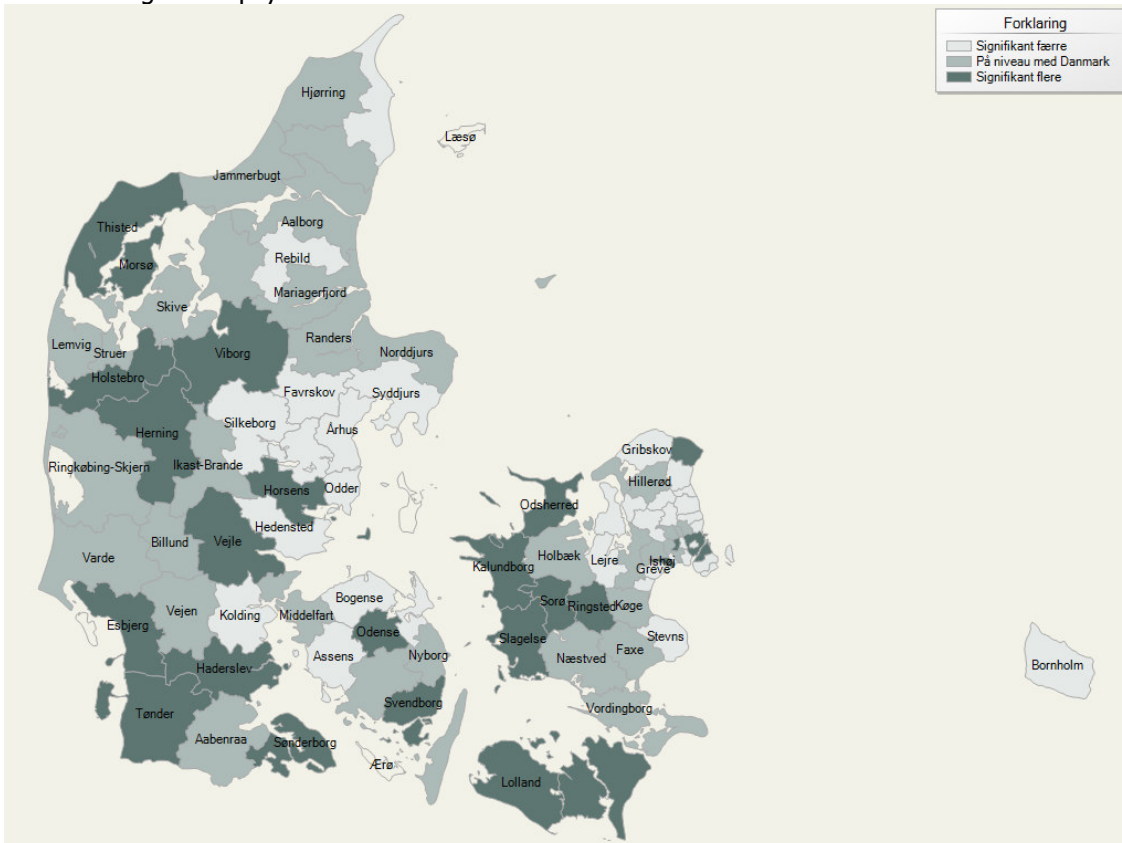
Depression & angst



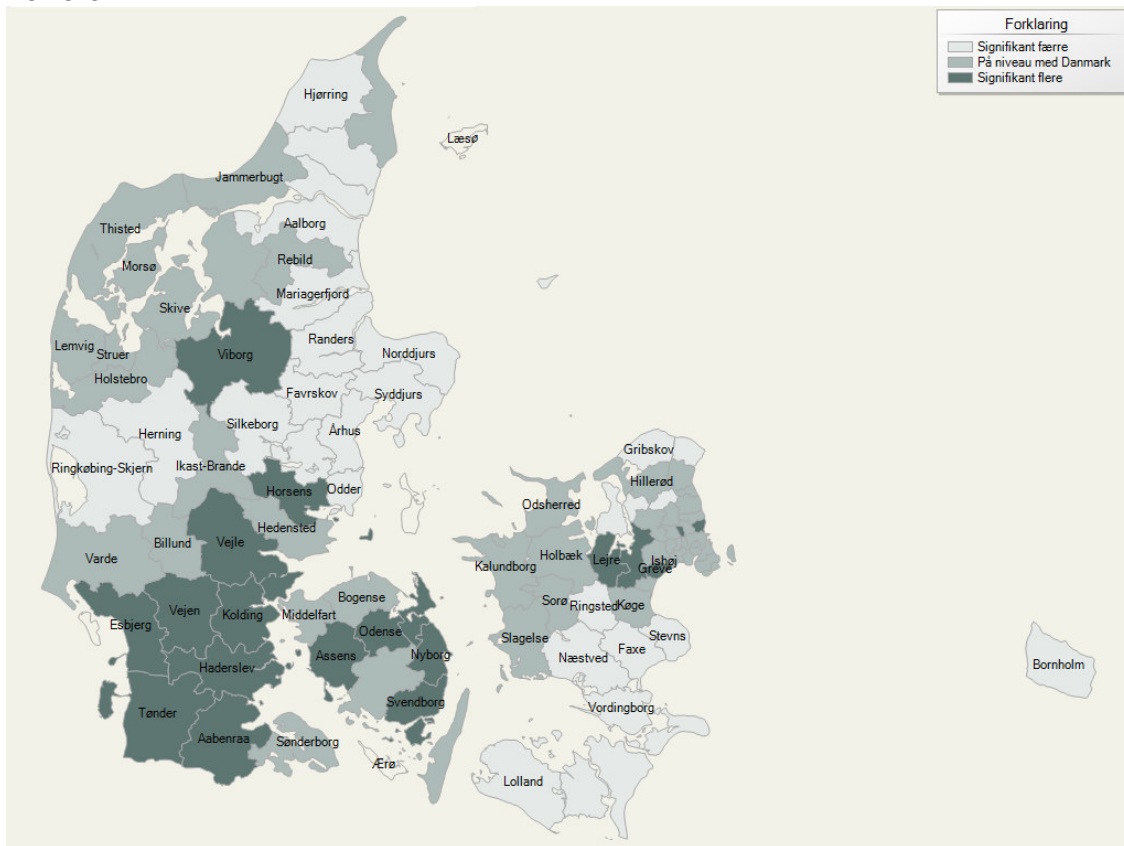
Søvnbesvær & angst



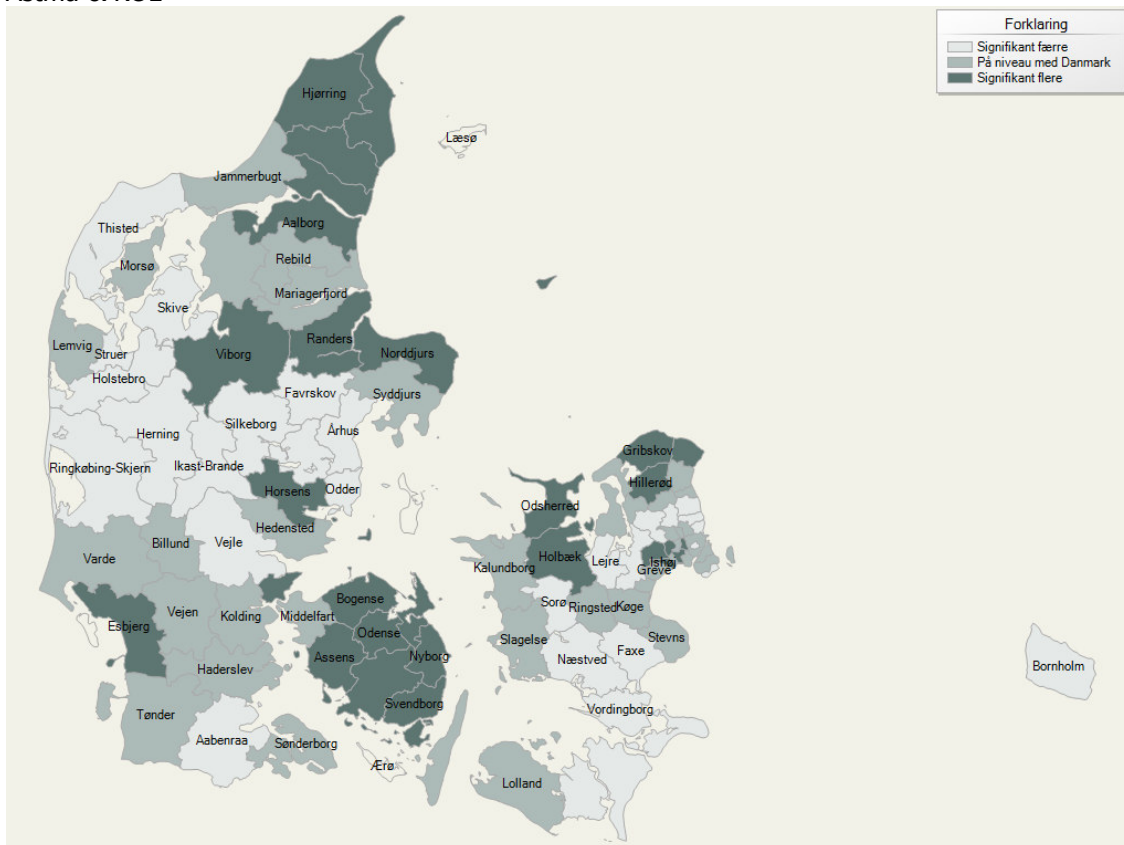
Skizofreni og andre psykotiske lidelser



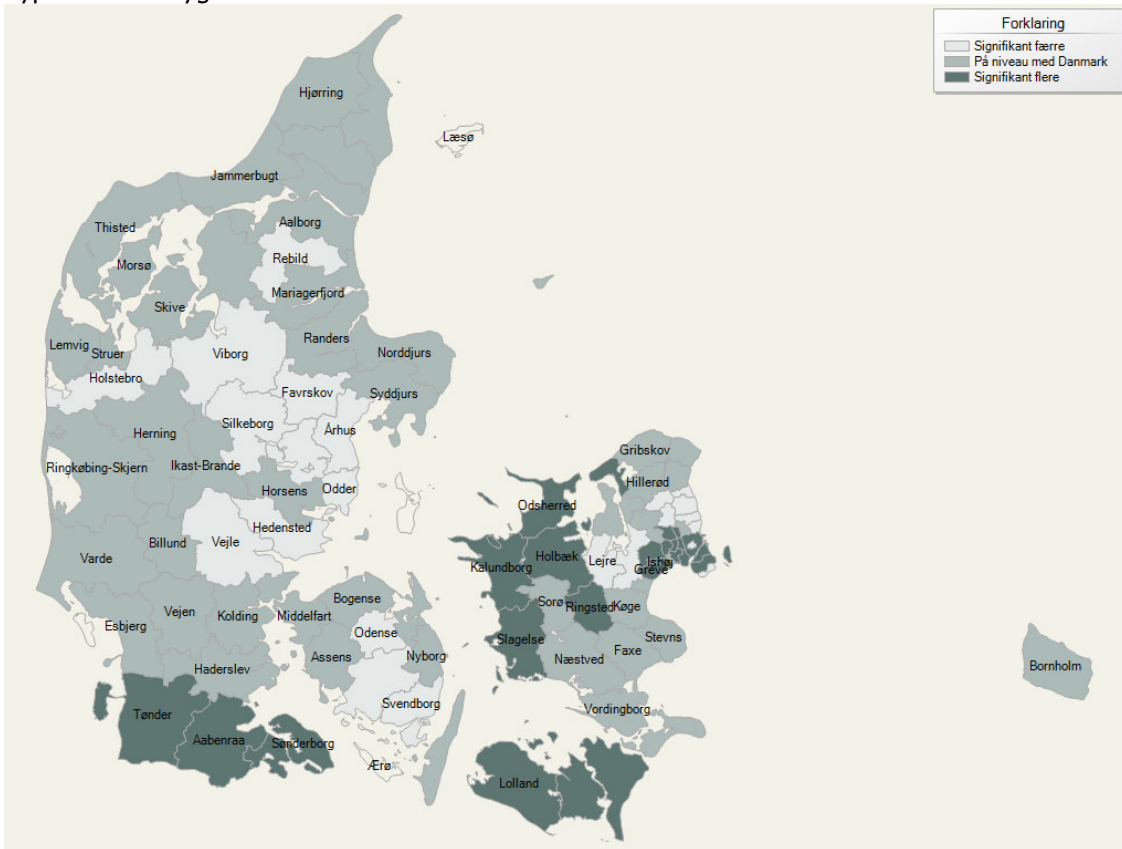
Demens



Astma & KOL



Type 2-sukkersyge



Knogleskørhed

