

# Økonomiske potentialer ved forebyggende indsatser i Odense Kommune

Udarbejdet af Kraka Economics for Odense Kommune

Januar 2025

# Projektet kort fortalt

Økonomiske potentialer ved patientrettet forebyggelse

# Forebyggelse er afgørende for Odense Kommune



## **Kroniske lidelser er en stor byrde i Odense**

Diabetes-type 2, KOL og gigtsygdomme koster

- både på borgernes livskvalitet og indkomst, og også for kommunens økonomi



## **Afkastet af investeringer i forebyggelse bliver i kommunen**

Mange bliver boende i Odense hele voksenlivet. Det gør investering i forebyggelse værdifuld



## **Demografiske udfordringer gør forebyggelse afgørende**

Flere ældre og stigende pres på plejesektoren har ikke kun betydning for kommunaløkonomi

- men afhjælper også rekrutteringsudfordringer



## **Nye kronikerpakker i sundhedsreformen skaber muligheder**

Kommunale investeringer i forebyggelse bør samtænkes og målrettes i den nye arbejdsdeling



## **Fra kortlægning af omkostninger til konkrete løsninger**

Vi beregner omkostningerne til diabetes-type 2, KOL og gigtsygdomme for kommunen

- og kommer med forslag til indsatskatalog, udarbejdet med input fra patientforeningerne

# Sådan har vi gjort

## Det økonomiske potentiale for Odense Kommune opgøres i 4 trin

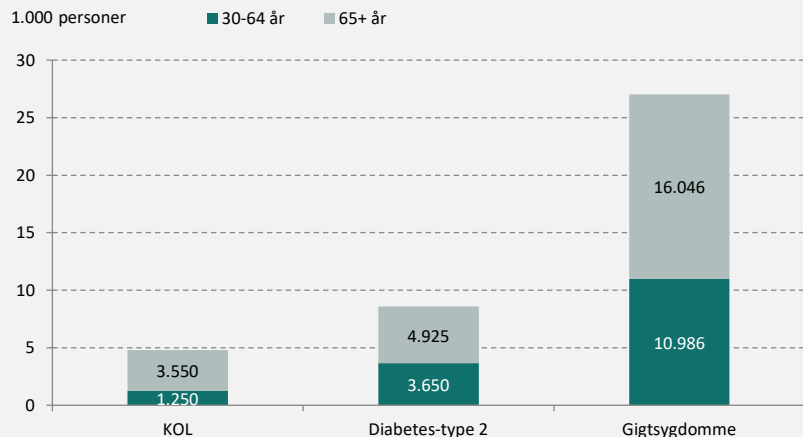
<b>Trin 1</b>	<b>Afgrænsning</b>	Vi udvælger tre kroniske sygdomme: Diabetes-type 2, KOL og gigtsygdomme*. Sygdommene er udvalgt efter hyppighed, forebyggelsespotentiale og relevans for den kommunale økonomi
<b>Trin 2</b>	<b>Kortlægning</b>	Vi kortlægger og sammenligner forekomsten tværs af kommuner på baggrund af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS) og registerdata fra Danmarks Statistik
<b>Trin 3</b>	<b>Analyse</b>	Vi opstiller kommunaløkonomiske potentialeberegninger for kommunale meromkostninger forbundet med kroniske sygdomme vha. Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS)
<b>Trin 4</b>	<b>Vidensindsamling</b>	Med input fra Lungeforeningen, Diabetesforeningen og Gigtforeningen opstiller vi et indsatskatalog af mulige kommunale indsatser for hver sygdom. Indsatserne omhandler opsporing og patientrettet forebyggelse*.

\* I hele denne præsentation anvendes "gigt" som en samlebetegnelse for en meget bred gruppe af muskel- og skeletsygdomme, der bl.a. indeholder leddegigt, slidgigt, osteoporose, lænde/rygsmerter mv.

\*\* Formålet er med opsporing og patientrettet forebyggelse er ikke at forebygge forekomsten af kroniske sygdomme, men i stedet at lindre konsekvenserne af en allerede opstået sygdom og forhindre, at sygdommen udvikler sig yderligere, eller at patienten udvikler flere sygdomme som følge af den kroniske sygdom.

# Antallet af borgere med udvalgte kroniske sygdomme i Odense

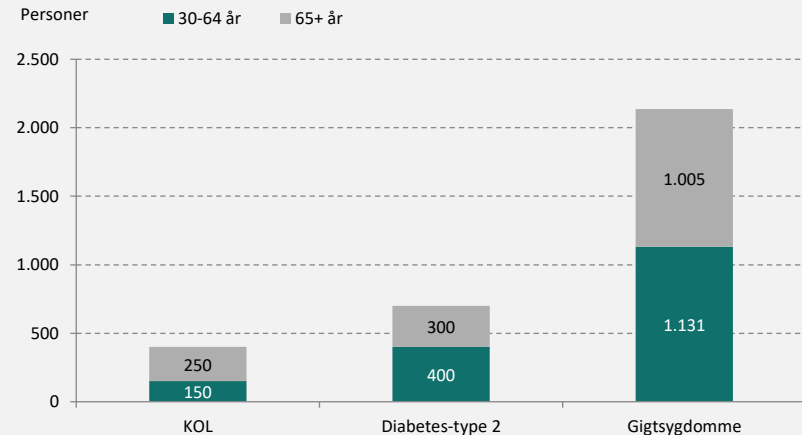
## Antal kronikere, 2022



Anm.: Figuren viser 30-årige og op.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

## Nydiagnosticerede, 2022

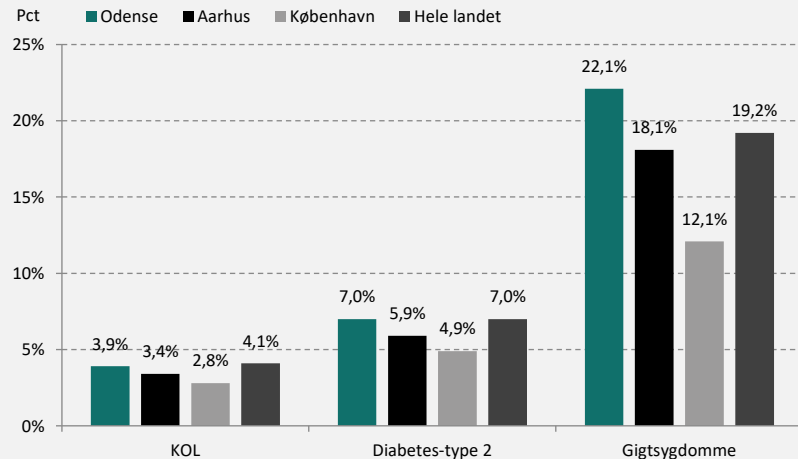


Anm.: Figuren viser 30-årige og op.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

# Odense har flere kronikere end andre byer, men det kan i væsentlig grad forklares ved alderssammensætning og uddannelse

## Andel af befolkningen over 30 år med kroniske sygdomme



Anm.: Figuren viser 30-årige og op.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

## Alderssammensætning og uddannelsesniveau på tværs af kommuner

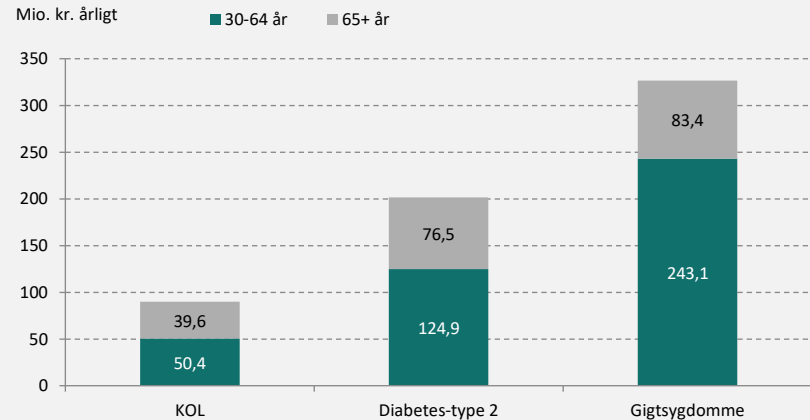
	Aarhus	København	Odense	Hele landet
Andel over 30+ med LVU	24 pct.	33 pct.	15 pct.	15 pct.
Andel 65+ årige	15 pct.	11 pct.	18 pct.	21 pct.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Statistikbanken og registerdata fra Danmarks Statistik.

# Potentialet ved bedre forebyggelse

- Borgere med KOL, diabetes-type 2 og gigtsygdomme har lavere arbejdsmarkedstilknytning, større træk på overførselsindkomster samt kommunal hjælp og pleje sammenlignet med andre borgere, og koster Odense Kommune over en halv mia. kr. mere årligt
- Meromkostningerne er den observerede forskel mellem borgere med kroniske lidelser og andre borgere og er derfor ikke alene udtryk for omkostningen forbundet med den kroniske sygdom. Meromkostningen er dermed heller ikke udtryk for det fulde potentiale, der kan høstes ved bedre forebyggende indsatser
- Hvis bedre indsatser kan reducere omkostningerne med 10 pct., kan der spares op mod 30 mio. kr. årligt på den korte bane – ca. 60 mio. kr. på sigt

## Meromkostningerne til borgere med kroniske sygdomme i Odense, sammenlignet med andre borgere



Kilde: Egne beregninger på baggrund af BIS, RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

# Metode og forbehold

## Datagrundlag

Vi opgør antal kronikere pba. registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen (RUKS).

Vi anvender omkostninger fra BIS 2.0-modellen, som sammenligner borgere med kronisk sygdom og en matchet sammenligningsgruppe uden sygdommen.

Vi inkluderer meromkostninger for pleje, overførselsindkomster samt tabte skatteindtægter.

## Forudsætninger

Kommunale udgifter estimeres vha. gennemsnitlige refusionsgrader og kommuneskatteprocenter for Odense Kommune, via Danmarks Statistik. Det sikrer, at lokale forhold afspejles i beregningerne.

## Forbehold

De opgjorte meromkostninger kan være påvirket af uobserverede forskelle mellem de syge og sammenligningsgruppen, som ikke skyldes selve sygdommen. Det kan eksempelvis skyldes forskelle i livsstil og socioøkonomiske forhold.



# Analyse

# Indledning

- En kronisk lidelse kan have stor betydning for livskvaliteten for den enkelte syge borger, og er samtidig også en stor omkostning for de kommunale budgetter. Med dette projekt ønsker vi at sætte fokus på det kommunaløkonomiske afkast ved at investere i patientrettet forebyggelse af kroniske sygdomme.
- Den patientrettede forebyggelse har til formål at lindre konsekvenserne af en allerede opstået sygdom og forhindre, at sygdommen udvikler sig yderligere, eller at patienten udvikler flere sygdomme som følge af den kroniske sygdom.
- Afkastet af investeringer i forebyggelse bliver i kommunen, da mange bliver boende i Odense hele voksenlivet – det gør investering i forebyggelse værdifuld.
- Demografiske udfordringer gør forebyggelse afgørende. Flere ældre og stigende pres på plejesektoren har ikke kun betydning for kommunal økonomi, men afhjælper også rekrutteringsudfordringer i plejesektoren.
- Med kronikerpakkerne i den nye sundhedsreform forventes markante forbedringer for borgere med kroniske lidelser. Det er derfor nødvendigt at se de kommunale investeringer i forebyggelse af kroniske sygdomme i denne kontekst, så der sættes ind de rigtige steder, som har den størst mulige effekt.
- Projektet dykker ned i de tre største kroniske sygdomme: Diabetes-type 2, KOL og gigtsygdomme, udvalgt i dialog med Odense Kommune efter omfang og forebyggelsespotentialer. Med udgangspunkt i en kortlægning af forekomsten på tværs af udvalgte kommuner, opstilles en beregning af kommunale meromkostninger forbundet med de udvalgte kroniske sygdomme. Der præsenteres et indsatskatalog med mulige kommunale indsatser for de enkelte sygdomme, udarbejdet med input fra Lungeforeningen, Diabetesforeningen og Gigtforeningen.
- Denne præsentation er udarbejdet af Kraka Economics for Odense Kommune i 2024/2025, og Kraka Economics har ansvaret for eventuelle fejl og udeladelser i analyserne. Kraka Economics takker Jes Søgaard for værdifuld faglig sparring.

# Indhold

- Økonomisk potentiale ved forbedret forebyggelse og behandling af diabetes-type 2 i Odense Kommune
- Økonomisk potentiale ved forbedret forebyggelse og behandling af KOL i Odense Kommune
- Økonomisk potentiale ved forbedret forebyggelse og behandling af gigtsygdomme i Odense Kommune
- Bilag 1 – Metode
- Bilag 2 – Forekomster og beskrivende statistik
- Bilag 3 – Analyse af prævalens
- Bilag 4 – Nydiagnosticerede, beskrivende statistik
- Bilag 5 - Forbrug af arbejdsmarkedsydelser for gigtsygdomme

# Økonomisk potentiale ved forbedret forebyggelse og behandling af diabetes-type 2 i Odense Kommune

# Meromkostninger pr. person forbundet med diabetes-type 2

## 30 - 65 årige

	Meromkostning pr. person årligt (1.000 kr., 2023-priser)
Kommunale pleje/hjælp	5,3
Arbejdsmarkedsydelse	7,8
- Fleksjob	0,7
- Førtidspension	5,9
- Midlertidige overførsler	1,3
Tabt kommuneskat	21,2
<b>I alt</b>	<b>34,2</b>

Anm.: Omkostninger er baseret på prævalente tilfælde i BIS i år 5.  
Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

## 66+ årige

	Meromkostning pr. person årligt (1.000 kr., 2023-priser)
Kommunale pleje/hjælp	15,5
Arbejdsmarkedsydelse	0
Tabt kommuneskat	0
<b>I alt</b>	<b>15,5</b>

Anm.: Omkostninger er baseret på prævalente tilfælde i BIS i år 5.  
Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

# Meromkostninger forbundet med diabetes-type 2 fordelt på eksisterende tilfælde og nydiagnosticerede, Odense Kommune, 2022

## Eksisterende tilfælde

	Antal	Meromkostninger årligt, mio. kr.
30 - 64 år	3.650	124,9
65+ år	4.925	76,5
<b>I alt</b>	<b>8.575</b>	<b>201,4</b>

## Nydiagnosticerede tilfælde, årligt

	Antal	Meromkostninger årligt, mio. kr.
30 - 64 år	400	13,7
65+ år	300	4,7
<b>I alt</b>	<b>700</b>	<b>18,4</b>

*Det forventes, at antallet af personer med diabetes-type 2 vil stige med mindst 25 procent frem mod 2030 (Carstensen, Rønn og Jørgensen, 2020)*

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS), Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS), Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

# Potentielle besparelser forbundet med forebyggelse af diabetes-type 2

Vi beregner potentielle besparelser for to forskellige scenarier:

## Scenarie 1

***10 pct. færre omkostninger forbundet med eksisterende tilfælde af diabetes-type 2, med en vedvarende effekt***

Dette scenarie illustrerer potentialet ved forebyggelse og forbedret behandling, som fører til en varig nedbringelse af omkostningerne relateret til kroniske sygdomme. Besparelserne kan opnås ved enten at antallet af personer med kroniske sygdomme reduceres, ved risikoen for følgesygdomme mindskes eller en kombination.

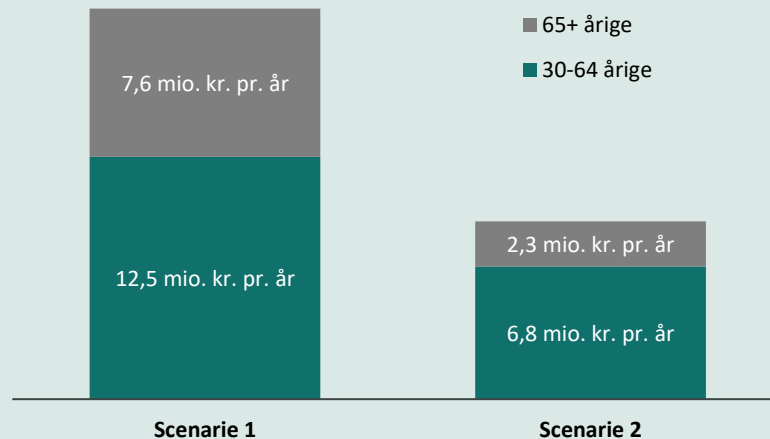
## Scenarie 2

***10 pct. færre omkostninger forbundet med nye diabetes-type 2 tilfælde, effekten varer i 5 år for 5 kohorter***

Dette scenarie illustrerer potentialet ved forebyggelse og forbedret behandling især rettet mod nye tilfælde, som fører til en nedbringelse af omkostningerne relateret til kroniske sygdomme. Besparelserne kan nås ved at tidspunktet for hvornår folk bliver kroniske syge udsættes, ved risikoen for følgesygdomme mindskes i en årrække, eller ved en kombination.

# Potentielle besparelser forbundet med forebyggelse af diabetes-type 2

	<b>Scenarie 1</b> <i>Færre omkostninger forbundet med prævalent diabetes-type 2, 10 pct. reduktion, vedvarende effekt</i>	<b>Scenarie 2</b> <i>Færre omkostninger forbundet med nye diabetes-type 2 tilfælde, 10 pct. reduktion, 5 års varighed/5 kohorter</i>
<b>30-64 årige</b>	12,5 mio. kr. pr. år	6,8 mio. kr. pr. år
<b>65+ årige</b>	7,6 mio. kr. pr. år	2,3 mio. kr. pr. år
<b>I alt</b>	<b>20,1 mio. kr. pr. år</b>	<b>9,2 mio. kr. pr. år</b>



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS), Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS), Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.



# Indsatskatalog for diabetes-type 2

Udarbejdet med inputs fra Diabetesforeningen

# Målrettet screeningsprogram for diabetes-type 2 i Odense Kommune

- **Tidlig opsporing af diabetes kan give økonomiske gevinster**

Et screeningsprogram for type 2-diabetes (T2D) opsøger borgere i risikogrupper og giver dem mulighed for at blive testet for uopdaget type 2-diabetes. Forskning viser, at screening kan fremskynde diagnosetidspunktet for T2D med op til 2-6 år. Tidligere opsporing og behandling forebygger følgesygdomme forbundet med T2D, som ellers i yderste konsekvens forhindrer arbejdsmarkedsdeltagelse eller giver behov for pleje.

- **Tidligere opsporing og behandling giver økonomiske gevinster for kommunen**

Undgå eller udskydes forekomsten af følgesygdomme forbundet med T2D, kan det give betydelige besparelser for kommunen. Det gælder besparelser som følge af større arbejdsmarkedsdeltagelse, dvs. færre overførselsindkomster, større skatteindtægter men også færre udgifter til plejekrævende borgere.

- **Et kommunalt screeningsprogram kan sandsynligvis være omkostningseffektivt**

Nylige beregninger foretaget af Kraka Economics for Diabetesforeningen viser, at et nationalt screeningsprogram for T2D har et potentielt stort samfundsmæssigt afkast, dog med en mindre nettoomkostning for staten.

Denne beregning har dog ikke medtaget omkostninger til kommunal pleje samt værdien af tabte skatteindtægter forbundet med diabetes. Medtages dette, kan et screeningsprogram sandsynligvis vises også at give et budgetmæssigt afkast for kommunen. Dertil vil screeningsprogrammets omkostninger kunne reduceres yderligere ved at det målrettes risikogrupper, der er svære for sundhedsvæsenet ellers at komme i kontakt med.

- **Økonomi**

Erfaringer fra Diabetesforeningen viser, at udiagnosticeret T2D kan opspores for ca. 9.007 - 11.480 kr. pr. person. Med en gennemsnitlig meromkostning på 33.400 kr. pr. person om året med T2D vil tidligere opsporing og behandling blot skulle udsætte sygdomsprogressionen med under ét år for at give positivt afkast for kommunen.

# Udvidet adgang til struktureret blodsuktermåling i Odense Kommune

- **Blodsuktermåling sænker langtidsblodsukkeret effektivt**  
Hyppig måling og overvågning af blodsukkertrends forbedrer evnen til at træffe informerede beslutninger om kost og livsstil blandt personer med diabetes – forskning viser, at struktureret blodsuktermåling med fingerprikker giver et betydeligt fald i langtidsblodsukker (8 mmol/mol - Parson et al., 2019).
- **Forebyggelse af følgesygdomme giver økonomiske gevinster for kommunen**  
Et lavere langtidsblodsukker som følge af blodsuktermåling kan undgå eller udskyde forekomsten af følgesygdomme forbundet med diabetes. For kommunen kan det give besparelser gennem større arbejdsmarkedsdeltagelse, dvs. færre overførselsindkomster, større skatteindtægter og færre udgifter til plejekrævende borgere.
- **Fingerprikkere er en omkostningseffektiv teknologi**  
Der kan derfor være potentielt store gevinster ved at udvide adgangen til struktureret blodsuktermåling med fri adgang til fingerprykkere til alle med type 2-diabetes, da denne teknologi er relativt billig.  
Kommunen kan tilbyde materialer og vejledning i blodsuktermåling i forbindelse med den kommunale rehabilitering, hvor det vil kunne indgå som en central del af sundhedspædagogisk værktøj med henblik på at forbedre borgernes sygdomsmestring.
- **Økonomi**  
Adgang til struktureret blodsuktermåling koster ca. 300 - 800 kr. om året pr. person. Med en årlig omkostning på 33.400 pr. person med T2D skal struktureret blodsuktermåling blot reducere meromkostningerne med over 2,3% for at kunne betale sig.

# Målrettet og skræddersyet diabetesforløb til grupper, der har svært ved at nå behandlingsmål

- **Lighed i sundhed sikres gennem målrettet og skræddersyet indsats**

Diabetes er socialt ulige fordelt. En målrettet og skræddersyet indsats kan rettes mod borgere med høj risiko for at ende i manglende behandlingsforløb, som fx personer med anden etnisk baggrund og lavere socioøkonomisk status.

Denne indsats kan inkludere afklarende sundhedssamtaler, individuel støtte med fokus på blodsukkerkontrol, sprogstøtte, hjemmebesøg af diætister og ledsagelse til kontrol og behandling. Dette sikrer, at målgruppen får samme behandlingskvalitet og støtte som andre med type 2-diabetes.

- **Skræddersyede diabetesforløb giver fald i langtidsblodsukker**

Et skræddersyet forløb reducerer langtidsblodsukkeret markant og forbedre livskvaliteten for sårbare borgere. Det viser en evaluering af indsatsen "*Sammen om Diabetes i Aarhus V*", som afprøvede forløbet blandt borgere i Gellerup området i 2019-21.

Et lavere langtidsblodsukker giver færre følgesygdomme, som kan give større arbejdsmarkedsdeltagelse og på sigt hindre at personer med T2D bliver plejekrævende.

- **Grundpakkeforløb for T2D er på vej med kommende sundhedsreform – men uklart om pakkerne skræddersyes tilstrækkeligt efter sociale behov**

Odense Kommune kan gennem det kommende sundhedsråd arbejde for, at der med de nye kronikerpakker for T2D inkluderes de nødvendige målrettede indsatser, baseret på erfaringerne fra "*Sammen om Diabetes i Aarhus V*".

# Økonomisk potentiale ved forbedret forebyggelse og behandling af KOL i Odense Kommune

# Meromkostninger pr. person forbundet med KOL

## 30 - 65 årige

	Meromkostning pr. person årligt (1.000 kr., 2023-priser)
Kommunale pleje/hjælp	6,9
Arbejdsmarkedsydelse	10,7
- Fleksjob	0,7
- Førtidspension	8,8
- Midlertidige overførsler	1,1
Tabt kommuneskat	22,7
<b>I alt</b>	<b>40,3</b>

Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.  
Anm.: Omkostninger er baseret på prævalente tilfælde i BIS i år 5.

## 66+ årige

	Meromkostning pr. person årligt (1.000 kr., 2023-priser)
Kommunale pleje/hjælp	11,1
Arbejdsmarkedsydelse	0
Tabt kommuneskat	0
<b>I alt</b>	<b>11,1</b>

Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.  
Anm.: Omkostninger er baseret på prævalente tilfælde i BIS i år 5.

# Fordeling af meromkostninger forbundet med KOL, fordelt på eksisterende tilfælde og nydiagnosticerede, Odense Kommune, 2022

## Eksisterende tilfælde

	Antal	Meromkostninger årligt, mio. kr.
30 - 64 år	1.250	50,4
65+ år	3.550	39,6
<b>I alt</b>	<b>4.800</b>	<b>89,9</b>

## Nydiagnosticerede tilfælde, årligt

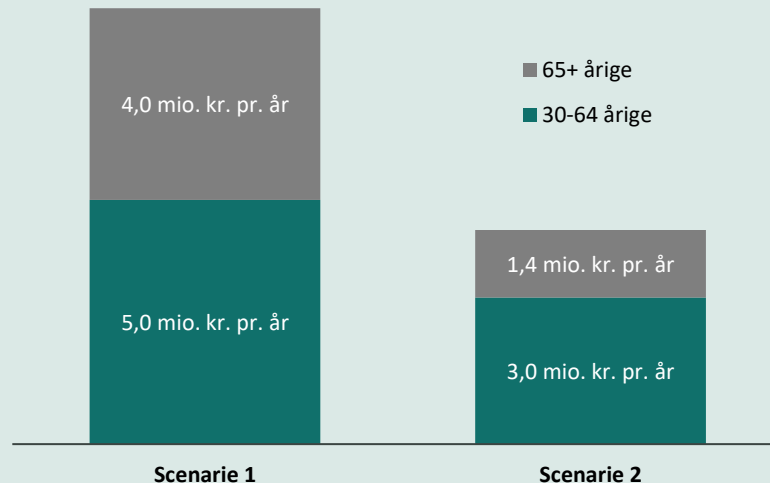
	Antal	Meromkostninger årligt, mio. kr.
30 - 64 år	150	6,0
65+ år	250	2,8
<b>I alt</b>	<b>400</b>	<b>8,8</b>

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS), Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS), Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

# Potentielle besparelser forbundet med forebyggelse af KOL

	<b>Scenarie 1</b> <i>Færre omkostninger forbundet med prævalent KOL, 10 pct. reduktion, vedvarende effekt</i>	<b>Scenarie 2</b> <i>Færre omkostninger forbundet med nye KOL-tilfælde, 10 pct. reduktion, 5 års varighed/5 kohorter</i>
<b>30-64 årige</b>	5,0 mio. kr. pr. år	3,0 mio. kr. pr. År
<b>65+ årige</b>	4,0 mio. kr. pr. År	1,4 mio. kr. pr. År
<b>I alt</b>	<b>9,0 mio. kr. pr. år</b>	<b>4,4 mio. kr. pr. år.</b>



Anm.: Scenarierne er som beskrevet for diabetes type-2.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS), Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS), Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.



# Indsatskatalog for KOL

Udarbejdet med inputs fra Danmarks Lungeforening

# Målrettet screeningsprogram for KOL i Odense Kommune

- **Opsporing af KOL kan give økonomiske gevinster**

Et screeningsprogram for KOL opsøger borgere i risikogrupper og giver dem mulighed for at blive testet for uopdaget KOL. Mange med KOL har haft sygdommen længe uopdaget, da man ofte vænner sig til symptomerne og tilpasser sig dem over tid. 7 ud af 10 borgere, der diagnosticeres med KOL i dag, har ikke oplevet symptomer ved diagnostetidspunkt. Tidligere opsporing og behandling kan kraftigt reducere sygdommes progression, som ellers i yderste konsekvens forhindrer arbejdsmarkedsdeltagelse eller giver behov for pleje.

- **Samarbejde med virksomheder og arbejdspladser**

Et team af sygeplejersker kan rykke ud til risikogrupper direkte på arbejdspladser og udføre pusteprøver (spirometri) for at diagnosticere KOL. Denne tilgang giver mulighed for at komme i kontakt med borgere, som ellers sjældent møder kommunen eller praktiserende læge, og dermed sikre tidlig opsporing.

- **Tidligere opsporing og behandling giver økonomiske gevinster for kommunen**

Reduceres sygdomsprogressionen for borgere med KOL, eller borgere i risikogruppen for at udvikle KOL, kan det give betydelige besparelser for kommunen. Det gælder besparelser som følge af større arbejdsmarkedsdeltagelse, dvs. færre overførselsindkomster, større skatteindtægter men også færre udgifter til plejekrævende borgere.

# Tilskud til rygestopmedicin i forbindelse med rygestopkurser

- **Kombination af rygestopkurser og rygestopmedicin øger succesraten ved rygestop**

Forskning viser, at 36 pct. af rygestopdeltagere opnår varig røgfrihed ved normale tilbud med en kombination af rådgivning og selvbetalt rygestopmedicin. Dette øges til 52 pct., hvis rygestopmedicinen stilles gratis til rådighed. Ny rygestopmedicin er kommet på markedet, som er endnu mere effektivt, men der ydes endnu ikke tilskud til det. Gratis rygestopmedicin giver især socialt og økonomisk udsatte borgere mulighed for at gennemføre et rygestop, som ellers kan være svært at prioritere.

- **Øget deltagelse i rygestopforløb**

Tilskud til rygestopmedicin kan udover højere gennemførelse også bidrage til at flere borgere vil deltage i rygestopkurser. Nuværende kurser vurderes som gode, men alt for få deltager i dem. Uanset model er det vigtigt, at patienter og borgere i risikogruppen bliver røgfri, da det er det helt centrale tiltag.

Det er derfor også væsentligt, at flere patienter rent faktisk påbegynder rygestopforløb. Her viser erfaringerne, at en bred palet af tilbud er vigtig – ikke "one size fits all".

- **Økonomiske og sundhedsmæssige fordele for kommunen**

Røgfrihed reducerer risikoen for rygerrelaterede sygdomme, som kræft og KOL, og mindsker behovet for pleje og hospitalsindlæggelser.

Ny rygestopmedicin Decigatan (cytisin) koster 1.450 kr. pr. behandling<sup>1</sup>, sammenlignet med en gennemsnitlig omkostning på 958 kr. pr. borger med nikotinerstatningsprodukter<sup>2</sup>.

Omkostningerne til rygestopprodukter blot koster 2,4% af de årlige meromkostninger forbundet med en KOL-patient, mens ny rygestopmedicin koster 3,7% af de årlige meromkostninger, vil det med overvejende sandsynlighed være omkostningseffekt at fastholde tilskuddet til rygestopprodukter eller udvide med tilskud til ny og mere effektiv rygestopmedicin.

<sup>1</sup> Decigatan – nyt lægemiddel til rygestop, <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/nord-kap/nyheder/nyheder-og-nyhedsmail/laegemiddel-nyheder/nyheder-2019/decigatan/>

<sup>2</sup> Hjælp til rygestop til særlige grupper (Rygestopmedicin), evaluering. Sundhedsstyrelsen, 2018.

# Økonomisk potentiale ved forbedret forebyggelse og behandling af gigtsygdomme i Odense Kommune

# Meromkostninger pr. person forbundet med gigt

## 30 - 65 årige

	Meromkostning pr. person årligt (1.000 kr., 2023-priser)
<b>Kommunale pleje/hjælp</b>	1,7
<b>Arbejdsmarkedsydelse</b>	7,0
- Fleksjob	2,0
- Førtidspension	4,8
- Midlertidige overførsler	0,2
<b>Tabt kommuneskat</b>	15,4
<b>I alt</b>	<b>24,1</b>

## 66+ årige

	Meromkostning pr. person årligt (1.000 kr., 2023-priser)
<b>Kommunale pleje/hjælp</b>	5,2
<b>Arbejdsmarkedsydelse</b>	0
<b>Tabt kommuneskat</b>	0
<b>I alt</b>	<b>5,2</b>

Anm.: Omkostninger er baseret på prævalente tilfælde i BIS i år 5. Omkostningerne er baseret på leddegigt i BIS, da der i BIS ikke er opgjort omkostninger for andre gigtsygdomme. Denne antagelse er valideret ved at sammenligne træk på kommunale ydelser, arbejdsmarkedsydelse og arbejdsmarkedsdeltagelse i Danmarks Statistiks registre på tværs af gigtsygdomme.

Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

# Fordeling af meromkostninger forbundet med gigtsygdomme, fordelt på eksisterende tilfælde og nydiagnosticerede, Odense Kommune, 2022

## Eksisterende tilfælde

	Antal	Meromkostninger årligt, mio. kr.
30 - 64 år	10.986	243,1
65+ år	16.046	83,4
<b>I alt</b>	<b>27.032</b>	<b>326,5</b>

Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS), registerdata fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

## Nydiagnosticerede tilfælde, årligt

	Antal	Meromkostninger årligt, mio. kr.
30 - 64 år	1.131	25,0
65+ år	1.005	5,2
<b>I alt</b>	<b>2.136</b>	<b>30,3</b>

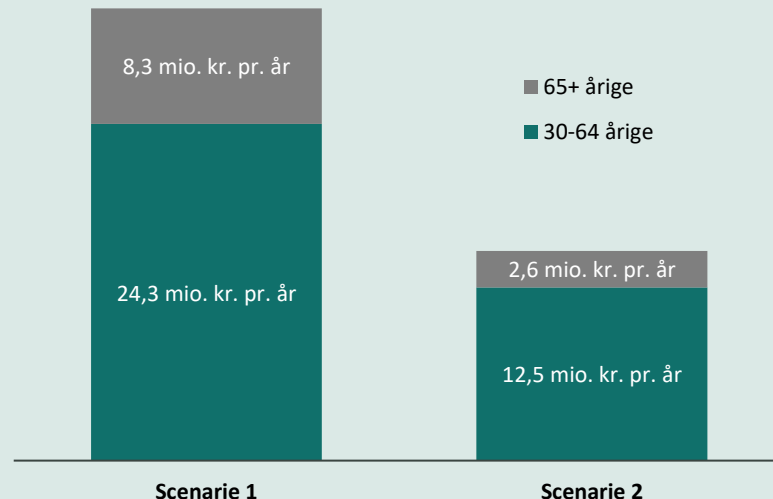
Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS), registerdata fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

# Potentielle besparelser forbundet med forebyggelse af gigtsygdomme

	<b>Scenarie 1</b> <i>Færre omkostninger forbundet med eksisterende gig, 10 pct. reduktion, vedvarende effekt</i>	<b>Scenarie 2</b> <i>Færre omkostninger forbundet med nye gigttilfælde, 10 pct. reduktion, 5 års varighed/5 kohorter</i>
<b>30-64 årige</b>	24,3 mio. kr. pr. år	12,5 mio. kr. pr. år
<b>65+ årige</b>	8,3 mio. kr. pr. år	2,6 mio. kr. pr. år
<b>I alt</b>	<b>32,7 mio. kr. pr. år</b>	<b>15,1 mio. kr. pr. år</b>

Anm.: Scenarierne er som beskrevet for diabetes type-2.

Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS), registerdata fra Danmarks Statistik og egne beregninger.



Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS), registerdata fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

# Indsatskatalog for gigtsygdomme

Udarbejdet med inputs fra Gigtforeningen



# Forslag til at opnå besparelser for borgere med gigt

- Forskning viser, at kun et mindretal af gigtpatienter modtager de anbefalede indsatser.
- Eksempelvis modtager kun 23 % af patienter med knæartrose de anbefalede kernebehandlinger (træning, patientuddannelse og vægttab), mens 10 % slet ingen behandling får (Bruhn et al., 2023).
- Der er derfor et stort potentiale i at sikre, at flere patienter får adgang til evidensbaserede behandlinger for at forbedre deres symptomer, således at de kan fastholdes på arbejdsmarkedet.
- Ifølge en undersøgelse af KANTAR PUBLIC udført for Gigtforeningen i 2023 havde Odense Kommune kun disse tilbud i begrænset omfang<sup>1</sup>, hvilket dog er ændret bl.a. med nye tiltag på lænde/ryg-området fra 2025. Det synes dog fortsat vigtigt at have fokus på, at relevante personer faktisk deltager (og deltager i tilstrækkeligt omfang) i de kommunale tilbud.

## Indsatskatalog for gigt med fokus på erhvervsaktive

Indsats	Målgruppe	Økonomi
<i>Patientuddannelse og træning ved knæ- og hofteartrose</i>	Borgere med artrose i hofte eller knæ	Omkostning på 1.700 kr. per forløb*
<i>Tilbud om vægttab</i>	Borgere med muskel- og skeletsygdom og overvægt. Tilbuddet er kun relevante for borgere, der lider af overvægt.	Omkostning på 1.700 kr. per forløb*
<i>Tværfagligt smertetilbud</i>	Borgere med muskel- og skeletsygdom, typisk karakteriseret ved smerter	Omkostning på 1.700 kr. per forløb*
<i>Længerevarende tilbud til rygpatienter inkl. træning og patientuddannelse</i>	Mennesker med længerevarende rygsygdomme	Omkostning på 1.700 kr. per forløb*

<sup>1</sup> Forebyggelse, behandling og rehabilitering af gigt. Kommunal kortlægning - 2023 udført for Gigtforeningen. KANTAR Public, 2023.

\* Omkostningen på 1.700 kr. pr. forløb er baseret på Hvidovre og Horsens kommunes erfaringer med at implementere trænings- og uddannelsesprogrammet GLAID (Godt liv med artrose i Danmark). Se "Beslutningsoplæg Sundhedsfremmende indsats til borgere med slidgigt i hofte og knæ"

# Bilag 1

## Metode

# Uddybning af metode og forbehold

---

## Datagrundlag

Vi opgør antal kronikere i Odense Kommune pba. registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen (RUKS). Borgere med gigtsygdomme, som udelukkende kan identificeres som kronikere pba. medicinforbrug eller kontakt til almen læge, indgår ikke. Gigtsygdomme dækker i analysen over en række sygdomme, som fx artrose, muskel- og skeletsygdomme og ryggsygdomme. Se bilag for en detaljeret liste.

Vi anvender omkostninger fra BIS 2.0-modellen, som sammenligner borgere med kronisk sygdom og en matchet sammenligningsgruppe uden sygdommen (matchet på køn, alder og uddannelse). BIS gør det muligt at inkludere meromkostninger for pleje, overførselsindkomst samt indirekte omkostninger som produktionstab og tabte skatteindtægter. Alle beregninger i analysen er 2023-priser baseret på BIS.

For borgere med gigtsygdom anvendes omkostninger for leddegigt fra BIS – dette er uddybet i bilag.

---

## Gennemsnitlig refusionsgrad og kommuneskat

For at estimere de samlede kommunale udgifter benyttes gennemsnitlige refusionsgrader og kommuneskatteprocenter baseret på data fra Odense Kommunes budgetter, som er tilgængelige via Danmarks Statistik. Det sikrer, at lokale forhold afspejles i beregningerne.

---

## Omkostninger baseret på eksisterende tilfælde

Beregningen af meromkostninger er baseret på alle eksisterende tilfælde i BIS (år 5) efter diagnosetidspunktet. Dette er et metodemæssigt valg, hvor det forudsættes, at meromkostningerne for en gennemsnitlig kroniker bedst repræsenteres af eksisterende tilfælde i BIS. For omkostninger og potentialeberegninger relateret til nye tilfælde tages ligeledes udgangspunkt i eksisterende tilfælde i BIS.\*

---

## Selektionseffekter

De opgjorte meromkostninger kan være påvirket af uobserverede forskelle mellem de syge og sammenligningsgruppen, som ikke skyldes selve sygdommen. Derfor kan BIS overvurdere meromkostningerne forbundet med kronisk sygdom. Det kan eksempelvis skyldes forskelle i livsstil og socioøkonomiske forhold.

---

# Sygdomme – kilder og definitioner

---

## KOL

Vi anvender aggregerede tal fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme. (RUKS).

Til enkelte analyser af fravær og herkomst anvendes Landspatientregisteret, diagnosekode DJ44\*. Vi følger dokumentationen fra Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Obs: Vi anvender her Landspatientregisteret fra 2007 og frem. Patienter indgår alene i vores tal, hvis der har været hospitalskontakt med relevant diagnosekode i perioden 2007-2022. Patienter, som er diagnosticeret før 2007 og ikke har været i hospitalskontakt (fx alene behandlet ved egen læge) indgår ikke.

Lungeforeningen skønner, er yderligere ca. 30.000 danskere er diagnosticeret med KOL i den primære sektor, som hverken har været i kontakt med hos sygehus eller er i medicinsk behandling. Til sammenligning, finder Østerbroundersøgelsen (Løkke, Vestbo og Lange, 2007) at op mod 430.000 danskere har KOL.\* Dermed findes der ca. 200.000 personer med KOL som er udiagnosticerede.

---

## Gigtsygdomme

Gruppen af gigtsygdomme er baseret på Landspatientregisteret, som følger definition i tidligere Kraka Advisory (2021). Her indgår mennesker med artrose i hofte eller knæ, mennesker med muskel- og skeletsygdom og overvægt, mennesker med muskel- og skeletsygdom, typisk karakteriseret ved smerter samt mennesker med længerevarende rygsygdomme.

Følgende diagnosekoder indgår i den samlede gigtgruppe: DM16: Hofteartrose, DM17: Knæartrose, DM150: Primær generaliseret artrose, DM15-19, DK076D: Slidgigt, DM80-82: Knogleskørhed, DM45-49: Rygsygdom, DM05-06: Leddegigt, DM150: Primær generaliseret artrose, DM45-49: Rygsygdom, DM07: Psoriatisk artropati og artropati ved tarmlidelse, DM30-34: Generaliserede bindevævssygdomme, DM797: Fibromyalgi, DM40-43, DM45-49: Længerevarende rygsygdomme

---

## Diabetes type 2

Vi anvender aggregerede tal fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS) og diabetestatal.nu.

---

# Leddegigt som proxy for den samlede gruppe af gigtsygdomme

## Fremgangsmåde

- Da der ikke i BIS fremgår gennemsnitlige udgifter for den samlede gruppe af borgere med gigtsygdomme, er det ikke muligt at opgøre de gennemsnitlige kommunale udgifter på samme måde som for KOL og diabetes T2. Vi anvender derfor de gennemsnitlige udgifter til borgere med leddegigt fra BIS som en proxy for de gennemsnitlige udgifter til borgere med gigtsygdomme. Leddegigt er en undergruppe til den samlede gruppe af gigtsygdomme
- På baggrund af registerdata kan vi se, at gruppen af borgere med leddegigt minder tilstrækkeligt meget om borgere med de samlede gigtsygdomme målt på erhvervsindkomst, niveau af overførselsindkomster og træk på kommunale plejeydelser, til at vi vurderer, at vi kan anvende udgifter for borgere med leddegigt fra BIS til grund for udgifterne for den gruppe af gigtsygdomme. Det skal dog bemærkes, at der er lidt variation i udgifter til det regionale sundhedsvæsen for de to grupper, men disse udgifter indgår ikke i analysen. Resultaterne skal derfor ses med dette forbehold og det skal desuden bemærkes, at der i opgørelsen af borgere med de samlede gigtsygdomme og leddegigt ikke indgår borgere, der alene diagnosticeres hos egen læge eller ud fra medicinforbrug.
- De gennemsnitlige overførselsindkomster ligger på ca. 22.000 kr. om året for den samlede gruppe af borgere med gigtsygdomme og på ca. 24.500 for gruppen af borgere med leddegigt, mens den gennemsnitlige erhvervsindkomst for aldersgruppen 18-64 er 308.000 kr. for gruppen af gigtsygdomme og 281.000 kr. for gruppen med leddegigt. Vi korrigerer derfor niveauet af erhvervsindkomst i BIS, svarende til forskellen vi observerer i registerdata.
- Brugen af hjælpemidler udlånt fra kommunen, mængden af genoptræning, vedligeholdelsestræning, personlig pleje og praktisk hjælp er stort set på samme niveau, når vi sammenligner gruppen af borgere med leddegigt med den samlede gruppe af borgere med gigtsygdomme.

# Opgørelse af udgifter forbundet med kronikere

- S sammensætningen af de absolutte kommunale udgifter og udgifter til arbejdsmarkedet varierer på tværs af de udvalgte kroniske sygdomme.
- Sygefraværet for borgere med KOL og gigt ligger markant højere end sygefraværet blandt den generelle befolkning. Kronikere i Odense kommune adskiller sig dog ikke markant fra kronikere i andre kommuner
- Til gengæld har kommunalt ansatte med KOL eller gigt i Odense et lavere sygefravær sammenlignet med personer med samme sygdomme ansat i andre kommuner. Det gør sig særligt gældende for borgere med KOL.
- Personer med KOL eller gigt ligger dog fortsat højere end personer uden pågældende sygdomme.

Opgørelsen er baseret på **Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS)**, og omfatter:

---

#### Arbejdsmarked (ikke justeret for refusion)

- Fleksjob
- Førtidspension
- Midlertidige overførsler

---

#### Kommunale udgifter

- Kommunal sygepleje
  - Personlig pleje
  - Plejehjem
  - Praktisk hjælp
  - Vedligeholdelses- og genoptræning
-

# Bilag 2

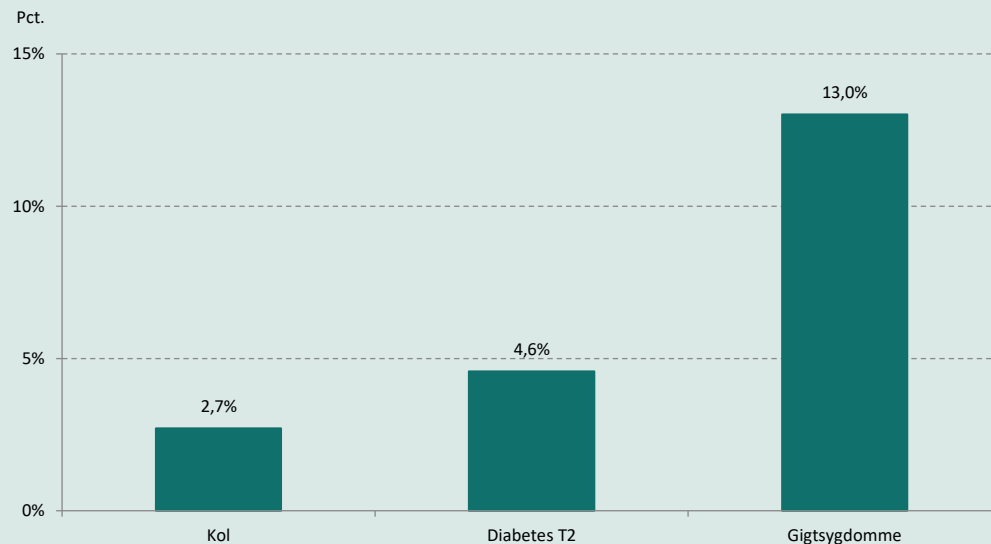
## Forekomster og beskrivende statistik

# Opsummering – Forekomster og beskrivende statistik

- Odense ligger højere på forekomst af alle udvalgte kroniske sygdomme sammenlignet med København og Århus, men nogenlunde på niveau med landsgennemsnittet
- Aldersfordelingen af forekomsten af KOL, diabetes-type 2 og de forskellige gigtsygdomme varierer ikke meget på tværs af kommuner – det er aldersfordelingen i kommunerne, der i væsentlig grad styrer den samlede prævalens.
- Der er en smule variation på gigtområdet – men fortsat alderssammensætning, der i væsentlig grad er styrende for prævalens
- Borgere med diabetes-type 2 i Odense kommune har i gennemsnit lidt flere komplikationer end landsgennemsnittet. København ligger lavere end landsgennemsnittet mens Aarhus ligger højere
- Andelen med langtidsblodsukkermåling under 53 mmol/mol er udtryk for andelen, der er velbehandlede. Andelen er højere i Odense sammenlignet med både landsgennemsnit, Aarhus og København
- Til gengæld ligger andelen med et langtidsblodsukkerniveau over 70 mmol/mol, og som derfor ikke er velbehandlede, højere i Odense end landsgennemsnittet



# Andel kronikere i befolkningen i 2022



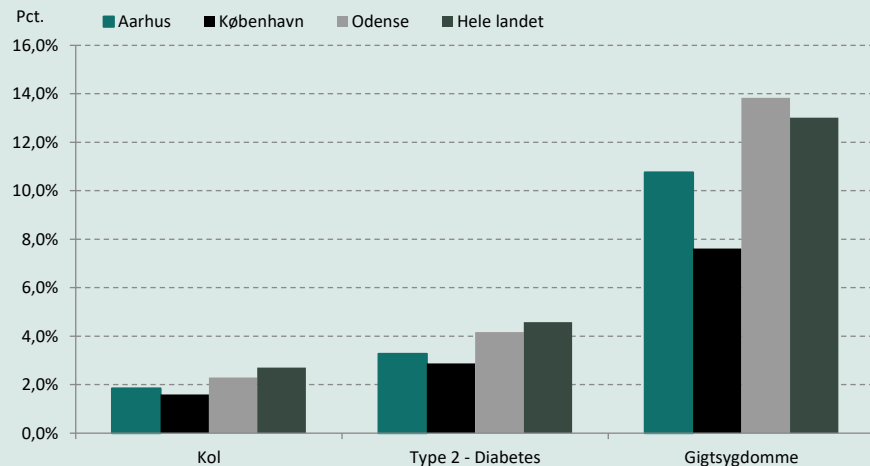
Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

# Odense har højere andel kronikere end Aarhus og København

Antal kronikere i 2022, Odense, Aarhus og København

Kommune	KOL	Diabetes T2	Gigtsygdomme
Hele landet	159.850	271.700	772.270
København	10.450	18.775	49.794
Aarhus	6.725	11.875	38.892
<b>Odense</b>	<b>4.800</b>	<b>8.675</b>	<b>28.750</b>

Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.



Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS, diabetes.nu og registerdata fra Danmarks Statistik.

# Fordeling af kronikere på alder, KOL

## 30 - 64 år

	Aarhus	København	Odense	Hele landet
<b>Andel</b>	1,3%	1,1%	<b>1,5%</b>	1,6%
<b>Antal</b>	1.800	3.400	<b>1.250</b>	42.875

## 65+ år

	Aarhus	København	Odense	Hele landet
<b>Andel</b>	9,2%	10,4%	<b>9,8%</b>	9,8%
<b>Antal</b>	4.950	7.050	<b>3.550</b>	117.000

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS).

# Fordeling af kronikere på alder, diabetes type 2

## 30 - 64 år

	Aarhus	København	Odense	Hele landet
<b>Andel</b>	3,5%	2,9%	<b>4,3%</b>	4,2%
<b>Antal</b>	4.925	8.550	<b>3.650</b>	109.375

## 65+ år

	Aarhus	København	Odense	Hele landet
<b>Andel</b>	12,6%	14,5%	<b>13,5%</b>	13,3%
<b>Antal</b>	6.775	9.850	<b>4.925</b>	159.150

Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

# Fordeling af kronikere på alder, gigtsygdomme

## 30 - 64 år

	Aarhus	København	Odense	Hele landet
<b>Andel</b>	10,0%	6,9%	<b>12,8%</b>	11,3%
<b>Antal</b>	14.244	21.046	<b>10.986</b>	299.021

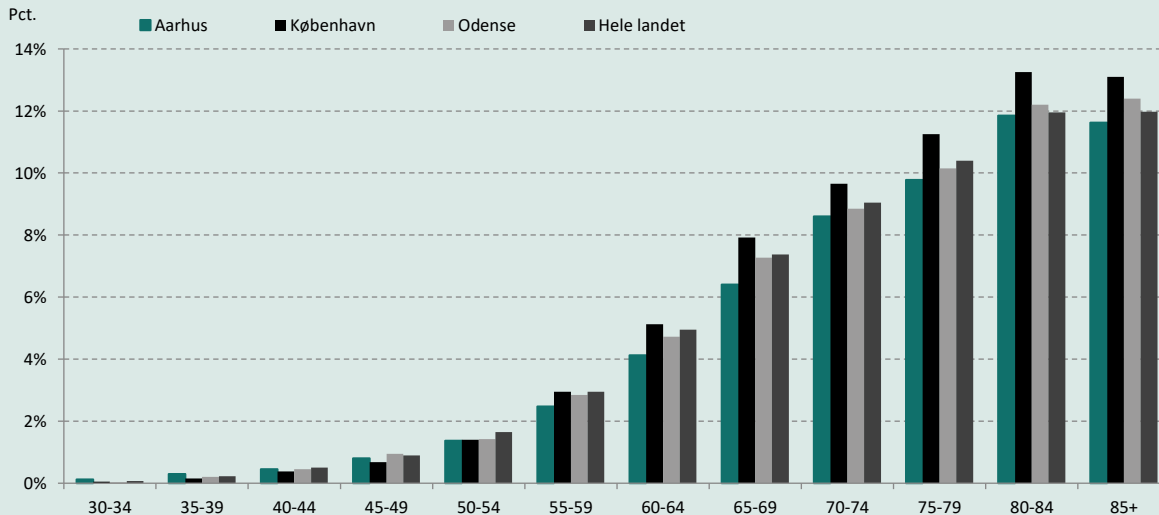
## 65+ år

	Aarhus	København	Odense	Hele landet
<b>Andel</b>	39,3%	35,1%	<b>43,5%</b>	36,2%
<b>Antal</b>	21.543	24.271	<b>16.046</b>	439.733

Kilde: Registerdata fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

# KOL: Små forskelle på tværs af kommunerne – det er alderssammensætningen, der betyder noget

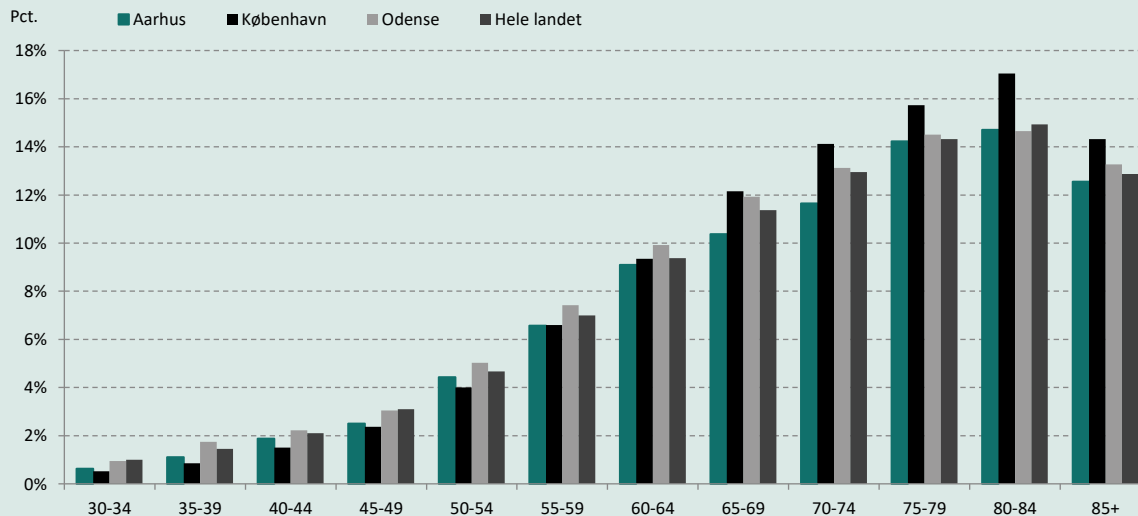
## Aldersfordelt andel med KOL i Odense, Århus og København i 2022



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

# Diabetes-type 2: Små forskelle på tværs af kommunerne inden for aldersgrupperne

## Aldersfordelt andel med diabetes type-2 i Odense, Århus og København i 2022



Kilde: Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske lidelser (RUKS) og egne beregninger.

# Måling af blodsukker på tværs af kommuner

- Odense har lidt flere personer, med diabetesrelaterede komplikationer sammenlignet med resten af landet
- Aarhus har flere end Odense, mens København ligger under landsgennemsnittet

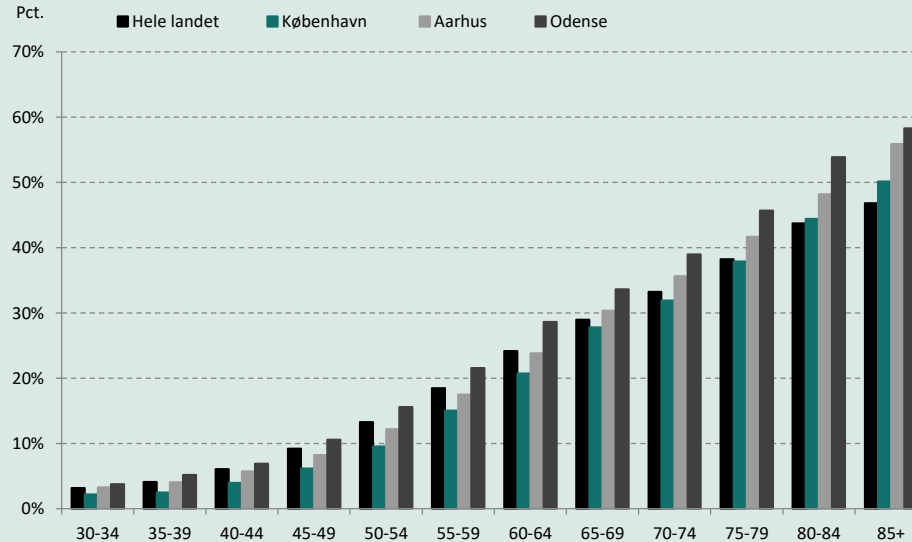
Kommune	Langtidsblodsukker (HbA1c) $\leq$ 53 mmol/mol	Langtidsblodsukker (HbA1c) $\geq$ 70 mmol/mol	Personer med mindst én diabetesrelateret komplikation
Hele landet	64,1%	6,8%	46,6%
København	58,0%	9,0%	43,8%
Aarhus	64,2%	6,8%	50,5%
<b>Odense</b>	<b>66,6%</b>	<b>7,3%</b>	<b>47,3%</b>

Kilde: Egne beregninger på baggrund af diabetestatal.nu.



# Gigt: Odense med lidt højere prævalens bredt set

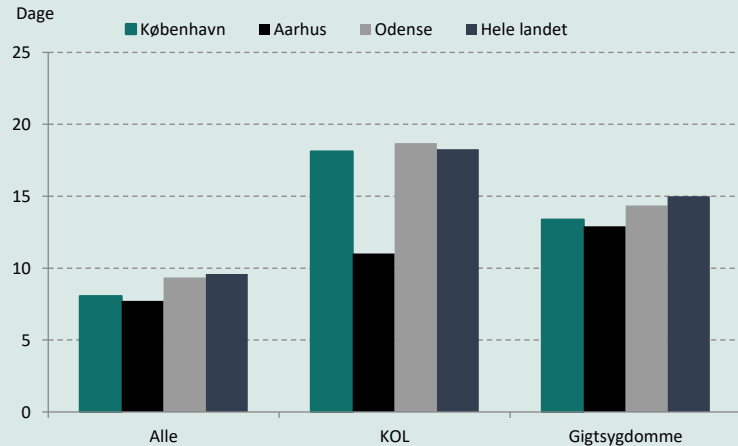
## Aldersfordelt andel med gigt i Odense, Århus og København i 2022



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

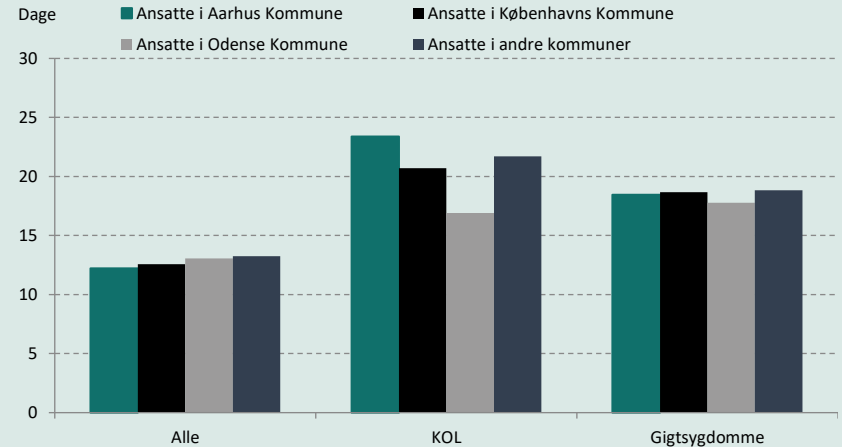
# Fraværsgdage for borgere med udvalgte kroniske sygdomme

## Ansatte i alt



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

## Kommunalt ansatte



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

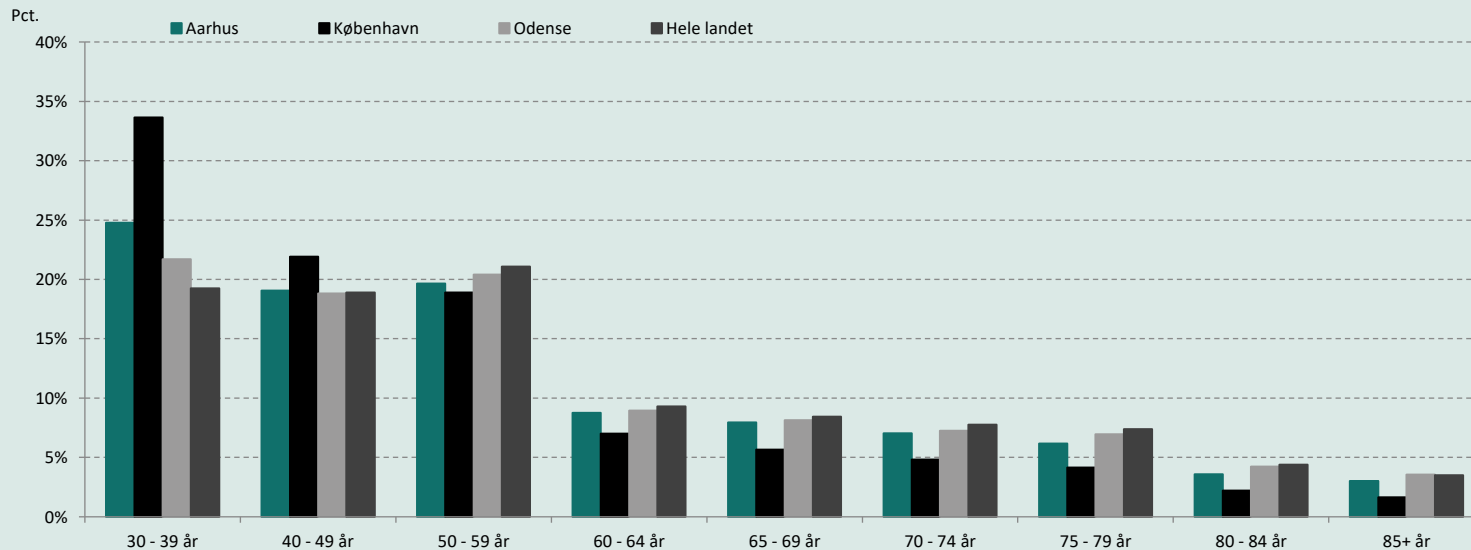
# **Bilag 3**

## Analyse af prævalens

# Analyse af prævalens

- Vi undersøger, hvilke variable der kan forklare prævalensen af kroniske sygdomme på tværs af kommuner, og hvor stor en del af prævalensen, der er uforklaret.
- I modellerne tager vi højde for alder, uddannelse, indkomst og etnicitet (indvandrere/efterkommere). Vi undersøger først, hvor stor en del af forekomsten, der kan forklares ved alder, herefter hvor stor en del der kan forklares ud fra alder og uddannelse osv.
- Vi beregner hvad prævalensen i en kommune *burde* være, hvis den udelukkende forklares ved borgerne i kommunens sammensætning af alder, uddannelse, indkomst og etnicitet.
- Analysen viser, at det kun er en relativt lille del af prævalensen i Odense, der ikke kan forklares ud fra de valgte baggrundskarakteristika.

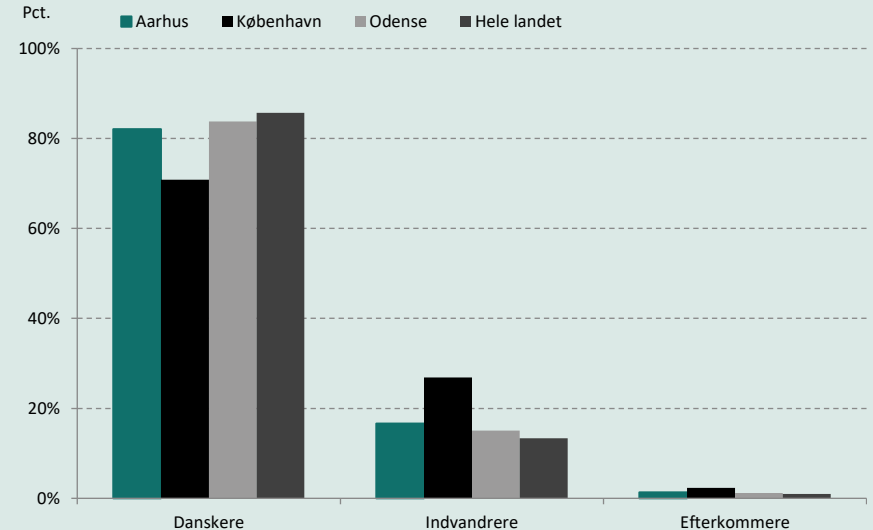
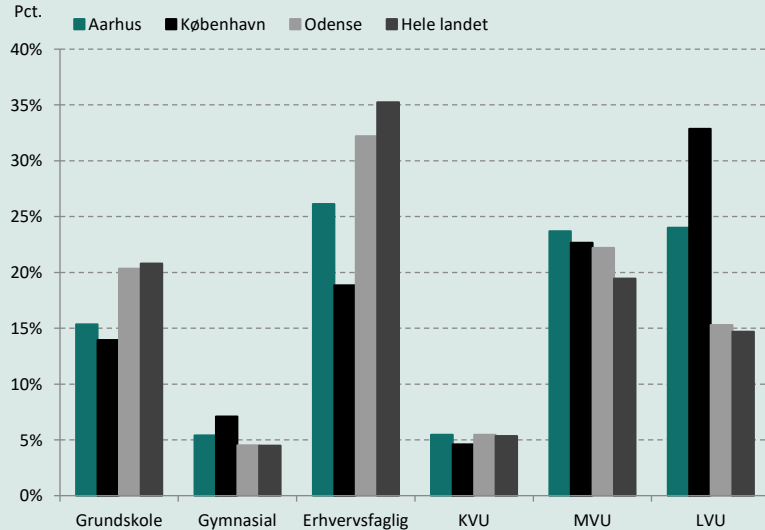
# Befolkningens aldersfordeling



Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

# Befolkningens uddannelsesniveau og herkomst



Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

# Justeret prævalens – KOL: Odense ligger som forventet

- Vi finder en residual på -0,1 pct.-point for Odense kommune. Niveauet af borgere med KOL er således lidt lavere i Odense kommune, end man kunne forvente pba. de udvalgte baggrundskarakteristika

	Andel	Forklaret ved alder	Forklaret ved alder og uddannelse	Forklaret ved alder, uddannelse og indkomst	Forklaret ved alder, uddannelse, indkomst og herkomst	Residual
Hele landet	4,1%					
<b>Odense</b>	<b>3,9%</b>	<b>3,9%</b>	<b>4,1%</b>	<b>4,0%</b>	<b>4,0%</b>	<b>-0,1%</b>
Aarhus	3,4%	3,9%	3,4%	3,3%	3,3%	0,1%
København	2,8%	2,8%	2,8%	2,9%	2,9%	-0,1%

Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og Danmarks Statistiks registre.

# Rangering af kommuner mht. uforklaret residual – KOL

- Vi foretager analysen pba. forekomsten af borgere med KOL i alle kommuner.
- En højere rang indikerer, at kommunen har en større andel borgere med KOL end forventet
- Odense ligger på **rank 59** når man sammenligner på tværs af kommuner
- Ærø kommune har en markant lavere forekomst af KOL, end hvad modellen forventer (1,4 pct.-point), mens Fanø kommune har markant flere tilfælde af KOL end forventet (1,8 pct.-point)

#	Kommune	Residual
1	Fanø	2,0%
2	Middelfart	0,6%
3	Vejen	0,6%
4	Vordingborg	0,6%
5	Fredericia	0,5%
37	Aarhus	0,1%
53	København	-0,1%
<b>59</b>	<b>Odense</b>	<b>-0,1%</b>
92	Jammerbugt	-0,6%
93	Haderslev	-0,7%
94	Vallensbæk	-0,8%
95	Lemvig	-0,8%
96	Ærø	-1,2%

Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og Danmarks Statistiks registre.



# Justeret prævalens – diabetes type-2: Odense ligger som forventet

- Vi finder en residual på **-0,1 pct.-point** for Odense kommune. Niveauet af borgere med diabetes type-2 er således lidt lavere i Odense kommune, end man kunne forvente pba. de udvalgte baggrundskarakteristika

	Andel	Forklaret ved alder	Forklaret ved alder og uddannelse	Forklaret ved alder, uddannelse og indkomst	Forklaret ved alder, uddannelse, indkomst og herkomst	Residual
Hele landet	7,0%					
<b>Odense</b>	<b>7,0%</b>	<b>6,5%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,2%</b>	<b>7,1%</b>	<b>-0,1%</b>
Aarhus	5,9%	6,4%	5,7%	5,8%	5,8%	0,1%
København	4,9%	5,1%	5,1%	5,1%	5,0%	-0,1%

Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og Danmarks Statistiks registre.

# Rangering af kommuner mht. uforklaret residual – diabetes type 2

- Vi foretager analysen pba. forekomsten af borgere med diabetes-2 i alle kommuner.
- En højere rang indikerer, at kommunen har en større andel borgere med diabetes-2 end forventet
- Analysen viser, at Odense ligger på **rank 59** når man sammenligner hvor stor en andel af forekomsten der kan forklares ud fra de udvalgte baggrundskarakteristika på tværs af kommuner

#	Kommune	Residual
1	Fanø	1,9%
2	Vejen	0,8%
3	Middelfart	0,8%
4	Brøndby	0,5%
5	Hørsholm	0,5%
28	Aarhus	0,1%
56	København	-0,1%
<b>59</b>	<b>Odense</b>	<b>-0,1%</b>
92	Skive	-0,6%
93	Kerteminde	-0,7%
94	Langeland	-0,7%
95	Vallensbæk	-0,7%
96	Ærø	-1,9%

Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og Danmarks Statistiks registre.

# Justeret prævalens – gigt: Odense ligger højere end forventet

- Vi finder en residual på **2 pct.-point** for Odense kommune. Niveauet af borgere med gigt er således lidt højere i Odense kommune, end man kunne forvente pba. de udvalgte baggrundskarakteristika

	Andel	Forklaret ved alder	Forklaret ved alder og uddannelse	Forklaret ved alder, uddannelse og indkomst	Forklaret ved alder, uddannelse, indkomst og herkomst	Residual
Hele landet	19,2%					
<b>Odense</b>	<b>22,1%</b>	<b>18,8%</b>	<b>20,3%</b>	<b>20,3%</b>	<b>20,1%</b>	<b>2,0%</b>
Aarhus	18,1%	17,9%	17,5%	17,0%	16,9%	1,3%
København	12,1%	13,1%	12,5%	12,7%	12,7%	-0,6%

Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og Danmarks Statistiks registre.

# Rangering af kommuner mht. uforklaret residual – gigt

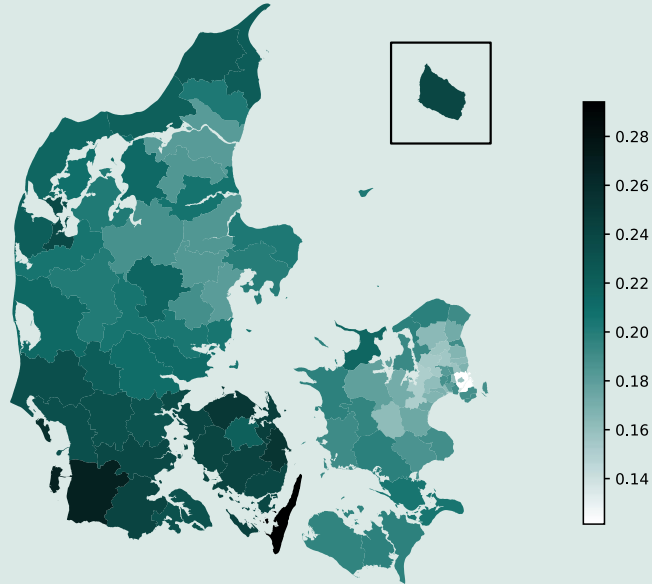
- Vi foretager analysen pba. forekomsten af borgere med gigt i alle kommuner.
- En højere rang indikerer, at kommunen har en større andel borgere med gigt end forventet
- Analysen viser, at Odense ligger på **rank 9** på tværs af kommuner. Odense har således markant flere borgere med gigt, som ikke kan forklares pba. modellen, sammenlignet med andre kommuner

#	Kommune	Residual
1	Langeland	4,1%
2	Nyborg	3,2%
3	Dragør	2,7%
4	Kerteminde	2,6%
5	Fredericia	2,6%
<b>9</b>	<b>Odense</b>	<b>2,0%</b>
21	Aarhus	1,3%
67	København	-0,6%
92	Viborg	-2,3%
93	Roskilde	-2,5%
94	Furesø	-2,6%
95	Guldborgsund	-2,8%
96	Ærø	-3,3%

Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og Danmarks Statistiks registre.

# Uforklaret residual – gigt



Anm.: Andel af befolkningen 30+ år.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af RUKS og Danmarks Statistiks registre.

- Der er generelt flere borgere med gigtsygdomme i Region Syddanmark, sammenlignet med de andre regioner
- Tager man i modellen for justeret prævalens højde for, at Odense Kommune ligger i Region Syddanmark, falder residualen til 0,03 pct.
- Det er uklart hvorfor Region Syddanmark har flere med gigtsygdomme, men det kan skyldes, at regionen er bedre til at diagnosticere end andre regioner

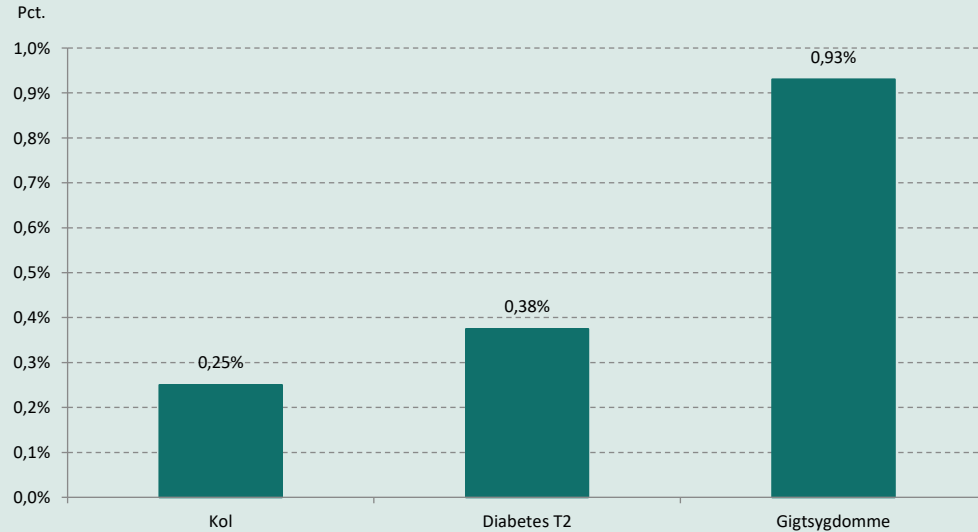
# Bilag 4

## Nydiagnosticerede – beskrivende statistik

# Opsummering – Nydiagnosticerede, beskrivende statistik

- Andelen af nydiagnosticerede borgere varierer på tværs af kommuner. Odense ligger højere på nydiagnosticerede borgere med gig, men lidt lavere end landsgennemsnittet på nydiagnosticerede borgere med KOL og diabetes type 2
- Borgere i Odense ser ud til at blive lidt senere diagnosticeret med KOL, sammenlignet med Århus, København og landsgennemsnittet
- Andelen af nydiagnosticerede borgere med diabetes type 2 i de ældre aldersgrupper ligger lidt højere i Odense, sammenlignet med Århus og København
- Odense har en markant højere andel, der diagnosticeres med gigtsygdomme fordelt på alle aldersgrupper
- Andelen med anden herkomst end dansk, der diagnosticeres med de udvalgte kroniske sygdomme, ligger på niveau med landsgennemsnittet i Odense kommune. Men tallene kan tyde på betydelig underdiagnosticering (skyggetal)

# Andel kronikere i befolkningen i 2022, nydiagnosticerede



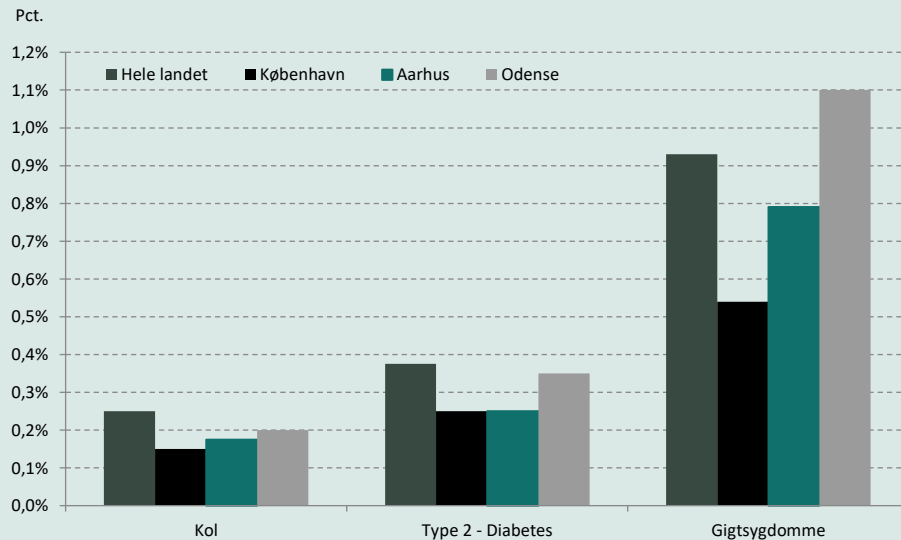
Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.



# Antal og andel kronikere i 2022, Odense, Århus og København, nydiagnosticerede

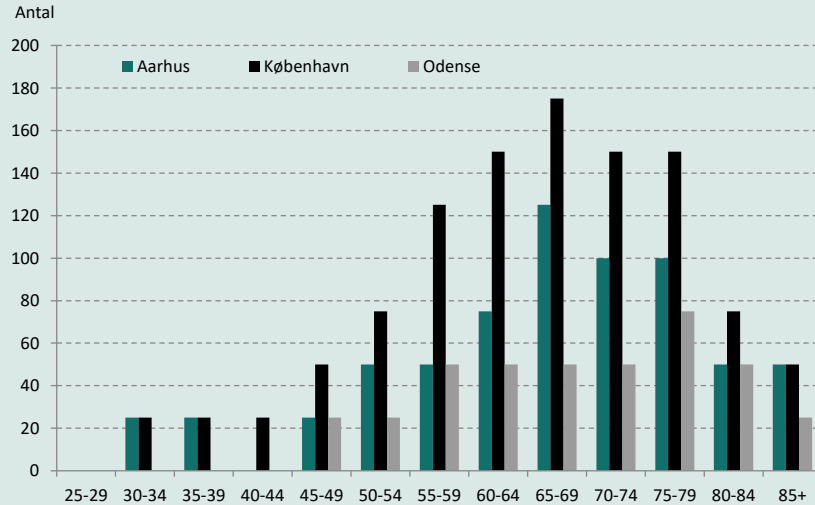
Kommune	KOL	Diabetes T2	Gigtsygdomme
Hele landet	14.775	21.925	55.205
København	1.025	1.575	3.500
Århus	650	875	2.866
<b>Odense</b>	<b>425</b>	<b>750</b>	<b>2.275</b>

Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

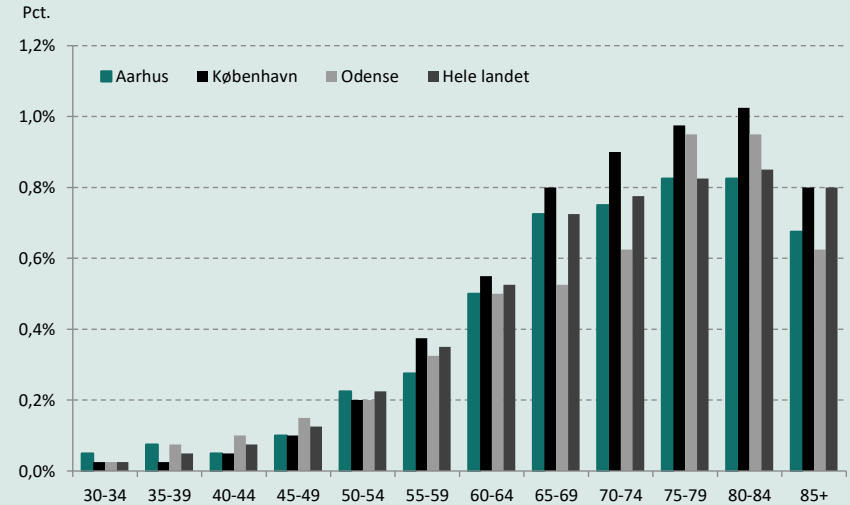


Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

# Aldersfordeling af nydiagnosticerede, KOL

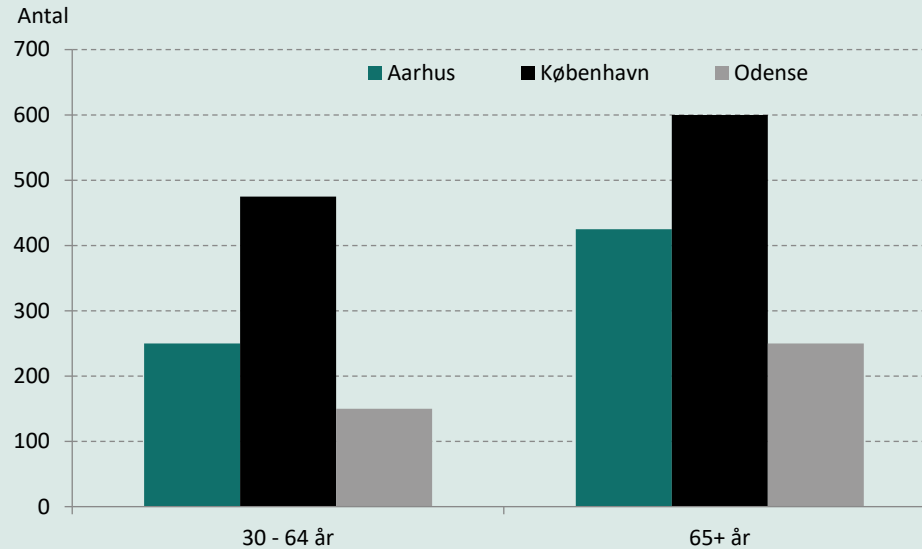


Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.



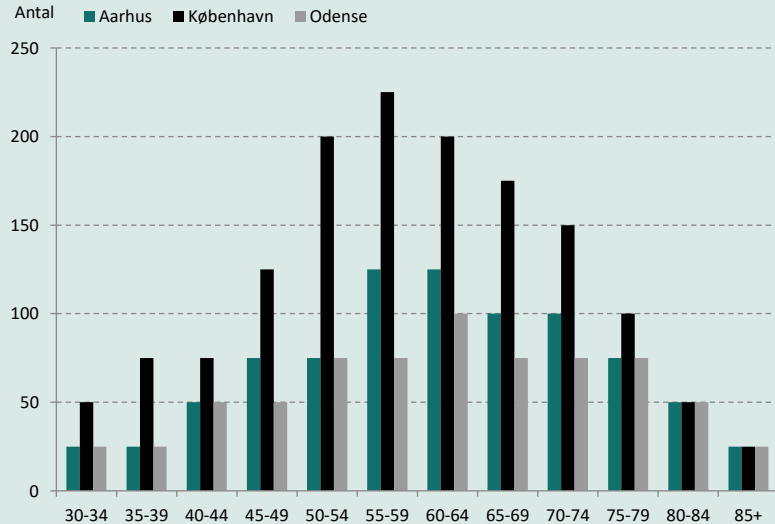
Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

# Aldersfordeling af nydiagnosticerede (antal), KOL

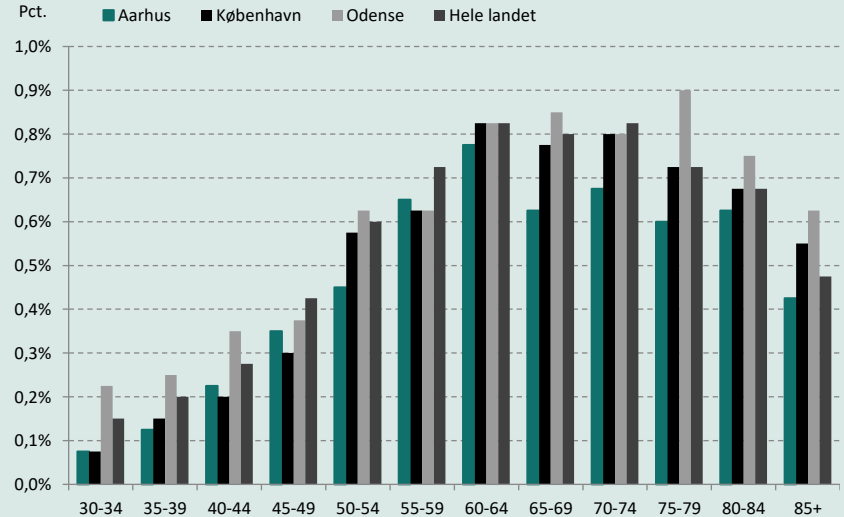


Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS og registerdata fra Danmarks Statistik.

# Aldersfordeling af nydiagnosticerede, diabetes type 2

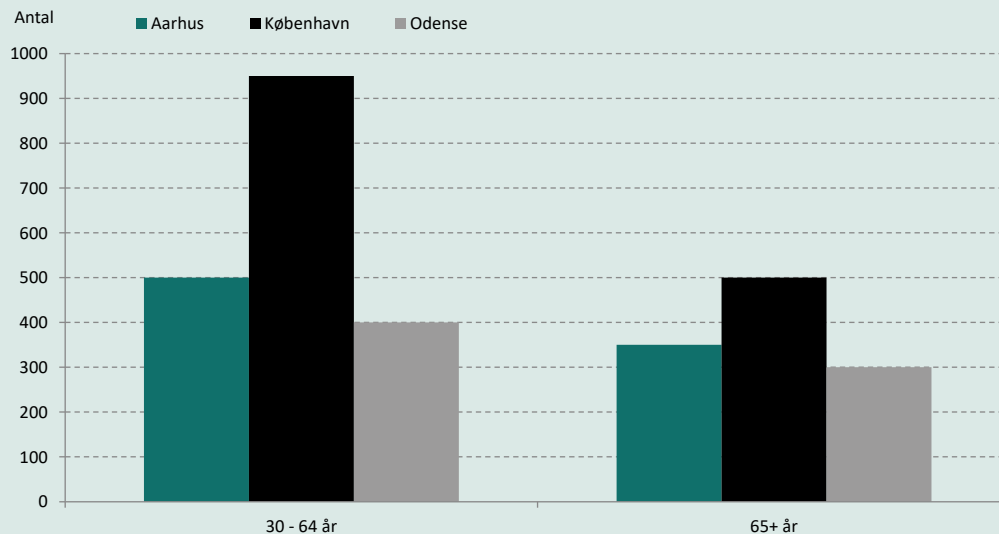


Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS.



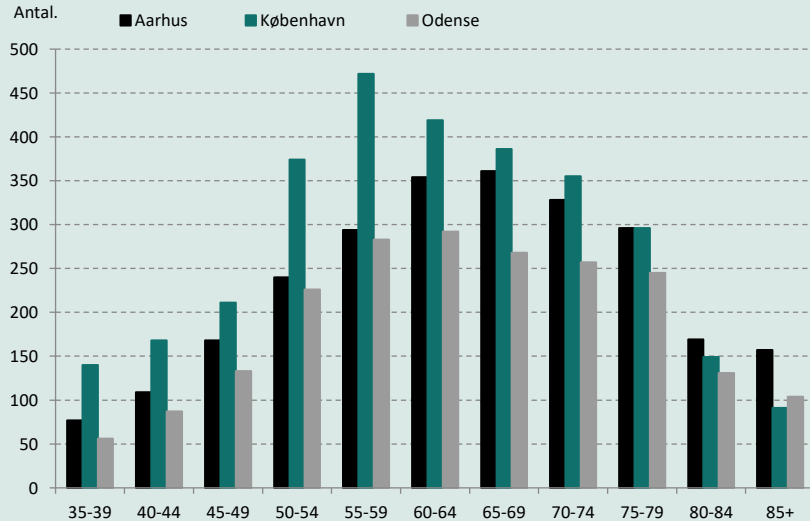
Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS.

# Aldersfordeling af nydiagnosticerede (antal), diabetes type 2

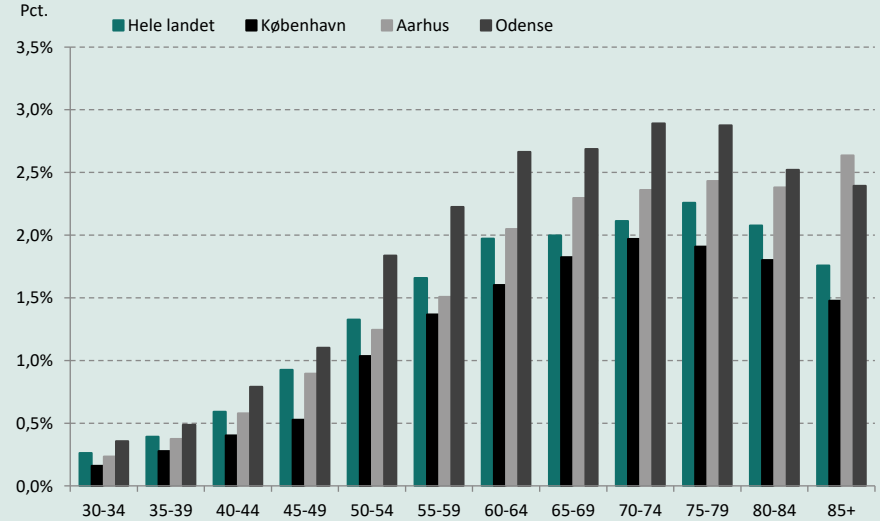


Kilde: Egne beregninger på baggrund RUKS.

# Aldersfordeling af nydiagnosticerede, gigtsygdomme

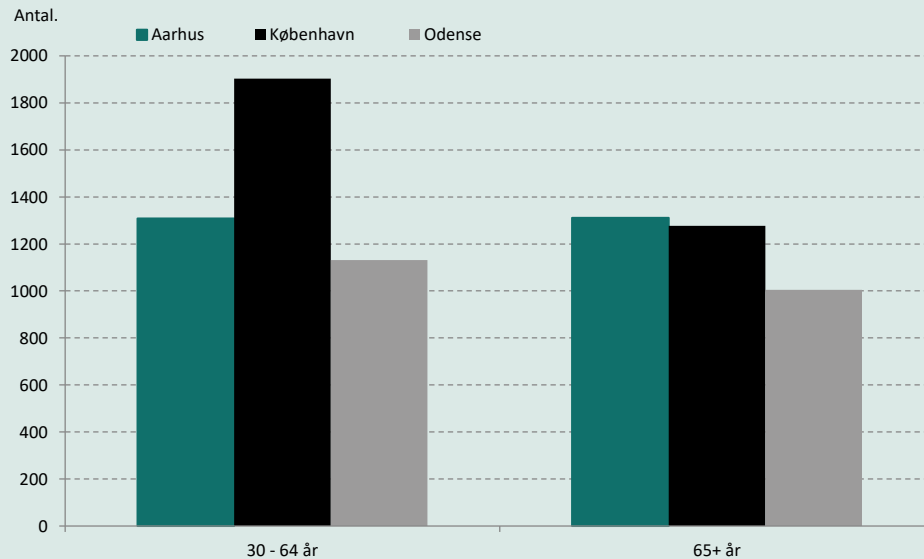


Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.



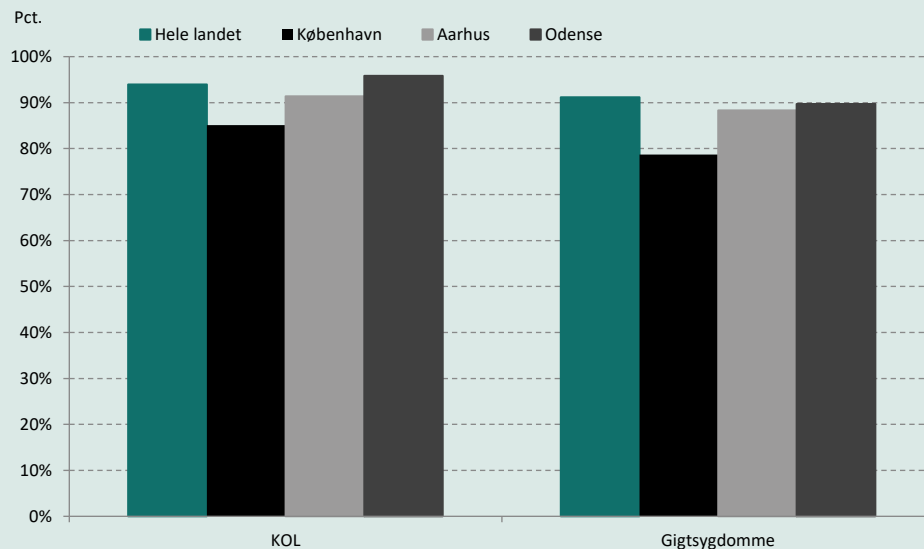
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

# Aldersfordeling af nydiagnosticerede (antal), gigtsygdomme



Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

# Nydiagnosticerede i 2022, andel med dansk herkomst



Anm.: Der indgår ikke medicinoplysninger i opgørelsen. Grupperne afviger således for de afgrænsede grupper i RUKS.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

Bemærk: Andelen med dansk herkomst i hele befolkningen er 85 pct. Der er således tale om overrepræsentation af personer med dansk herkomst, hvis andelen af personer med en kronisk sygdom er over 85 pct.

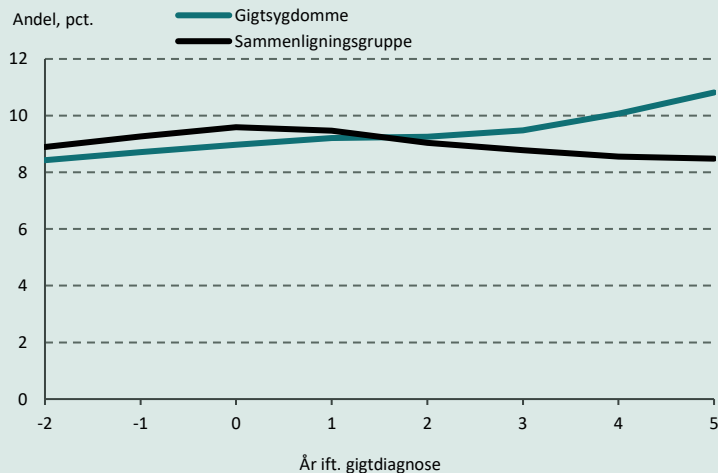


## **Bilag 5**

# Forbrug af arbejdsmarkedsydelse for gigtsygdomme

# Forbrug af arbejdsmarkedsydelser for gigtsygdomme

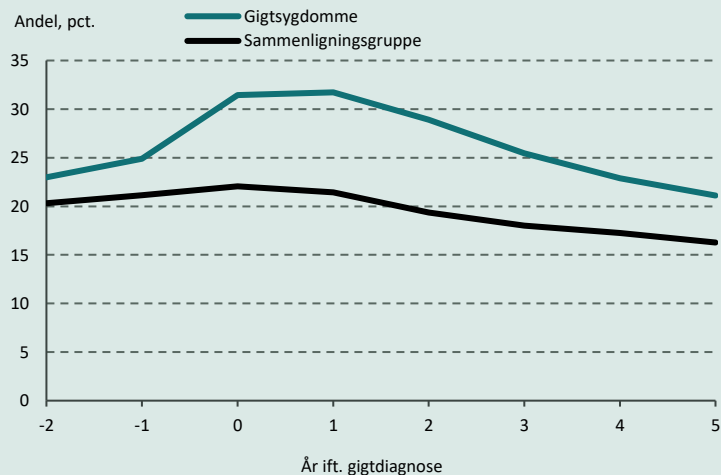
## Førtidspension



Anm.: Udgifter til leddegigt er anvendt som proxy for niveauet for gigtsygdomme.

Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

## Midlertidige overførsler

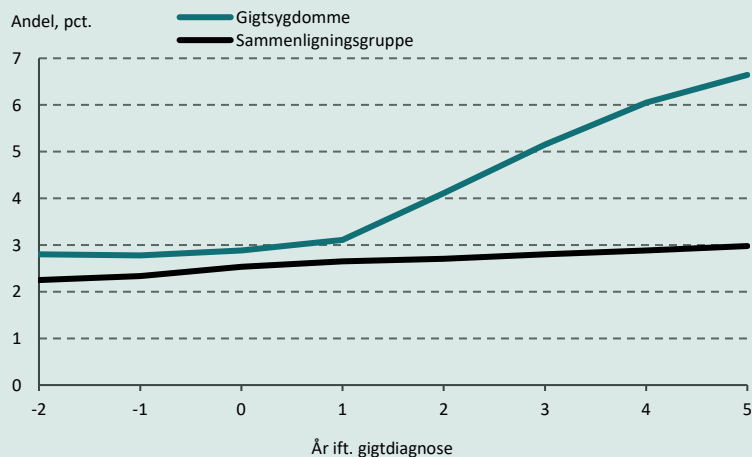


Anm.: Udgifter til leddegigt er anvendt som proxy for niveauet for gigtsygdomme.

Kilde: Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

# Forbrug af arbejdsmarkedsydelse for gigtsygdomme

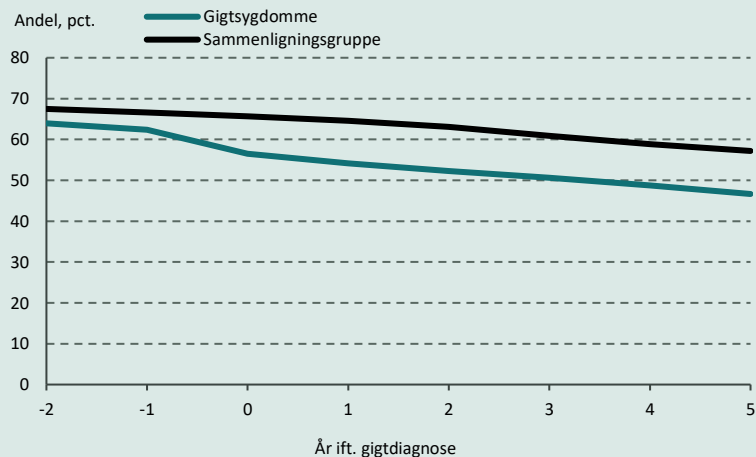
## Fleksjob



Anm.: Udgifter til leddegigt er anvendt som proxy for niveauet for gigtsygdomme.

Kilde: Beregninger for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.

## Selvforsørgende



Anm.: Udgifter til leddegigt er anvendt som proxy for niveauet for gigtsygdomme.

Kilde: Beregninger for Investeringer i Sundhed (BIS) og egne beregninger.