



# **Bilag 2**

## **Baggrundsnotat - lang version**

### ***Flere sunde leveår for københavnerne***

## RESUME

I dette notat udfoldes de foreløbige resultater for de registerbaserede klyngeanalyser, der er igangsat under det strategiske indsatsområde, *Flere Sunde Leveår for københavnernes*. Formålet med klyngeanalyserne er at blive klogere på den københavnske befolkning på 65-79 år, og hvilke faktorer, der kan have betydning for københavnernes muligheder for at opnå flere sunde leveår. Der er fire foreløbige hovedresultater af klyngeanalysen:

### 1. Fire adskilte klynger

Den københavnske befolkning på 65-79 år kan inddeles i fire statistisk afgrænsede klynger, hvilket betyder, at borgerne i de enkelte klynger samlet set har mere tilfælles med de andre borgere i klyngen end borgerne i de andre klynger. Klyngedannelsen er baseret på oplysninger om kontakter med sundhedsvæsenet og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen samt deres socioøkonomi (uddannelse, indkomst, beskæftigelse mv.) og demografi (bopæl, samlivs- og familiesituation mv.). To af de fire klynger har meget lav sygdomsbelastning og næsten intet plejebæbehov, mens de to andre lider af en række somatiske og psykiatriske sygdomme, og desuden har flere hospitalskontakter, kontakter til primærsektoren og flere forløb i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

### 2. Klyngerne adskiller sig på socioøkonomi, demografi og risikofaktorer

Klyngerne adskiller sig på en række risikofaktorer, samt socioøkonomiske og demografiske variable, som litteraturen har identificeret som betydningsfulde for sundhed i det sene voksenliv. Sammenlignet med de to klynger, der er belastet af sygdom, har klyngerne med lav sygdomsbelastning overordnet set længere uddannelser, en højere arbejdsmæssig status før de forlod arbejdsmarkedet samt oftere børn og en samboende partner. I klyngerne med lav sygdomsbelastning er der desuden en lavere andel med de risikofaktorer, der har den største sygdomsbyrde herunder daglig rygning, usunde kostvaner og fysisk inaktivitet. Undtagelsen er alkohol, hvor andelen med et problematisk forbrug er sammenlignelig eller større i klyngerne med lav belastning.

### 3. Forskellen i sygdomsbelastning starter tidligt

Forskellen i sygdomsbelastning og plejebæbehov på tværs af de fire klynger starter tidligt. Mens Sundheds- og Omsorgsforvaltningen først møder borgerne fra omkring 60-64 årsalderen er det allerede tidligere, og ofte ved 50-54-årsalderen, at nogle borgere bliver diagnosticeret med kroniske somatiske og psykiatriske sygdomme, mens andre holder sig raske. Ved 45-49-årsalderen adskiller klyngerne sig også tydeligt i antallet af lægebesøg, hvilket vidner om, at de mest belastede klynger allerede tidligere i livet har flere helbredsudfordringer end de to klynger med lav belastning.

### 4. Geografisk over- og underrepræsentation i københavnske bydele

Klyngerne er over- og underrepræsenteret i forskellige dele af København. Klyngerne med mindst sygdomsbelastning og plejebæbehov bor i særdeleshed i Indre By, Østerbro, Amager Øst og områderne vest for Frederiksberg, særligt Vanløse, mens klyngerne med mest sygdomsbelastning og plejebæbehov er overrepræsenteret på Nørrebro, Amager Vest, Vesterbro/Kgs. Enghave og Bispebjerg.

For Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kan analysens resultater beskrive, hvordan populationen af de 65-79-årige i København ser ud, hvilke sygdomsrelaterede problemer de har, og hvor tidligt forskellige sygdomsbelastninger sætter ind for bestemte borgergrupper. I det videre arbejde forventes det, at denne viden kan spille sammen med det øvrige strategiske arbejde med at forebygge og skabe flere sunde leveår. Analysens resultater kan fx understøtte et øget fokus på borgerne fra de er 45-60 år, og før de især får brug for genoptrænings- og rehabiliteringsforløb og senere hen hjemmehjælp og plejebolig. Analysen kan desuden danne grundlaget for mere kvalificerede prioriteringer af de knappe ressourcer på tværs af borgergrupper.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1. KØBENHAVNS BORGERE: 65-79 ÅR.....</b>	<b>5</b>
1.1. Køn, familie og samliv .....	5
1.2 Uddannelse og arbejde .....	5
1.3. Sundhed og Sygdom .....	6
<b>2. KLYNGEANALYSE - INDELING AF POPULATIONEN I KLYNGER MED FORSKELLIG SYGDOMS-, DEMOGRAFISK- OG SOCIOØKONOMISKPROFIL.....</b>	<b>8</b>
2.1. Indlæggelser og lægemidler.....	10
2.2. Besøg hos almen praksis og tandlægen.....	11
2.3. Plejebehov .....	11
2.4. Sygdomstyper.....	13
2.5. Klyngernes sygdomsbyrde over tid: hvornår starter forskellene? .....	14
2.6. Køn, alder og samliv i klyngerne .....	20
2.7. Uddannelse, erhverv og indkomst.....	22
2.8. Risikofaktorer.....	23
2.9. Geografi: hvor er klyngerne over- og underrepræsenteret i København? .....	30
<b>3. DATARELATEREDE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER I ANALYSEN.....</b>	<b>33</b>

## OVERSIGT OVER FIGURER, DIAGRAMMER OG TABELLER

Figur 1. Overblik over de fire klynger.....	9
Figur 2. Geografisk fordeling af klyngerne .....	31
Diagram 1. Køn, familiesituation og civilstand .....	5
Diagram 2. Højest fuldførte uddannelse .....	6
Diagram 3. Arbejds-mæssig status 60-64 år .....	6
Diagram 4. Borgernes indlæggelseshistorik de seneste fem år.....	7
Diagram 5. Borgerens kontakt til primær sektor de seneste fem år.....	7
Diagram 6. Plejebenhov og SUF-forløb de seneste fem år.....	7
Diagram 7. Somatiske og psykiatriske sygdomme de seneste fem år.....	8
Diagram 8. Andele med indlæggelser indenfor de seneste fem år.....	10
Diagram 9. Andel borgere som har modtaget 5 eller flere lægemiddelpræparater .....	10
Diagram 10. Brug af primær sektor de seneste fem år .....	11
Diagram 11. Andele der modtager hjælp - personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje .....	12
Diagram 12. Gns. visiteret tid i minutter pr. dag.....	12
Diagram 13. Gns. dagligt visiteret tid i minutter .....	12
Diagram 14. SUF-ydelser de seneste fem år.....	13
Diagram 15. Diagnoser for alvorlige sygdomme de seneste fem år.....	14
Diagram 16. Gns. antal indlæggelser i femårsintervaller.....	15
Diagram 17. Andele med 8 eller flere årlige kontakter til almen lægepraksis i femårsintervaller .....	16
Diagram 18. Andele med 4 eller flere besøg hos tandpleje i femårsintervaller .....	16
Diagram 19. Andele der modtager SUF-forløb i femårsintervaller .....	17
Diagram 20. Andele med mindst en hospitalskomorbiditet (CCI) i femårsintervaller .....	17
Diagram 21. Andele med vaskulære sygdomme i femårsintervaller .....	18
Diagram 22. Andele med langesygdomme i femårsintervaller .....	18
Diagram 23. Andele med diabetes i femårsintervaller .....	19
Diagram 24. Andele med psykiatrisk diagnose i femårsintervaller .....	19
Diagram 25. Kønsfordeling.....	21
Diagram 26. Familiesituation .....	21
Diagram 27. Højest fuldførte uddannelse.....	22
Diagram 28. Arbejds-mæssig status op til pensionsalder (60-64 år) .....	23
Diagram 29. Andele med lav score på den mentale helbredsskala (SF12) .....	24
Diagram 30. Andele med tegn på ensomhed (T-ILS) .....	25
Diagram 31. Tegn på problematisk alkoholforbrug (Cage-C) .....	25
Diagram 32. Andel der gerne vil have støtte og hjælp til at nedsætte sit alkoholforbrug.....	26
Diagram 33. Andel der ønsker at nedsætte alkoholforbrug.....	26
Diagram 34. Andele daglige rygere .....	26
Diagram 36. Andele der ønsker at stoppe med at ryge .....	27
Diagram 35. Andele der gerne vil have støtte og hjælp til at stoppe med at ryge .....	27
Diagram 37. Andele med svær overvægt (BMI 30+) .....	27
Diagram 38. Andele med usundt kostmønster .....	28
Diagram 39. Andele der gerne vil have støtte og hjælp til at spise sundere .....	28
Diagram 40. Andele der ønsker at spise sundere .....	28
Diagram 41. Andele med flere end fem timers stillesiddende fritid ved skærm dagligt .....	29
Diagram 43. Andele der ønsker at være mere fysisk aktiv.....	29
Diagram 42. Andele der gerne vil have støtte og hjælp til at være mere fysisk aktiv .....	29
Tabel 1. Procentdel af klynger i bydelene .....	32
Tabel 2. Antal klyngeborgere pr. bydel.....	32

Det første delkapitel beskriver hele populationen af 65-79-årige med det formål at tegne en rammesættende profil af den københavnske befolkning i deres sene voksenliv ud fra udvalgte variable, under temaerne 'Socioøkonomi', 'Demografi' og 'Sygdom & Sundhed' (se bilag 2).

Den anden del er selve klyngeanalysen, hvor den overordnede beskrivelse nuanceres ved at identificere klynger i populationen. Her beskrives de fire klynger, der er identificeret i populationen ift. hvordan de ligner og adskiller sig fra hinanden - nu og i et livstidsperspektiv.

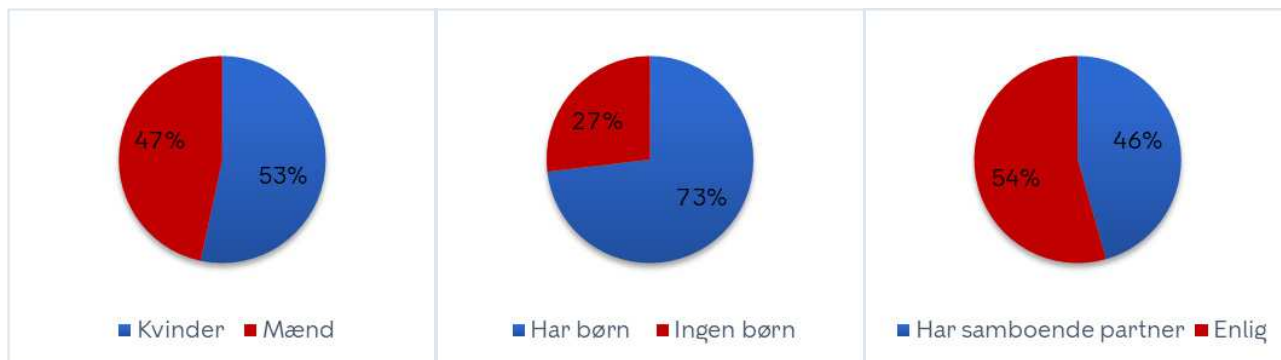
## 1. KØBENHAVNS BORGERE: 65-79 ÅR

Analysen består af de 54.297 borgere, der den 1. januar 2021 var mellem 65-79-år og bosat i København.

### 1.1. Køn, familie og samliv

Diagram 1. viser hvordan populationen ser ud på demografiske variable. Der er en lille overvægt af kvinder (53 pct.) blandt de 65-79-årige. Knap tre fjerdedele har børn (73 pct), og over halvdelen bor alene (54 pct.).

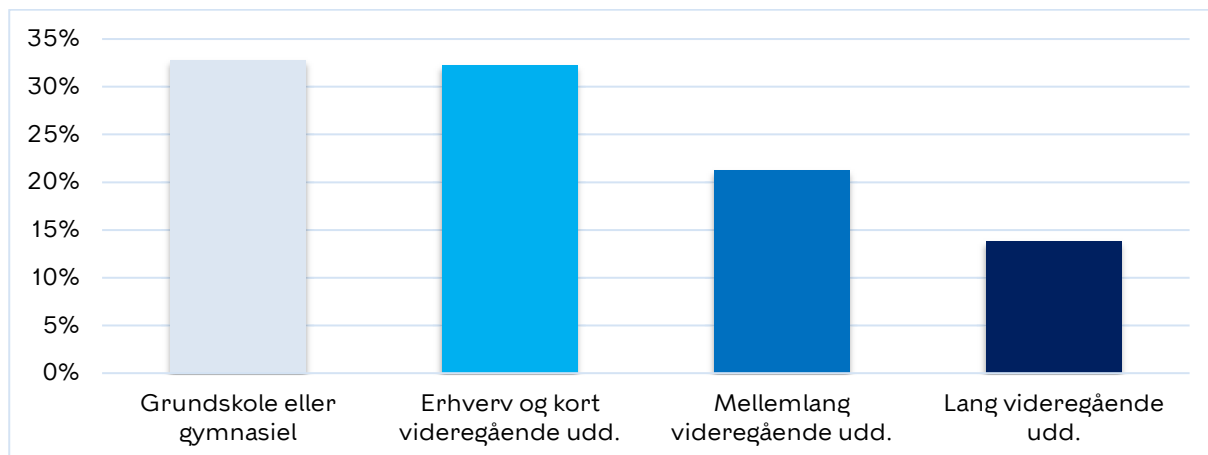
**Diagram 1. Køn, familiesituation og civilstand**



### 1.2 Uddannelse og arbejde

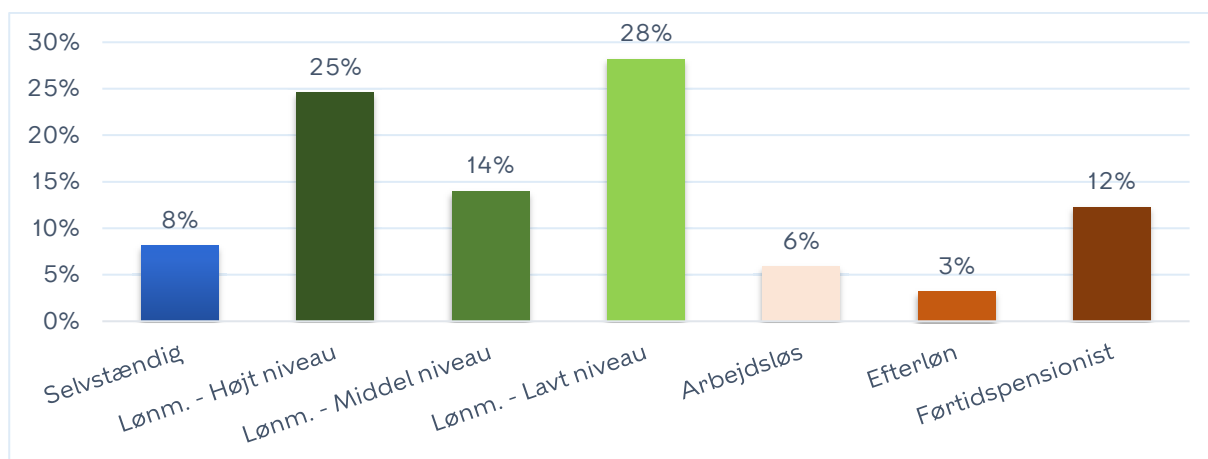
De 65-79-årige kan inddeles i tre ca. lige store grupper efter deres højest fuldførte uddannelsesniveau (diagram 2). En tredjedel har grundskolen eller gymnasiet som højest fuldførte uddannelse (33 pct.). En anden tredjedel har en erhvervs- eller kort videregående uddannelse (31 pct.), mens den sidste tredjedel har en mellemlang (21 pct.) eller lang videregående uddannelse (14 pct.).

**Diagram 2. Højest fuldførte uddannelse**



Af diagram 3 ses det, at to tredjedel af populationen var lønmodtagere (67 pct.), inden de forlod arbejdsmarkedet (60-64 årsalderen), fordelt på lavt, middel og højt kvalifikationsniveau. Yderligere var otte pct. selvstændige. Den resterende femtedel var arbejdsløse (6 pct.), på efterløn (3 pct.) eller modtog førtidspension (12 pct.).

**Diagram 3. Arbejds-mæssig status 60-64 år**



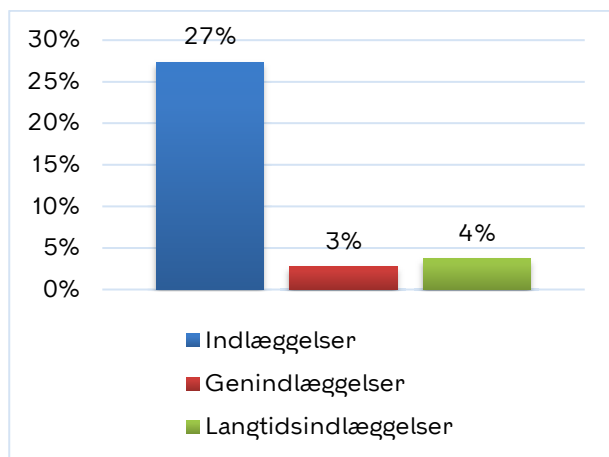
Note: Arbejds-mæssig status er opgjort som borgerens arbejds-mæssige status i størstedelen af de sidste fem år, inden vedkommende forlod arbejdsmarkedet - dvs. 60-64 årsalderen.

### 1.3. Sundhed og Sygdom

Diagram 4 viser, at lidt over hver fjerde (27 pct.) har haft en eller flere indlæggelser over de seneste fem år. Tre pct. har haft en eller flere genindlæggelser, og fire pct. har haft en eller flere langtidsindlæggelser i perioden.

Diagram 5 viser, at lidt over halvdelen (52 pct.) har otte eller flere årlige besøg hos sin almen praktiserende læge over de seneste fem år. Samtidig har knap to tredjedele (63 pct.) haft et eller flere besøg årligt hos tandplejen.

**Diagram 4. Borgernes indlæggelsehistorik de seneste fem år**



**Diagram 5. Borgerens kontakt til primær sektor de seneste fem år**

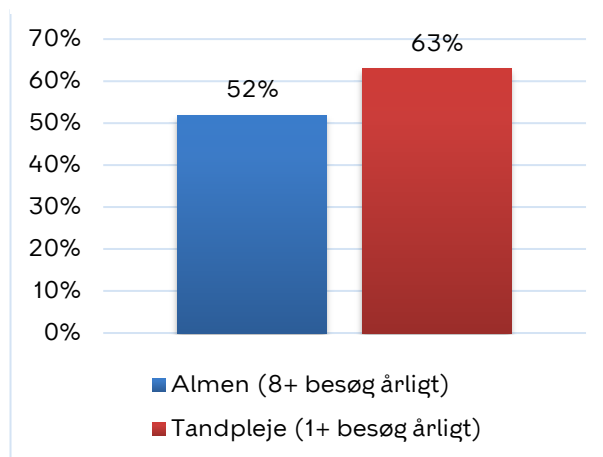


Diagram 6 viser andelen af populationens behov for pleje og genoptræning hos SUF de seneste fem år. Lidt over hver tiende (12 pct.) har modtaget en form for hjemmehjælp - bestående af personlig pleje, praktisk hjælp eller sygepleje, mens en tredjedel af borgerne har været i et SUF-forløb<sup>1</sup>, herunder genoptræning og rehabilitering. To pct. af populationen har boet i plejebolig i perioden.

**Diagram 6. Plejebenhov og SUF-forløb de seneste fem år**

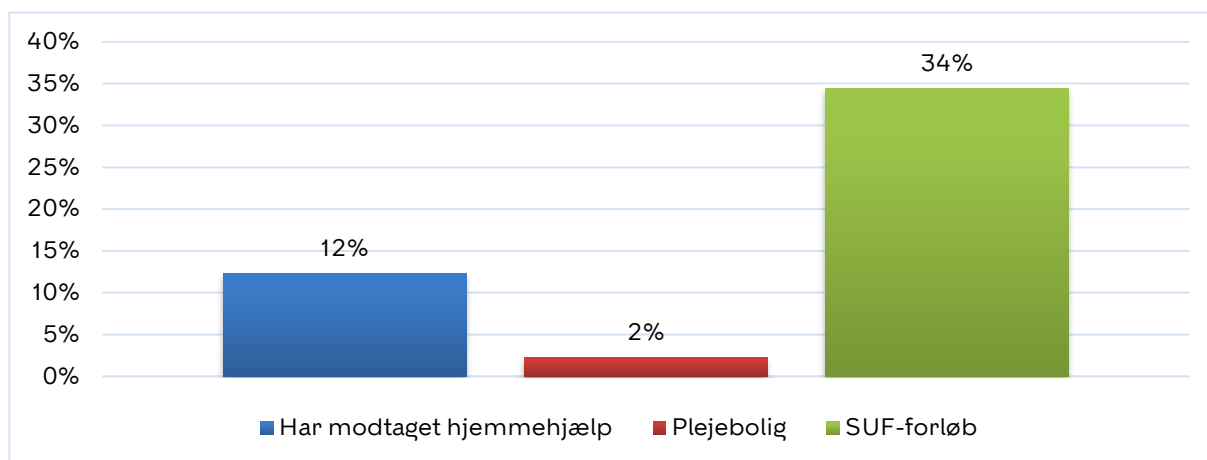


Diagram 7 viser andelen af populationen, der har haft en række somatiske og psykiatriske diagnoser over de seneste fem år. Her ses det, at hver femte har en eller flere af de 19 somatiske sygdomme fra Charlsons komorbiditetsindeks<sup>2</sup>. Herunder har fem pct. diabetes<sup>3</sup>, yderligere fem pct. har en lungesygdom, og seks pct. har en vaskulær sygdom.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SUF-forløb gives både fra sundheds- og serviceloven. Servicelovsydelser er forebyggende og rettes primært mod svækkede ældre. Sundhedslovsydelser gives efter hospitalsforløb i form af genoptræning. Modtagerne er både yngre og ældre, men med en overvægt af ældre, da denne gruppe står for en større andel af indlæggelserne.

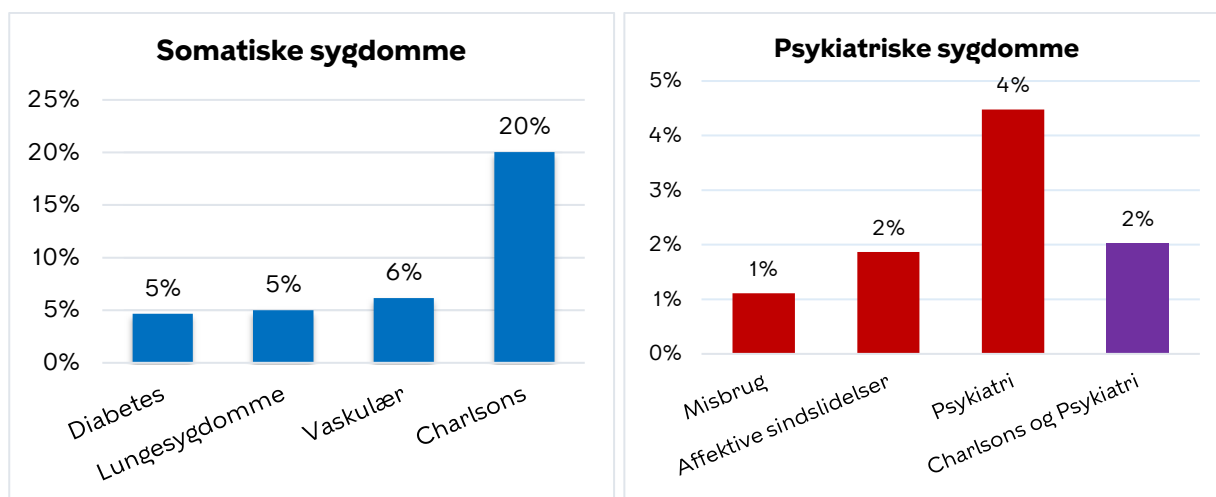
<sup>2</sup> De 19 sygdomme omfatter: blodprop i hjertet, hjertesvigt, perifer arteriesygdom, karsygdom i hjernen, demens, kronisk lungesygdom (herunder astma), bindevævssygdom, mavesår, diabetes, hemiplegi/paraplegi (halvsidig lammelse eller lammelser i ben og underkrop), nyresygdom, tumorer med eller uden metastaser, leukæmi, lymfekræft, kronisk leversygdom og hiv/aids. Se bl.a. Sundhedsdatastyrelsen (2018) Sygelighed og kontakt til sundhedsvæsenet, s. 37.

<sup>3</sup> Med og uden komplikationer.

<sup>4</sup> Blodprop i hjertet, perifer arteriesygdom/karsygdomme og karsygdom i hjernen lagt sammen.

Fire pct. af de 65-79-årige københavnere har de seneste fem år været diagnosticeret med en form for en psykiatrisk diagnose.<sup>5</sup> Af diagram 7 ses det også, at to pct. af borgerne har både en somatisk og psykiatrisk sygdom. Det skal bemærkes, at der for både de somatiske og psykiatriske sygdomme er tale om hospitalsregistrerede diagnoser. Der er derfor et mørketal for de borgere, der har lignende sundhedsudfordringer, hvor enten den almen praktiserende læge har stillet diagnosen, eller hvor der slet ikke er stillet en diagnose.

**Diagram 7. Somatiske og psykiatriske sygdomme de seneste fem år**



## 2. KLYNGEANALYSE - INDELING AF POPULATIONEN I KLYNGER MED FORSKELLIG SYGDOMS-, DEMOGRAFISK- OG SOCIO-ØKONOMISKPROFIL

I følgende afsnit udfoldes klyngeanalysen, hvor den overordnede beskrivelse af populationen fra den deskriptive analyse nuanceres ved at dele populationen op i statistisk identificerede klynger. Blandt de 65-79-årige københavnere kan der identificeres fire klynger. Figur 1 opsummerer de væsentligste karakteristika for hver klynge:

<sup>5</sup> Psykiatrisk diagnose dækker over alle diagnoser under ICD.-10s kapitel V (F00-F99): 1) Organiske psykiske lidelser, dvs. lidelser eller tilstande, der skyldes beskadigelse eller sygdom, der påvirker hjernens funktion (demens). 2) Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer. 3) Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide sindslidelser, akutte og forbigående psykotiske tilstande samt skizo-afektive sindslidelser 4) Affektive sindslidelser 5) Nervøse og stress-relaterede tilstande tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer 6) Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer 7) Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen 8) Mental retardering 9) Psykiske udviklingsforstyrrelser 10) Adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst, samt 11) ikke nærmere specificerede psykiske lidelser.



Figur 1. Overblik over de fire klynger

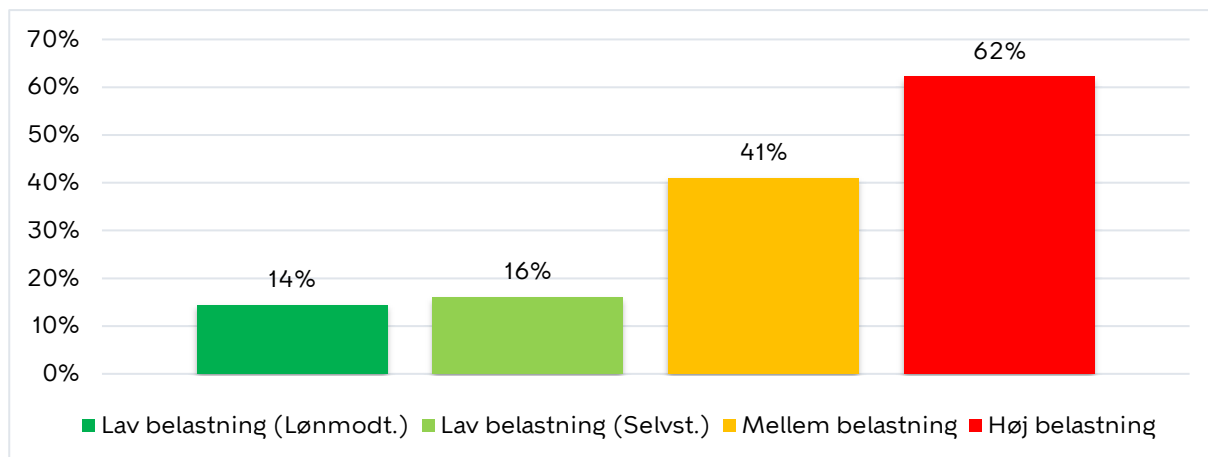


Som det fremgår af figuren, er der to klynger, der er kendetegnet ved at have ingen alvorlig sygdom eller plejebehov, mens de to andre klynger indeholder borgerne med højere forekomst af sygdom og plejebehov. Med klyngerne søger vi at blive klogere på, hvad der kendetegner københavnere, der allerede tidligt på vej ind i alderdommen, bliver syge og får et plejebehov (Mellem- og særligt Høj-belastningsklyngerne), mens andre i højere grad er raske og kan klare sig selv (Lav-belastningsklyngerne). Derudover kan klyngerne hjælpe os med at blive klogere på, hvorfor nogle borgere bliver mere syge og får et større plejebehov end andre med nogenlunde samme karakteristika ved at sammenligne Mellem-belastningsklyngen med Høj-belastningsklyngen. I det følgende uddybes beskrivelsen af de fire klynger - først med fokus på klyngernes karakteristika på sygdoms- og sundhedsvariable og derefter på socioøkonomiske og demografiske baggrundsvARIABLE.

## 2.1. Indlæggelser og lægemidler

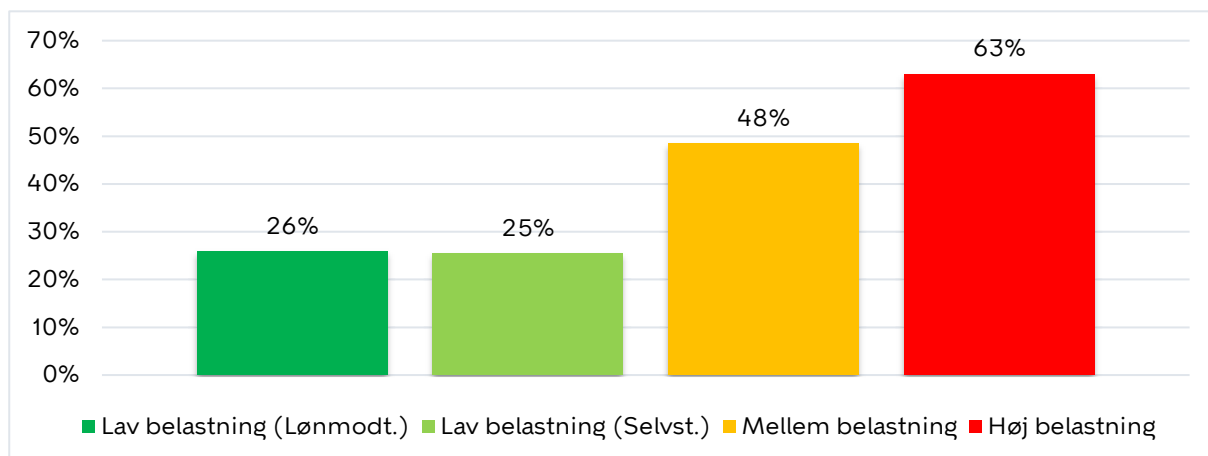
Mellem- og Høj belastningsklyngerne er kendetegnet ved at være mere sygdomsmæssigt belastet og har et større plejebehov. Det viser sig overordnet ved, at de i langt højere grad har haft en eller flere indlæggelser over de seneste fem år (diagram 8). Således har mere end seks ud af 10 i Høj-belastningsklyngen og lidt over fire ud af 10 i Mellem-belastningsklyngen været indlagt en eller flere gange indenfor de seneste fem år. Til sammenligning har 14-16 pct. af de to Lav-belastningsgrupper haft en eller flere indlæggelser.

**Diagram 8. Andele med indlæggelser indenfor de seneste fem år**



Forskellen i sygdomsbelastning viser sig også i andelen af polyfarmaci-borgere, dvs. borgere, der har modtaget fem eller flere lægemidler<sup>6</sup> inden for det seneste halve år. Sammenlignet med en fjerdedel i de to Lav-belastningsklynger, er det hhv. 41 pct. i Mellem-belastningsklyngen og 62 pct. i Høj-belastningsklyngen.

**Diagram 9. Andel borgere som har modtaget 5 eller flere lægemiddelpræparater**



<sup>6</sup> På ATC 4-niveau.

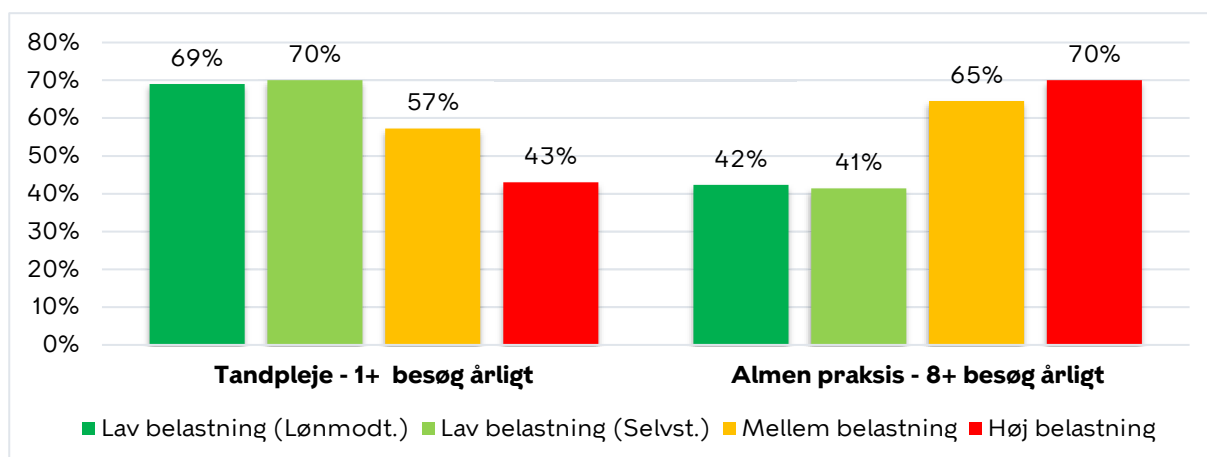
## 2.2. Besøg hos almen praksis og tandlægen

Høj- og Mellem-belastningsklyngerne går også i højere grad til lægen. 70 pct. og 65 pct. i hhv. Høj- og Mellem-belastningsklyngen har haft otte eller flere kontakter årligt, mens det kun gælder for omkring fire ud af 10 i de to Lav-belastningsklynger (diagram 10).

Til gengæld har Lav-belastningsklyngerne flere kontakter til tandplejen. Hvor omkring 70 pct. af borgerne i de to mindre belastede klynger har haft en eller flere årlige kontakter til tandplejen over de seneste fem år, gælder det for lidt over seks ud af 10 i Mellem-belastningsklyngen (57 pct.) og lidt over fire ud af 10 i Høj-belastningsklyngen (43 pct.).

Der er altså en omvendt sammenhæng mellem brugen af almen praksis og tandplejen, hvor de mindst belastede har færre lægebesøg, men går mere til tandlæge. En mulig forklaring kunne være, at borgeren i de mindst belastede klynger har bedre muligheder for opsøgende forebyggende adfærd, både økonomisk og ift. egenomsorg samt sundhedskompetencer.

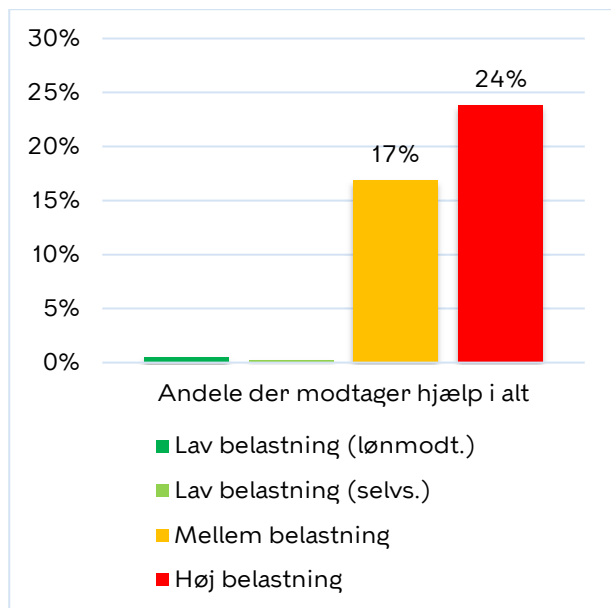
**Diagram 10. Brug af primær sektor de seneste fem år**



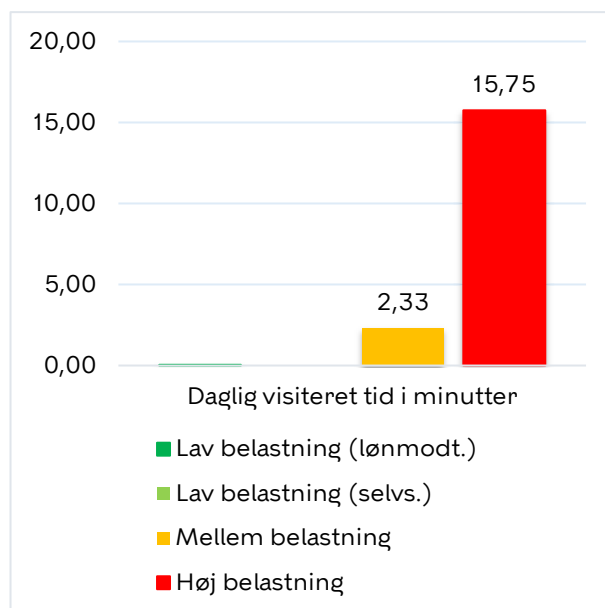
## 2.3. Plejebehov

Forskellen i belastningsgraden i de fire klynger ses også i deres plejebehov og hvor meget hjælp (personlig pleje, praktisk hjælp eller sygepleje), de modtager fra Københavns kommune. Hvor de to Lav-belastningsklynger nærmest ikke har modtaget hjælp de seneste fem år, har 17 pct. af Mellem-belastningsklyngen og 24 pct. af Høj-belastningsklyngen modtaget hjælp (diagram 11). Som det ses af diagram 12, bliver forskellen mellem de to gruppers plejebehov dog større, når der fokuseres på mængden - samlet visiteret tid pr. dag. I gennemsnit har borgerne i Høj-belastningsklyngen således modtaget knap 16 minutter pr. dag i gennemsnit, mens det kun er lidt over to minutter i gennemsnit i Mellem-belastningsklyngen.

**Diagram 12. Andele der modtager hjælp - personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje**



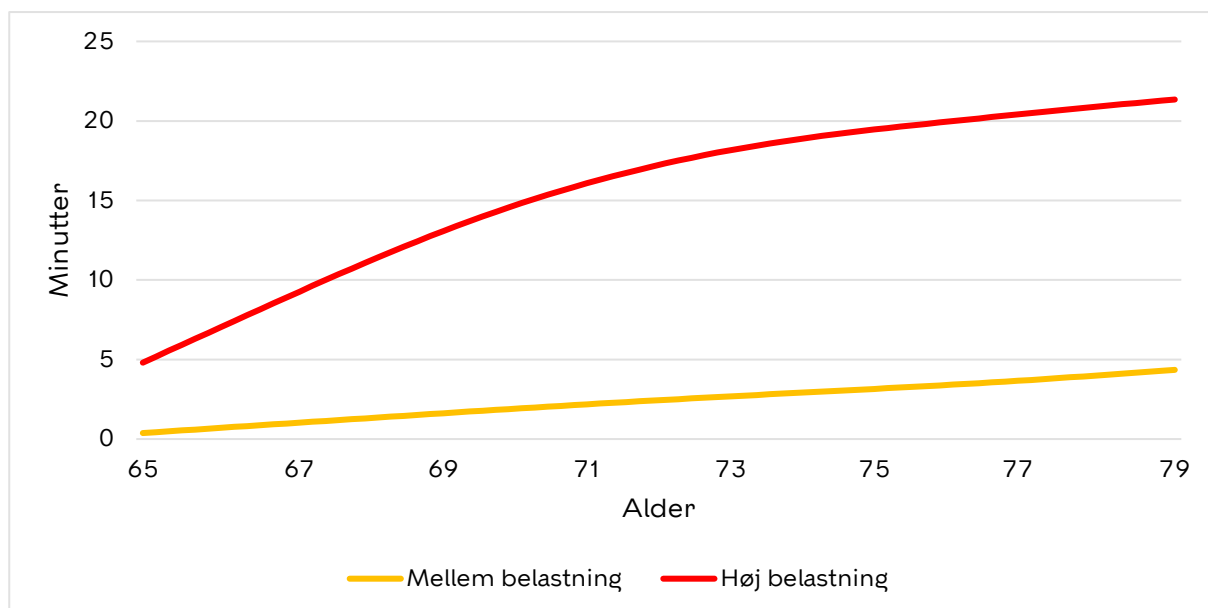
**Diagram 11. Gns. visiteret tid i minutter pr. dag**



På tværs af alder er der også variation inden for klyngerne ift. hvor meget tid de har fået visiteret til personlig pleje, praktisk hjælp eller sygepleje. Diagram 13 viser mængden af hjælp opdelt på alderstrin, hvor det ses, at plejebehovet er stigende med alderen for begge klynger, men med en langt højere stigningstakt for Høj-belastningsklyngen. Plejebehovet er fx i gennemsnit 9 minutter højere for de 79-årige end de 69-årige i Høj-belastningsklyngen. Diagrammet viser desuden, at plejebehov stiger mere med alderen for denne klynge end for Mellem-belastningsklyngen.

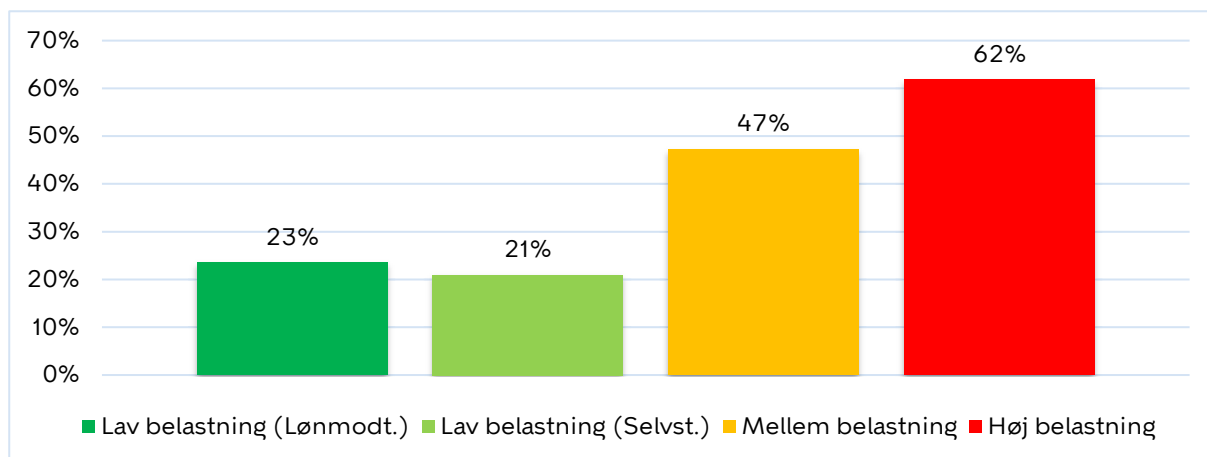
Det er samtidig i Høj-belastningsklyngen, at alle plejehjemsbeboerne er placeret. Lidt under hver fjerde af borgerne i klyngen bor på plejehjem.

**Diagram 13. Gns. dagligt visiteret tid i minutter**



En anden variabel, der udtrykker klyngernes belastningsgrad, er hvor stor en andel, der er visiteret til et SUF-forløb<sup>7</sup>, herunder genoptræning og rehabilitering (diagram 14). 62 pct. af borgerne i Høj-belastningsklyngen har deltaget i et forløb over de seneste fem år. I Mellem-belastningsklyngen er det knap halvdelen (47 pct.), mens det er hhv. 23 og 21 pct. blandt lønmodtagerne og de selvstændige i klyngerne med lav belastning.

**Diagram 14. SUF-ydelser de seneste fem år**



## 2.4. Sygdomstyper

De mange indlæggelser, det større plejebenhov og den højere andel, der deltager i genoptræningsforløb skal ses i sammenhæng med en langt højere sygdomsbyrde i Mellem- og særligt Høj-belastningsklyngen.

Diagram 15 viser, hvor stor en andel af borgerne i de fire klynger, der inden for de seneste fem år har været diagnosticeret med en række kroniske sygdomme og psykiatriske lidelser. Her ses det, at der i Høj-belastningsklyngen er en højere forekomst af alle de opgjorte sygdomme. Den højeste forekomst er inden for vaskulære sygdomme, hvor hver tredje i klyngen har haft en diagnose inden for de seneste fem år. I klyngen er der også den højeste forekomst af andre somatiske sygdomme, herunder diabetes, kræftsygdomme, demens, leversygdomme, og nyresygdomme hvor 11-14 pct. har haft diagnoserne inden for de seneste fem år. Der er også den højeste andel af borgere i Høj-belastningsgruppen, der har haft en psykiatrisk diagnose i perioden.

En lidt større andel af borgerne i Mellem-belastningsgruppen lider af gigt og lungesygdomme end i Høj-belastningsgruppen, men derudover er forekomsten af sygdomme væsentligt mindre end for Høj-belastningsklyngen, og der er hverken demens, leversygdom eller nyresygdomme blandt borgerne i klyngen.

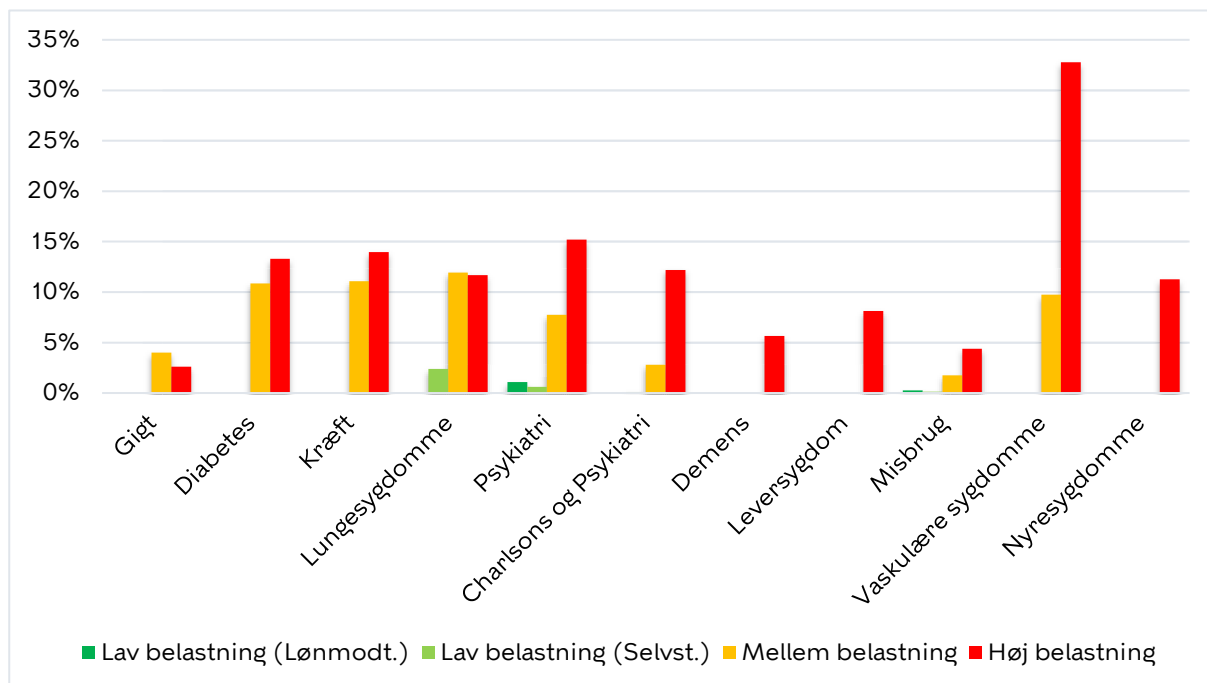
Endvidere ses det, at 12 pct. i Høj-belastningsklyngen og tre pct. i Mellem-belastningsklyngen over de seneste fem år har haft både en somatisk og psykiatrisk diagnose. Dvs. at over hver tiende i Høj-belastningsgruppen kan forventes at have en mere kompleks sygdomsprofil i form af et mix af somatisk og psykiatrisk relaterede udfordringer.

Med undtagelse af en lille forekomst af lungesygdomme blandt de selvstændige, og en meget lille forekomst af psykiatriske diagnoser og misbrugsproblematikker blandt de selvstændige og

<sup>7</sup> Sundheds- og/eller serviceloven.

lønmottagerne, har borgerne i de to Lav-belastningsklynger ikke haft nogle af de undersøgte hospitalssygdomme inden for de seneste fem år.

**Diagram 15. Diagnoser for alvorlige sygdomme de seneste fem år**



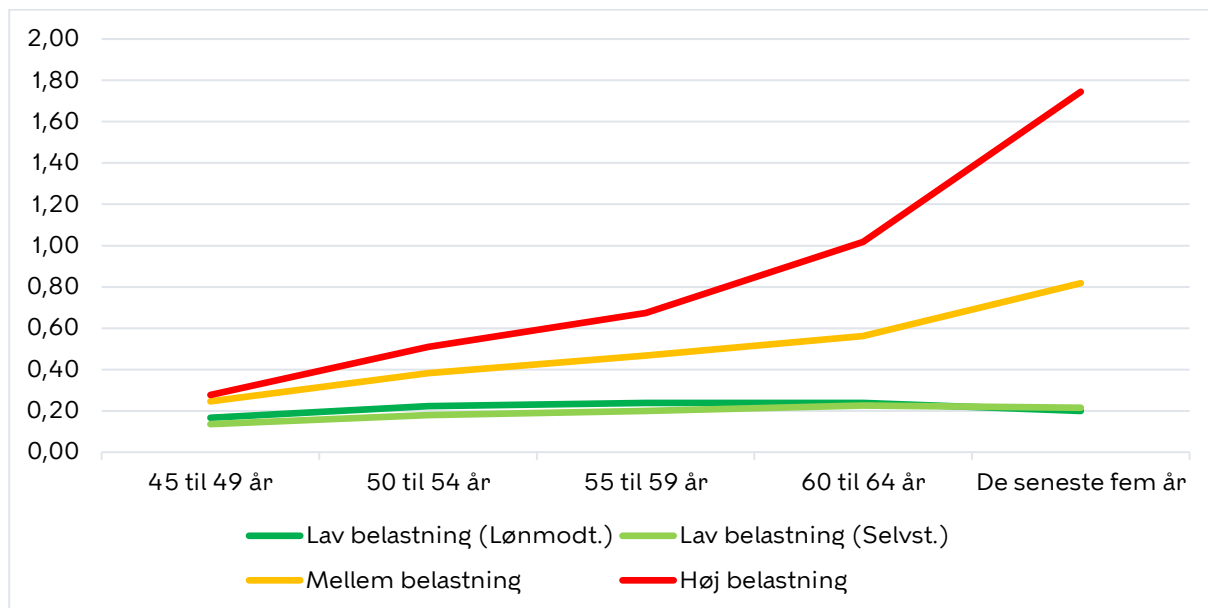
## 2.5. Klyngernes sygdomsbyrde over tid: hvornår starter forskellene?

I den følgende del af klyngeanalysen udarbejdes en analyse af klyngerne over tid på udvalgte variable. Analysen følger borgerne i femårsintervaller fra de var 45 år til de seneste fem år af deres liv (2017-2021), og der tages et gennemsnit for hvert interval. Således opnås viden om, hvornår i livet sundhedsproblematikker og plejebehov opstår på tværs af klyngerne, hvilket kan bidrage med viden om perspektiver for sundhedsfremme og forebyggelse.

Diagram 16 viser det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. borger i de fire klynger. Fra et lavt udgangspunkt på mellem 0,14-0,28 indlæggelser pr. borger i de fire klynger, stiger det markant for Mellem- og særligt Høj-belastningsklyngen til at have hhv. 0,8 og 1,7 indlæggelser pr. borger de seneste fem år med den største stigning efter borgerne er fyldt 65 år. Antallet af indlæggelser i de to klynger med lav belastning forbliver nogenlunde uændret med alderen.

Det er omtrent den samme udvikling, der ses i antallet af genindlæggelser og langtidsindlæggelser på tværs af de fire klynger.

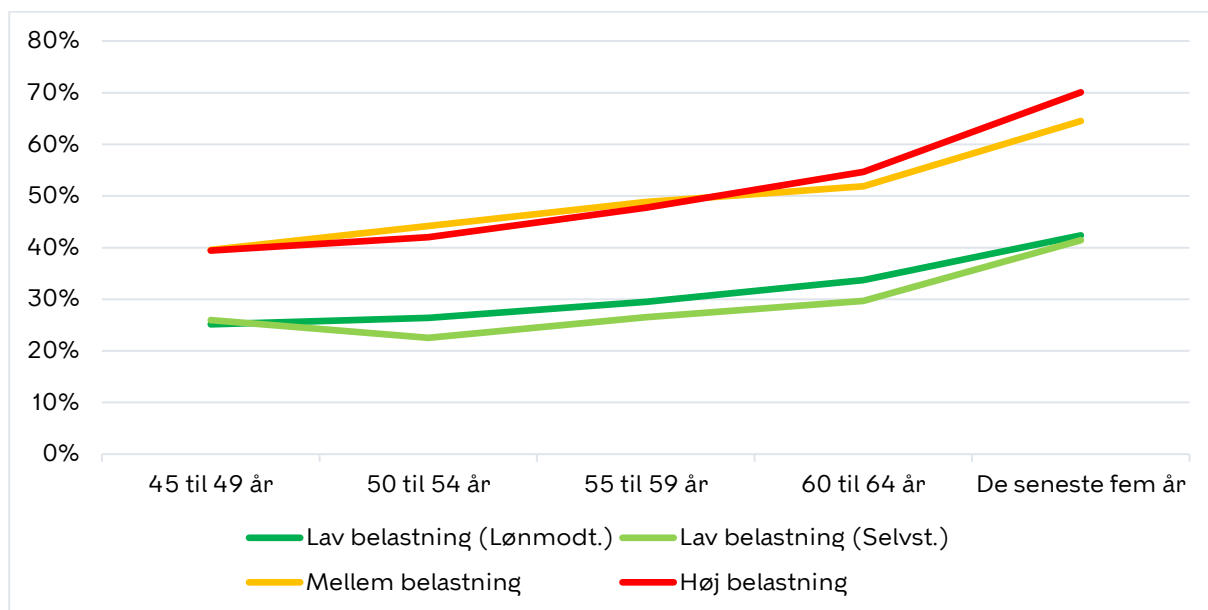
**Diagram 16. Gns. antal indlæggelser i femårsintervaller**



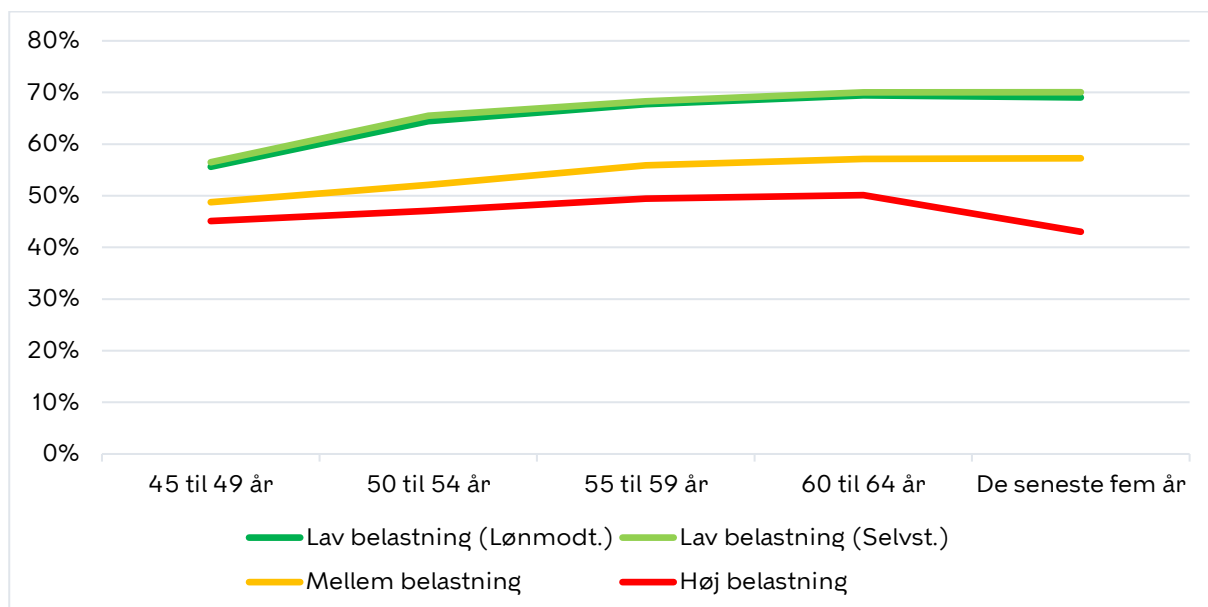
Forskellen mellem de to Lav-belastningsklynger og de belastede klynger er større tidligere i livet, når det kommer til andelen af borgerne, der har mange årlige kontakter til almen lægepraksis – hhv. 26 og 39 pct (diagram 17). Allerede tidligt i borgernes liv er der altså forskelle i sygdomsbelastning. Mens andelen stiger for alle fire klynger over årene, er stigningen størst for klyngen med høj belastning, hvor 70 pct. har haft otte eller flere årlige kontakter de seneste fem år. Til sammenligning er det kun 41 pct. af borgerne i de to Lav-belastningsklynger.

Diagram 17 og 18 viser, ligesom i tværsnitsanalysen, at der over borgernes liv også er en omvendt sammenhæng mellem borgernes generelle sundhedstilstand og om de går meget til lægen og tandlægen. Fra 45-årsalderen til i dag har en mindre andel af borgerne i Mellem- og særligt Høj-belastningsklyngerne mange årlige besøg hos tandlægen end de øvrige klynger. Behovet for tandpleje stiger med alderen, og derfor er det værd at bemærke, at andelen med en eller flere årlige kontakter til tandlægen faktisk falder med syv procentpoint når Høj-belastningsgruppen går fra 60-64 år til de seneste fem år. Det kan understøtte pointen om, at klyngen har dårligere sundhedsadfærd end de øvrige klynger, hvor andelen er stigende med alderen.

**Diagram 17. Andele med 8 eller flere årlige kontakter til almen lægepraksis i femårsintervaller**



**Diagram 18. Andele med 4 eller flere besøg hos tandpleje i femårsintervaller**



Når det kommer til genoptræningsforløb i SUF træder forskellen mellem klyngerne særligt frem, efter borgerne er fyldt 60 år og særligt de seneste fem år (diagram 19). Fra at mellem to og fem pct. af borgerne i de fire klynger er i SUF-forløb i 55-59 årsalderen, er det de seneste fem år 62 pct. af borgeren i Høj-belastningsklyngen, og kun 21-23 pct. i de to Lav-belastningsklynger.



**Diagram 19. Andele der modtager SUF-forløb (sundhedsloven og serviceloven) i femårsintervaller**

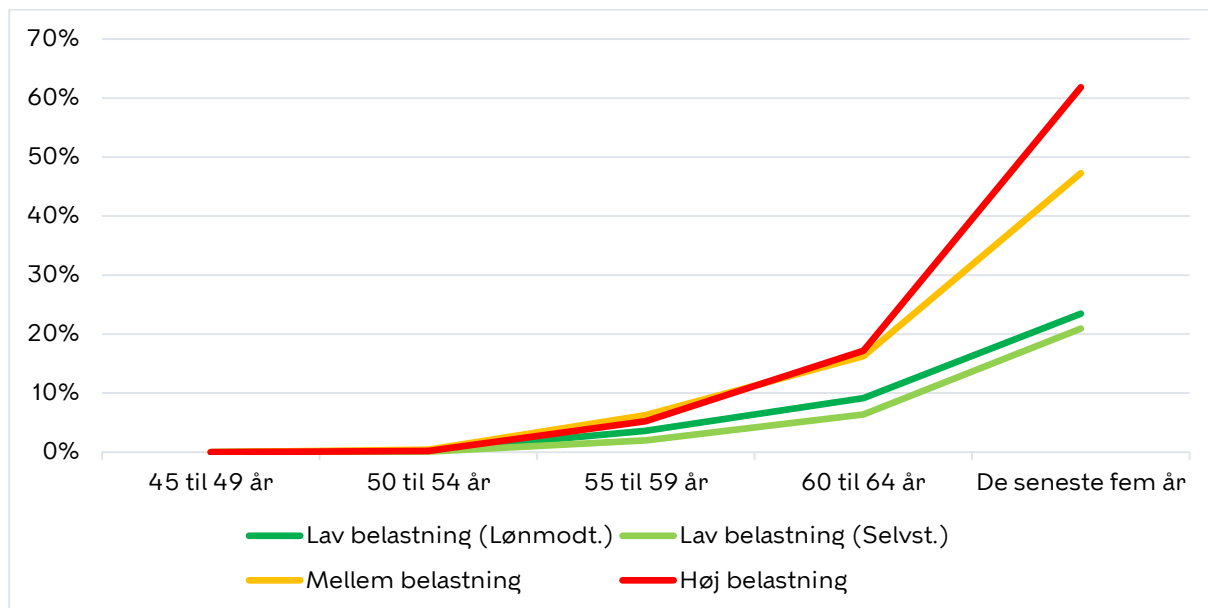
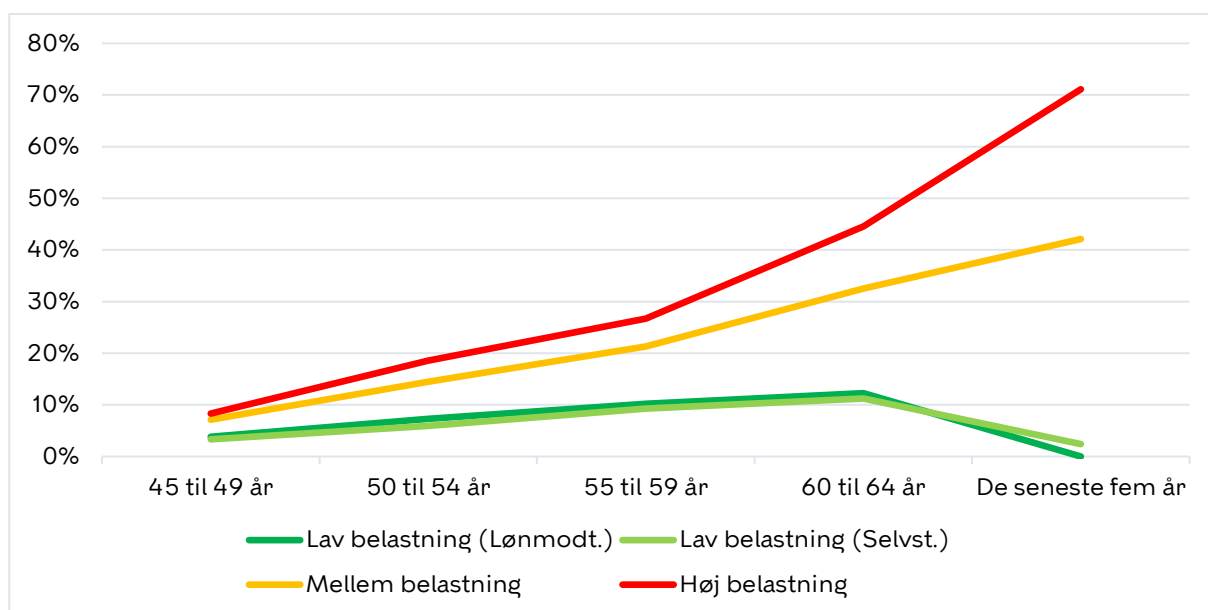


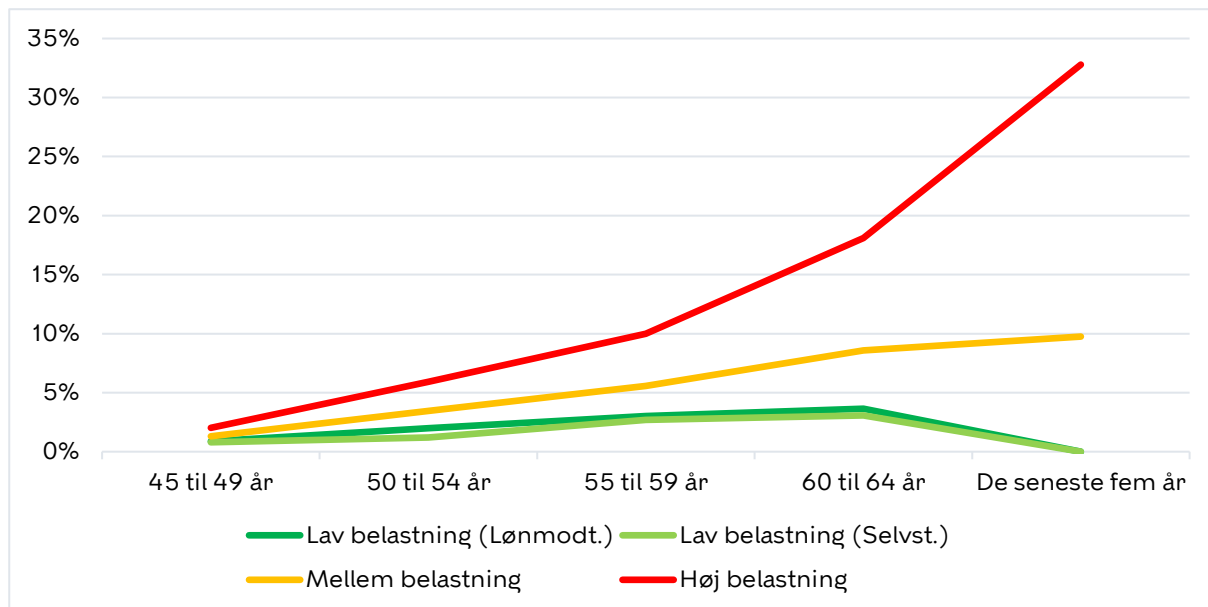
Diagram 20 viser udviklingen i andelen af borgere, der i hvert femårsinterval har haft en hospitalskontakt med en diagnose indenfor de 19 gængs anvendte diagnosegrupper i Charlsons komorbiditetsindeks (CCI).<sup>8</sup> Fra at have nogenlunde samme andel af borgere med en hospitalskomorbiditet i de fire klynger ved 45-49-årsalderen, stiger andelen væsentlig mere omkring 55-59-årsalderen for de to mest belastede klynger og spændet fortsætter med at vokse til i dag. Det er nogenlunde det samme billede, der ses, når der zoomes ind på de vaskulære sygdomme og lungesygdomme (diagram 21 og 22). For diabetes starter den voksende forskel i andelene med sygdommen allerede ved 50-54-årsalderen (diagram 23).

**Diagram 20. Andele med mindst en hospitalskomorbiditet (CCI) i femårsintervaller**

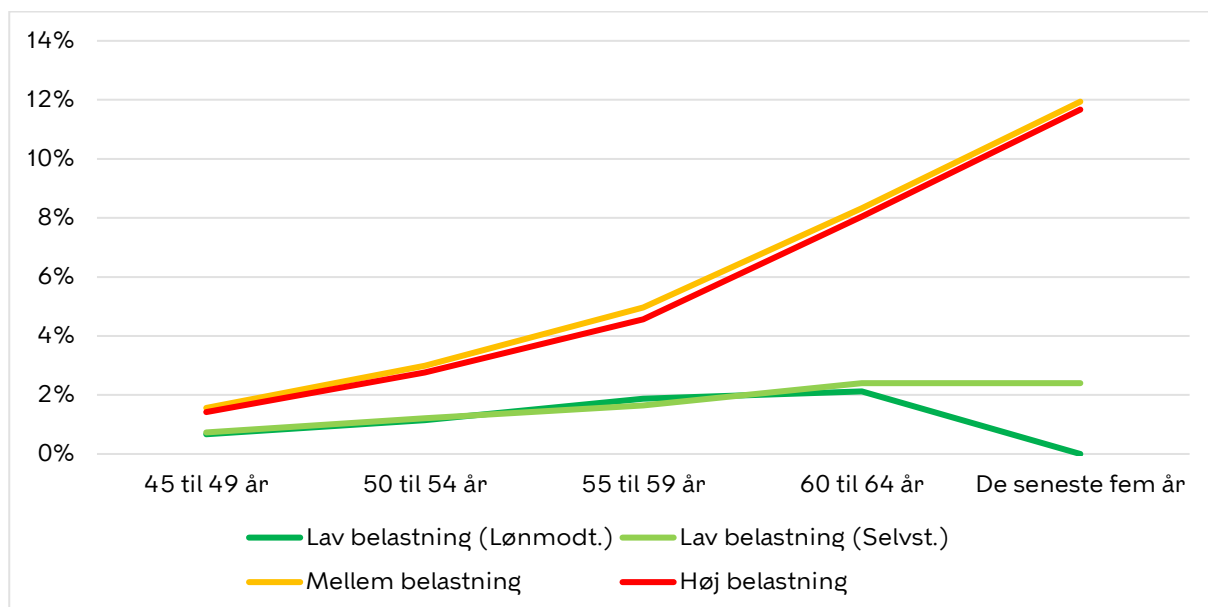


<sup>8</sup> Sundhedsdatastyrelsen (2018) Sygelighed og kontakt til sundhedsvæsenet, s. 37

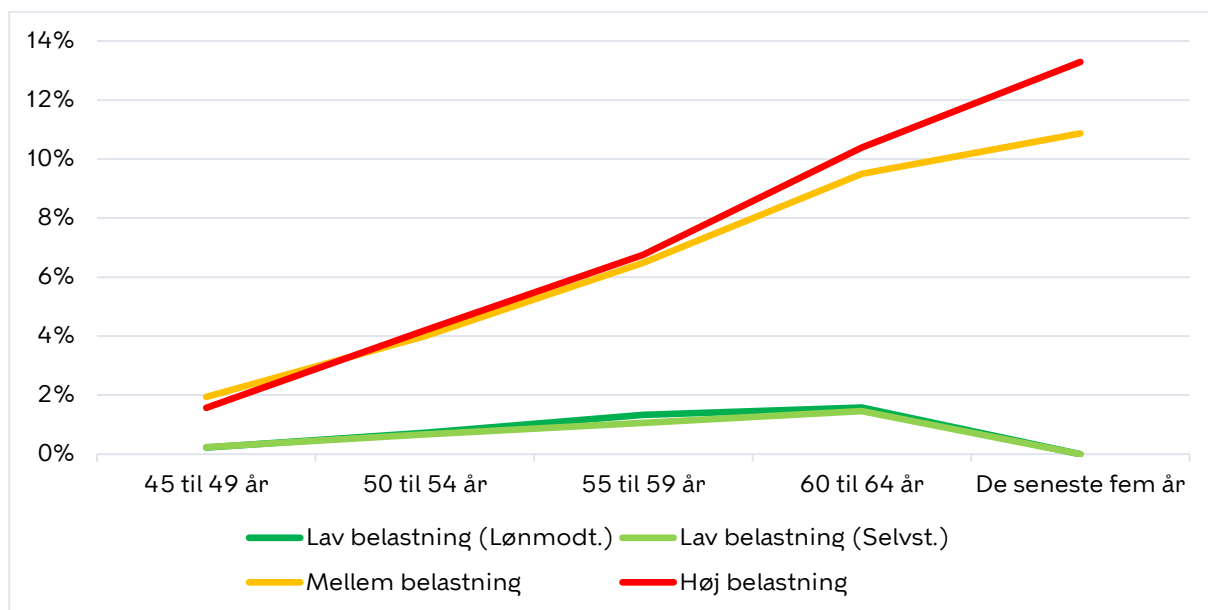
**Diagram 21. Andele med vaskulære sygdomme i femårsintervaller**



**Diagram 22. Andele med lungesygdomme i femårsintervaller**

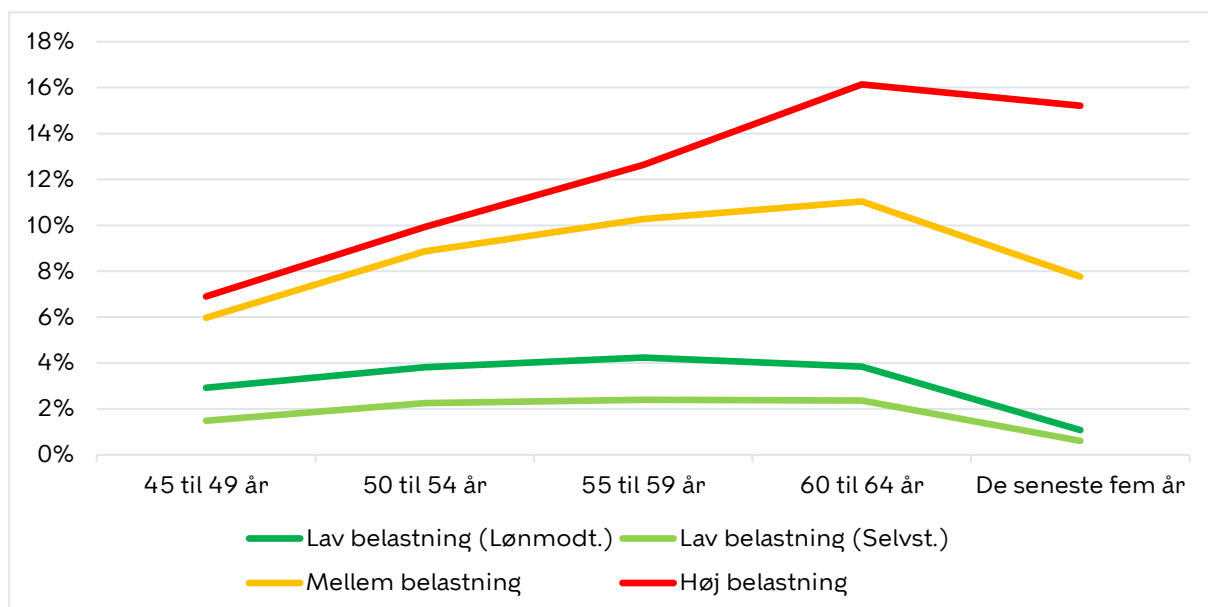


**Diagram 23. Andele med diabetes i femårsintervaller**



Der ses nogenlunde samme udvikling i forekomsten af de psykiatriske diagnoser som for de somatiske sygdomme (diagram 24). Udgangspunktet for Mellem- og Høj-belastningsklyngerne er nogenlunde ens, men omkring 50-54-årsalderen frem til 60-64-årsalderen stiger andelen i højere grad for den mest belastede klynge til 16 pct. mens det er 11 pct. i Mellem-belastningsklyngen og kun 2-4 pct. i de to Lav-belastningsklynger. De seneste fem år er andelen med en psykiatrisk diagnose faldet for alle klyngerne.

**Diagram 24. Andele med psykiatrisk diagnose i femårsintervaller**



Diagrammerne viser en udvikling over tid, hvor andelen i Høj- og Mellem-belastningsklyngerne, der har kontakt til hospitalsvæsenet, primær sektor samt brug af SUF-ydelser, stiger mere end andelen i de to klynger med lav belastning. Det samme billede gør sig gældende ift. forekomsten af en række somatiske og psykiatriske sygdomme, hvor andelen med en diagnose stiger mere med alderen hos de belastede klynger end den gør i de to Lav-belastningsklynger.

I et politisk forebyggelsesperspektiv er det interessant hvor tidligt forskellene imellem klyngerne starter. Mens Sundheds- og Omsorgsforvaltningen møder borgerne fra omkring 60-64 årsalderen er det allerede tidligere, og ofte ved 50-54-årsalderen, at nogle borgere bliver diagnosticeret med kroniske somatiske og psykiatriske sygdomme, mens andre forholder sig raske. Forskellen i antal lægebesøg allerede ved 45-49 årsalderen vidner dog om, at de mest belastede klynger allerede tidligere har flere sygdomsudfordringer end de to klynger med lav belastning.

Det tyder på, at det i forebyggelsesøjemed kan være en god idé at rette et fokus på borgerne tidligere i deres liv end når de begynder at få brug for genoptrænings- og rehabiliteringsforløb og senere hen hjemmehjælp og plejebolig. Resultaterne peger imidlertid også på den store kompleksitet og tværsektorielle perspektiv i forebyggelse, der netop kommer af at forskelle starter tidligt og er korreleret med en lang række øvrige karakteristika for uddannelse, erhverv, bopæl, køn og samliv. I det følgende afsnit beskrives klyngerne på disse socioøkonomiske og demografiske variable.

## **2.6. Køn, alder og samliv i klyngerne**

Aldersforskellen er ikke betydelig i de fire klynger, dvs. det er ikke forskelle i alder, der driver forskellene i sygdomsbyrde. Aldersgennemsnittet i Høj-belastningsklyngen er lidt over 72 år, mens den i Mellem-belastningsklyngen er lidt under 72 år og i de to Lav-belastningsklynger er ca. 71 år.

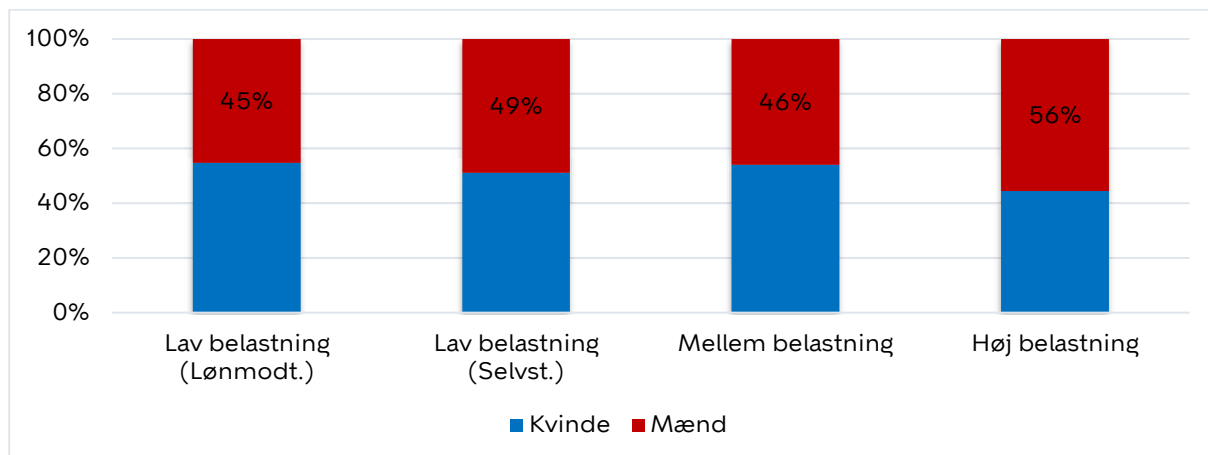
Høj-belastningsklyngen får gennemsnitligt behov for pleje omkring et år tidligere end Mellem-belastningsklyngen – hhv. som 69- og 70-årig. Der er altså andre faktorer end alder, der har betydning for, at borgerne i Høj-belastningsklyngen får behov for pleje tidligere.

Klyngen med høj belastning, har som den eneste klynge, en overvægt af mænd (diagram 25). Det stemmer altså godt overens med vores viden om mænds dårligere sundhed. Mænds middellevetid er fx ca. 4 år kortere end kvinders, og de rammes i større grad af kronisk sygdom og har en overdødelighed af stort set alle diagnoser.<sup>9</sup>

---

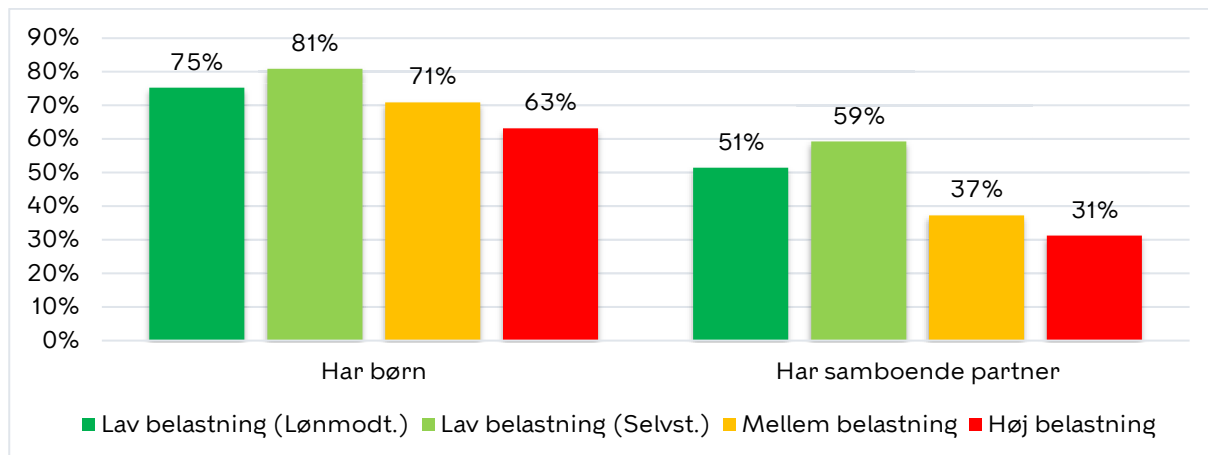
<sup>9</sup> Region Hovedstaden - Mænd er bagud når det gælder sundhed - og det bidrager til ulighed: [Mænd er bagud når det gælder sundhed - og det bidrager til ulighed \(regionh.dk\)](https://regionh.dk)

**Diagram 25. Kønsfordeling**



Et andet tema, der i litteraturen identificeres som vigtig ift. sundhed, er hvorvidt man har mennesker i sit liv, der betyder noget for en, og at man ikke føler sig ensom.<sup>10</sup> Her er det værd at bemærke, at andelen af borgere med børn og en samboende partner er lavere i de to mest belastede klynger (diagram 26). Forskellen er særligt stor ift. om man har en samboende partner, hvor procentdelen med en samboende partner er væsentligt højere i Lav-belastningsklyngerne end de to mest belastede klynger og særligt den mest belastede klynge, hvor procentdelen er 20-30 procentpoint lavere end for de to Lav-belastningsklynger.

**Diagram 26. Familiesituation**



<sup>10</sup> Se bl.a. Sundhedsstyrelsen (2015) forebyggelse på ældreområdet, s. 162ff.

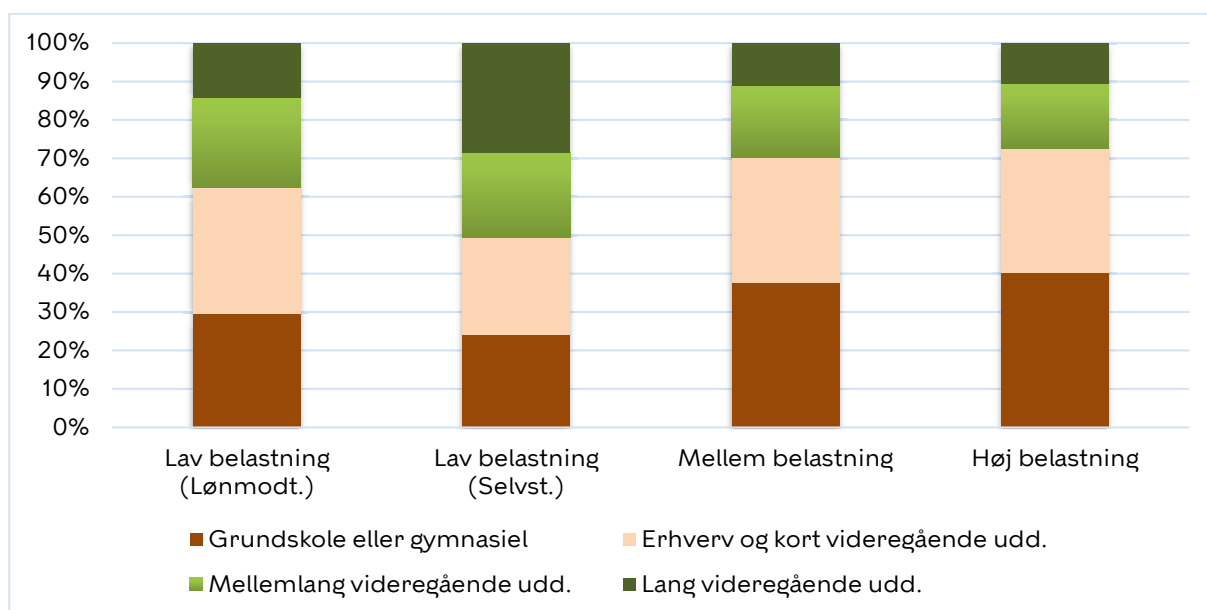
## 2.7. Uddannelse, erhverv og indkomst

Der er også stor forskel på klyngernes karakteristika på socioøkonomiske variable som uddannelse, indkomst og arbejdsmæssige status, som litteraturen har vist påvirker den enkeltes sundhed og helbred.

Diagram 27 viser hvor stor en andel indenfor hver klynge, der som højeste fuldførte uddannelse har en 1) grundskole eller gymnasial uddannelse, 2) erhvervsuddannelse eller kort videregående uddannelse, 3) mellemlang videregående uddannelse, eller 4) lang videregående uddannelse. Af diagrammet ses det, at de to mest belastede klynger har den største andel af borgere med de kortere uddannelser som højest fuldførte uddannelse og den laveste andel af borgere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse. Eksempelvis har 40 pct. af borgerne i Høj-belastningsklyngen grundskolen eller gymnasiet som deres højest fuldførte uddannelse, mens det for Lav-belastningsklyngerne af selvstændige og lønmodtagere er hhv. 24 og 30 pct. Omvendt har knap tre ud af 10 blandt de selvstændige en langvideregående uddannelse, mens det blot er omkring hver tiende af borgerne i Mellem- og Høj-belastningsklyngerne.

Derudover kan det bemærkes, at der er en lille forskel i uddannelsesniveaet i Mellem- og Høj-belastningsklyngerne, hvor andelen med en mellemlang og lang videregående uddannelse er et par procentpoint højere i Mellem-belastningsklyngen.

**Diagram 27. Højest fuldførte uddannelse**

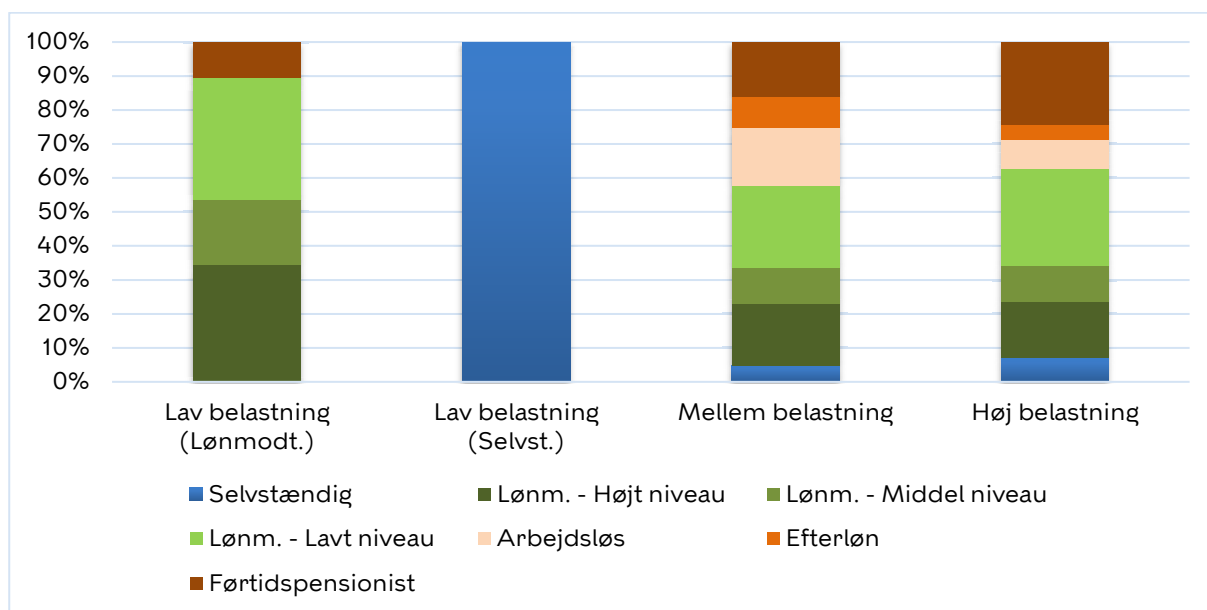


De fire klynger adskiller sig også væsentlig ift. indkomstniveau og borgernes arbejdsmæssige status lige inden de forlod arbejdsmarkedet - dvs. da de var mellem 60-64 år. Her fokuseres kun på arbejdsmæssig status, der er nemmere at analysere på og desuden er en god proxy for indkomstniveau. Den mest homogene gruppe er de selvstændige med lav belastning, der udelukkende består af borgere, der var selvstændige inden de forlod arbejdsmarkedet (diagram 28). Dernæst kommer lønmodtagerklyngen med lav belastning, der består af over 90 pct. lønmodtagere på hhv. højt, mellem og lavt niveau, og derudover har 10 pct. der var på førtidspension i størstedelen af perioden som 60-64-årige.

Som det fremgår af diagrammet, er Mellem- og Høj-belastningsklyngerne ret sammenlignelige ift. arbejdsmæssig status, og har alle kategorierne repræsenteret. Sammenlignet med Lav-belastningsklyngen af lønmodtagere har de to klynger en lidt større repræsentation af lønmodtagere på lavt niveau, og en mindre repræsentation af lønmodtagere på højt niveau. Den største forskel på de to belastede klynger er, at andelen af borgere på førtidspension er størst for Høj-belastningsklyngen, mens forekomsten af borgere, der var arbejdsløse eller på efterløn inden de forlod arbejdsmarkedet er større for Mellem-belastningsklyngen.

I overensstemmelse med den eksisterende litteratur, er der i analyserne tegn på, at uddannelsesniveau og arbejdsmæssig status har betydning for den enkeltes sundhed og helbred.

**Diagram 28. Arbejdsmæssig status op til pensionsalder (60-64 år)**



## 2.8. Risikofaktorer

I det følgende afsnit suppleres klyngeanalysen med Sundhedsprofil-data for de 65-79-årige borgere, der har besvaret Sundhedsprofilen i 2017 og/eller 2021. Det giver mulighed for at undersøge borgernes risikofaktorer og sundhedsadfærd nærmere, hvilket er noget af det, der findes begrænset registerdata for.

Det skal bemærkes, at Sundhedsprofil-data er mangelfuldt, og der kun er mellem 6,5 og 9,3 pct. af borgerne i de identificerede klynger, der har deltaget og besvaret spørgeskemaet. Det tilføjer en grad af usikkerhed til resultaterne, hvorfor der rapporteres på konfidensintervaller og statistisk signifikans for at vurdere, hvorvidt det er sandsynligt, at klyngerne adskiller sig fra hinanden på de enkelte risikofaktorer.<sup>11</sup>

Den lave svarprocent kan også give større problemer ift. repræsentativitet, da særlige borgertyper er mere eller mindre tilbøjelige til at besvare sådanne undersøgelser. Fx er svarprocenten lavere

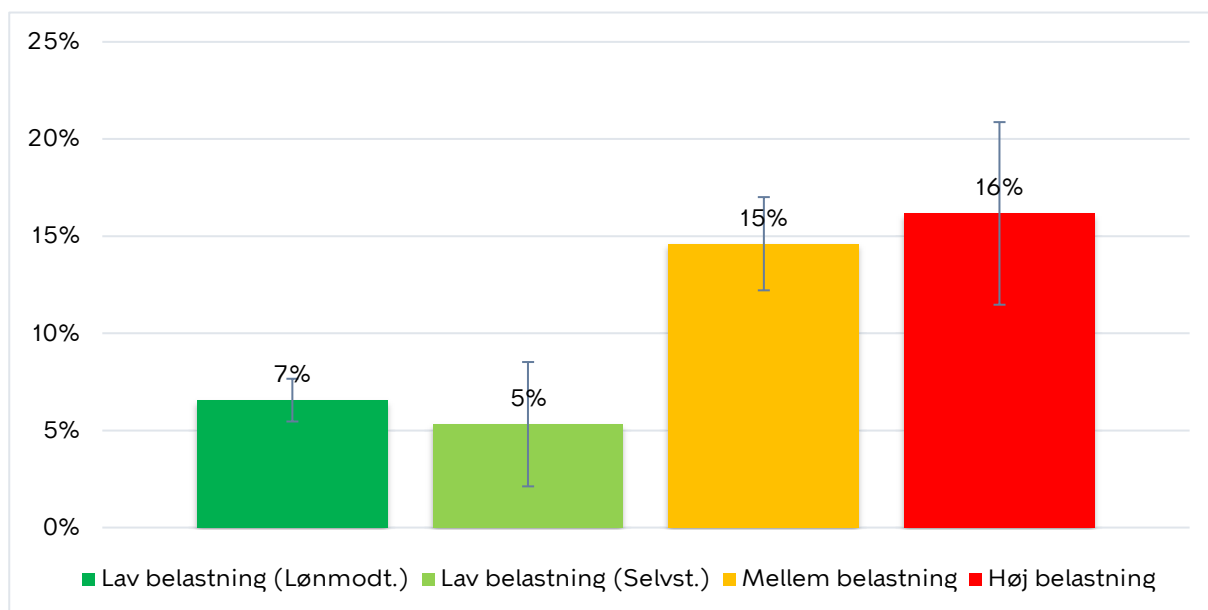
<sup>11</sup> Variationen på størrelsen på konfidensintervallet (stregerne i de følgende diagrammer) er udtryk for forskellen i antal borgere i klyngerne. Der er færrest borgere i Høj-belastningsklyngen og Lav-belastningsklyngen af selvstændige, hvorfor usikkerheden og dermed konfidensintervallet vil være større.

for de 65-79-årige borgere, der var førtidspensionister inden de forlod arbejdsmarkedet, samt for borgere med en psykiatrisk diagnose.

På trods af disse metodiske fejlkilder kan inddragelse af Sundhedsprofil-data dog bruges til at identificere tendenser i klyngernes risikofaktorer og sundhedsadfærd, samt give viden om forebyggelsesperspektivet i klyngerne.

Diagram 29 viser, at der er 15 og 16 pct. i hhv. Mellem- og Høj-belastningsklyngen, der scorer lavt på den mentale helbredsskala, SF-12.<sup>12</sup> Det er en statistisk signifikant større andel sammenlignet med de 5-7 pct. med en lav score i de to lavbelastningsklynger, hvilket ses ved, at der ikke er noget overlap mellem konfidensintervallerne mellem lavbelastningsklyngerne på den ene side og i Mellem- og Høj-belastningsklyngen på den anden.

**Diagram 29. Andele med lav score på den mentale helbredsskala (SF12)**



Af diagram 30 ses det, at der er en signifikant større andel af de 65-79-årige københavnere med tegn på ensomhed i de to mest belastede klynger.<sup>13</sup> Det drejer sig om 9-10 pct. sammenlignet med 2-4 pct. i lavbelastningsklyngerne.

<sup>12</sup> SF-12 består af i alt 12 spørgsmål og belyser en persons helbredstilstand inden for de seneste fire uger. Der beregnes en samlet score for to generelle helbredskomponenter – en fysisk helbredskomponent og en mental. I dette notat anvendes kun den mentale helbredskomponent. En lav score er defineret ved de 10 % med den laveste score, svarende til en score på 35,76 eller derunder.

<sup>13</sup> Tegn på ensomhed er målt med indekset Three-Item Loneliness Scale (T-ILS). Besvarelserne dækker over, hvor ofte man henholdsvis 1) føler sig isoleret fra andre, 2) savner nogle at være sammen med og 3) føler sig udenfor.



**Diagram 30. Andele med tegn på ensomhed (T-ILS)**

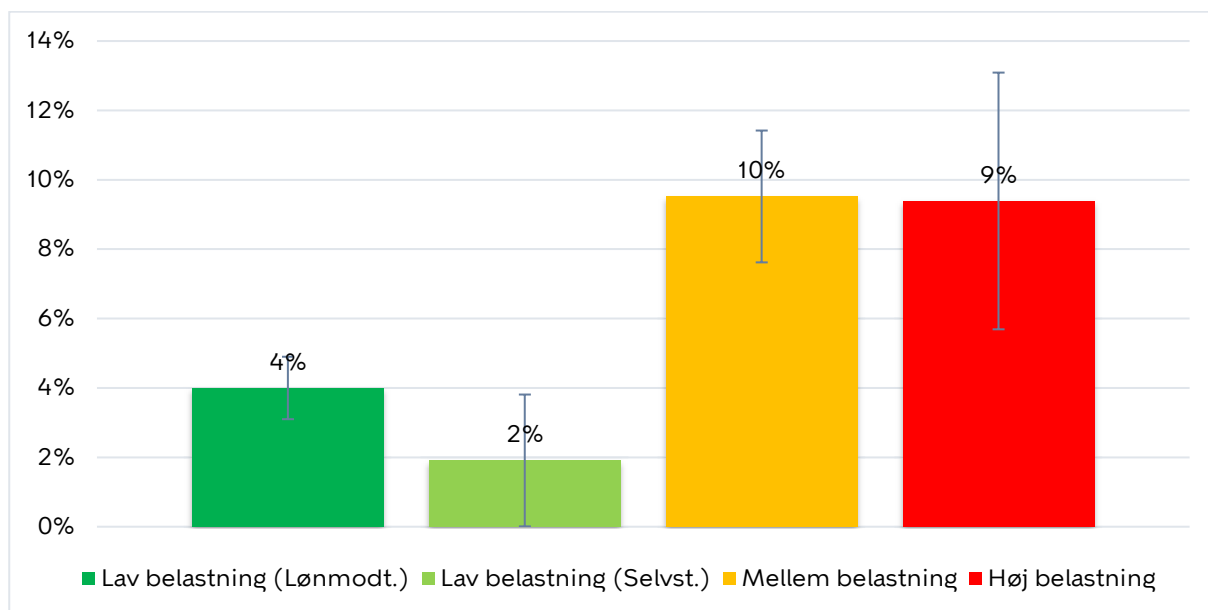


Diagram 31 viser andelen af borgere i klyngerne, der har et problematisk alkoholforbrug.<sup>14</sup> Andelen adskiller sig ikke for de to mest belastede klynger og de lavt belastede lønmodtagere, hvor knap en fjerdedel af borgerne har et problematisk alkoholforbrug (23-24 pct.). Derimod er der en signifikant større andel af borgere blandt de lavt belastede selvstændige, hvor 36 pct. har et problematisk alkoholforbrug.

**Diagram 31. Tegn på problematisk alkoholforbrug (Cage-C)**

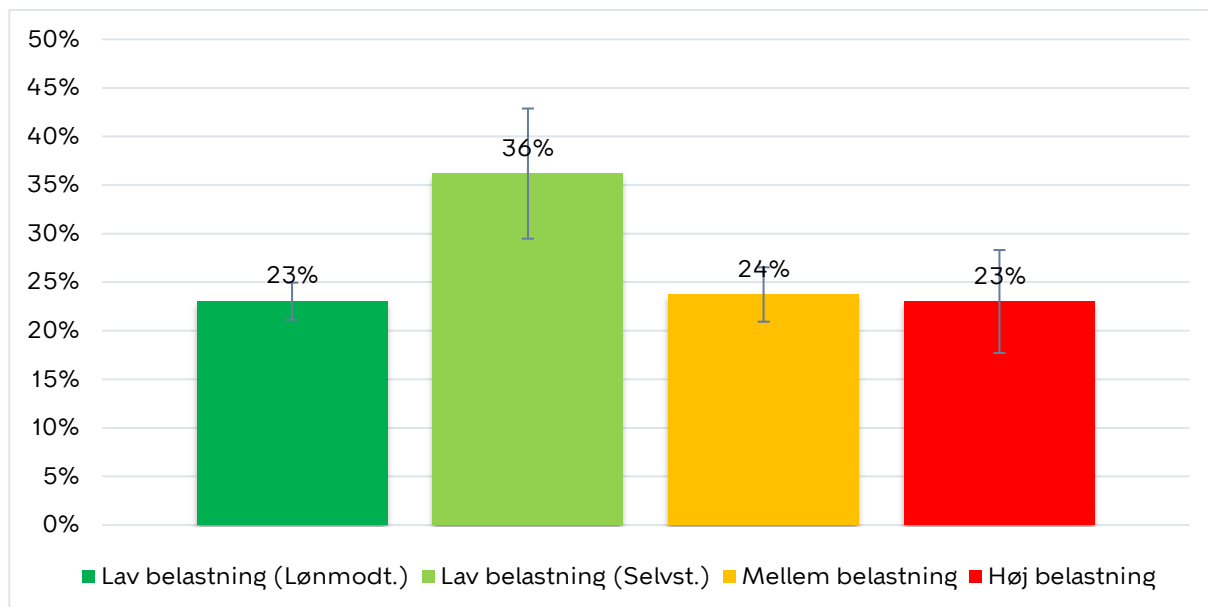
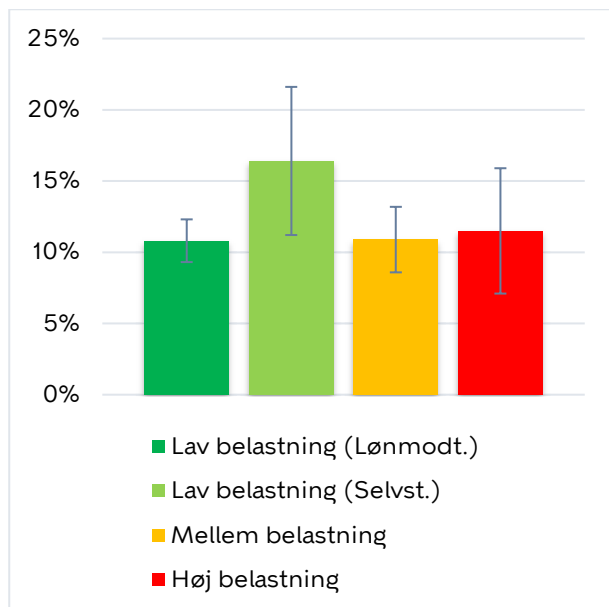


Diagram 32 viser, at der er en tendens til, at der også blandt de lavt belastede selvstændige er en større andel, der ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug. Forskellen mellem klyngernes andele er dog ikke signifikant. Der ses desuden en tendens til, at en større andel af borgerne i de mest

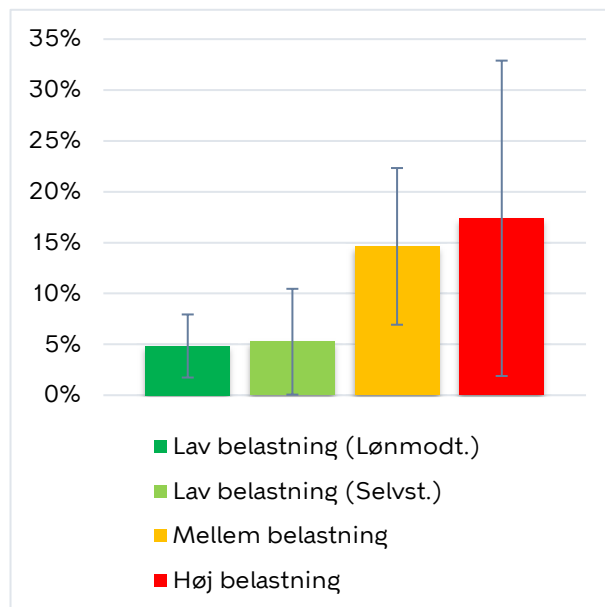
<sup>14</sup> Målt ved Cage-C, der er et screeningsinstrument bestående af seks spørgsmål. Man regnes for at have et problematisk alkoholforbrug ved positivt svar på to eller flere af de seks spørgsmål.

belastede klynger ønsker at modtage støtte og hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug. Denne forskel er dog heller ikke signifikant (diagram 33).

**Diagram 33. Andel der ønsker at nedsætte alkoholforbrug**

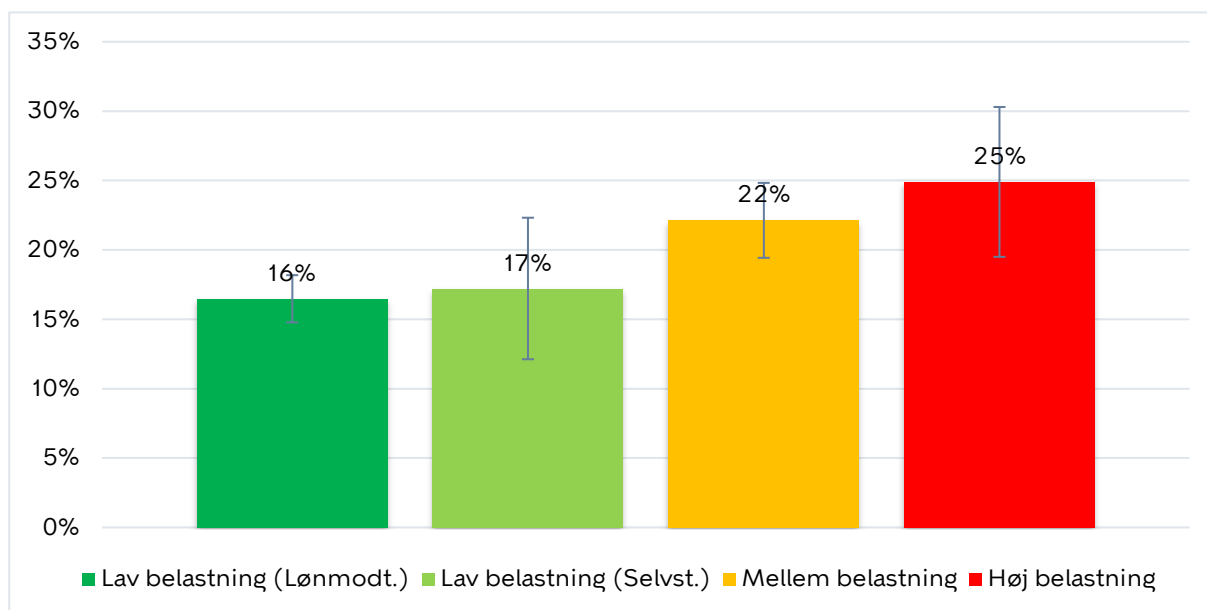


**Diagram 32. Andel der gerne vil have støtte og hjælp til at nedsætte sit alkoholforbrug**



Af diagram 34 ses det, at andelen af rygere er højest for mellem- og højbelastningsklyngen, hvor hhv. 22 og 25 pct. af borgerne ryger dagligt. Det er en signifikant højere andel end blandt de lavt belastede lønmodtagere, hvor det gælder 16 pct. af borgerne. Det er også højere end for de selvstændige, hvor 17 pct. er daglige rygere, men forskellen er ikke signifikant.

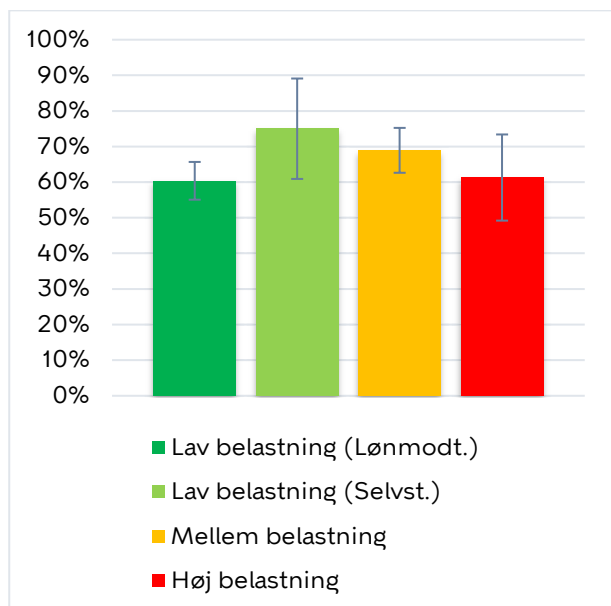
**Diagram 34. Andele daglige rygere**



På tværs af de fire klynger, er der en klar overvægt af daglige rygere, der ønsker at stoppe med at ryge (diagram 35). Den højeste andel er i Lav-belastningsklyngen af selvstændige, hvor 75 pct. af rygerne ønsker at stoppe, mens det blandt borgerne i Høj-belastningsklyngen og Lav-

belastningsklyngen af lønmodtagere er 60-61 pct. Pga. for stor usikkerhed i estimerterne er forskellen på andelen dog ikke signifikant. Der er heller ikke en signifikant forskel i andelen, der gerne vil have støtte og hjælp til at stoppe med at ryge (diagram 36). Dog er der en tendens til, at flere af rygerne i Mellem- og Høj-belastningsklyngen ønsker hjælp til at nå deres mål.

**Diagram 36. Andele der ønsker at stoppe med at ryge**



**Diagram 35. Andele der gerne vil have støtte og hjælp til at stoppe med at ryge**

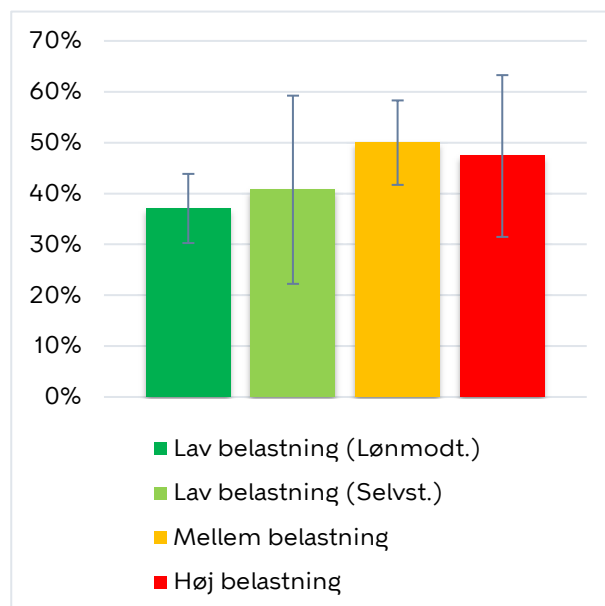


Diagram 37. viser, at der er en klar tendens til, at andelen af svært overvægtige er højest for de to mest belastede klynger. Således er hhv. 21 og 22 pct. af borgerne i Mellem- og Høj-belastningsklyngen svært overvægtige. Det er signifikant højere andele end blandt de lavt belastede lønmodtagere, hvor 15 pct. er svært overvægtige. Andelen er også højere end for de lavt belastede selvstændige, hvor 16 pct. er svært overvægtige, men forskellen er ikke signifikant.

**Diagram 37. Andele med svær overvægt (BMI 30+)**

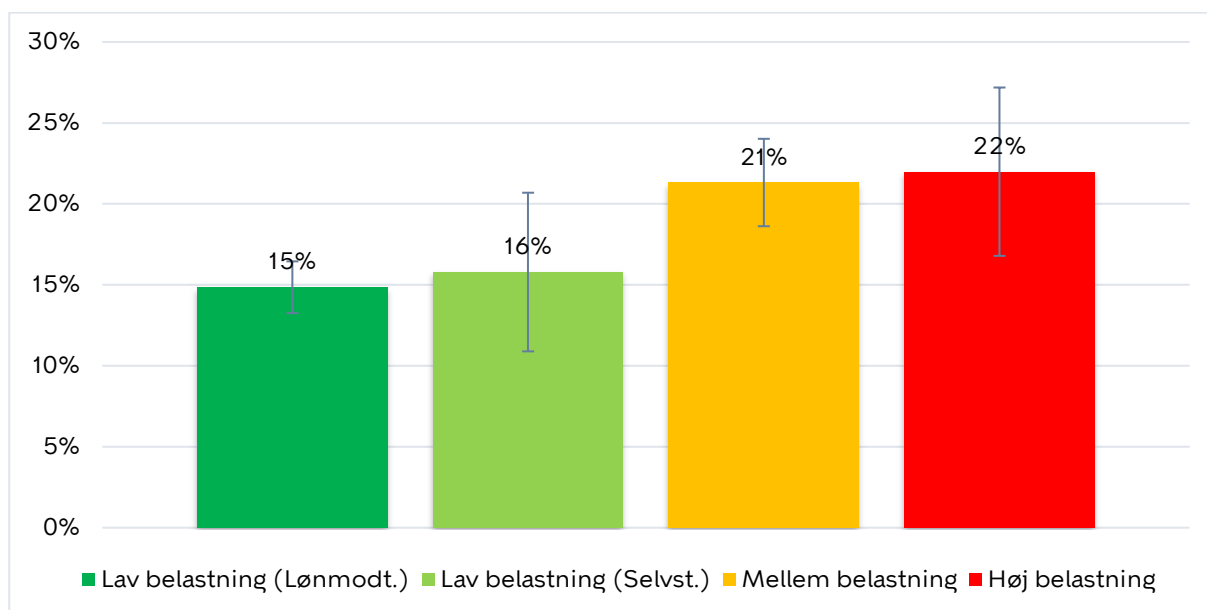
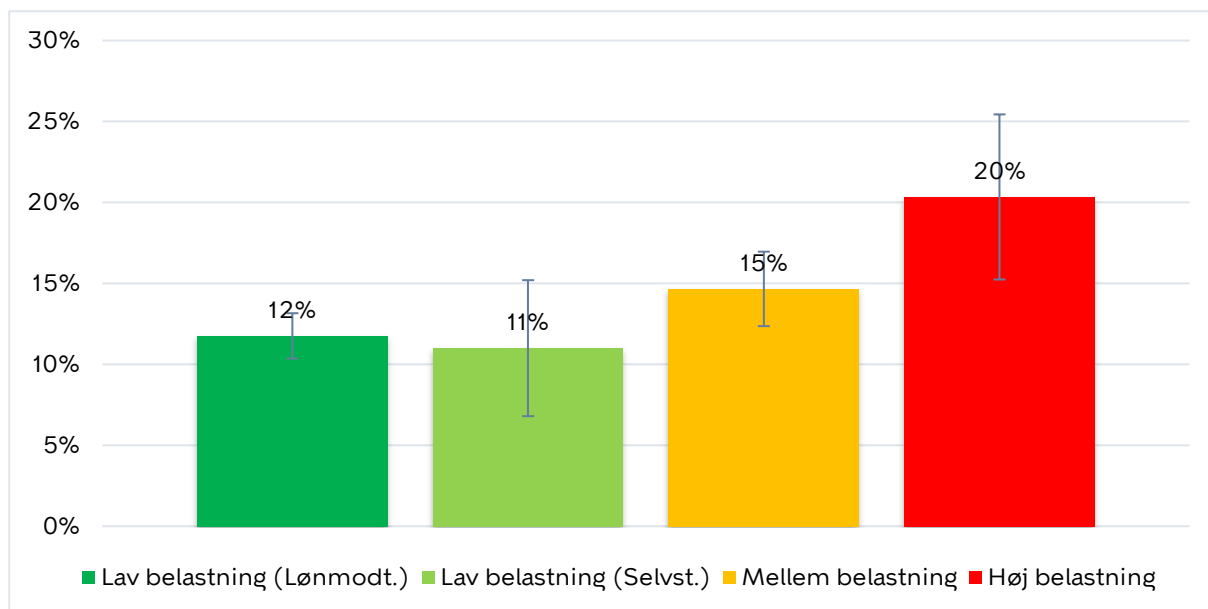


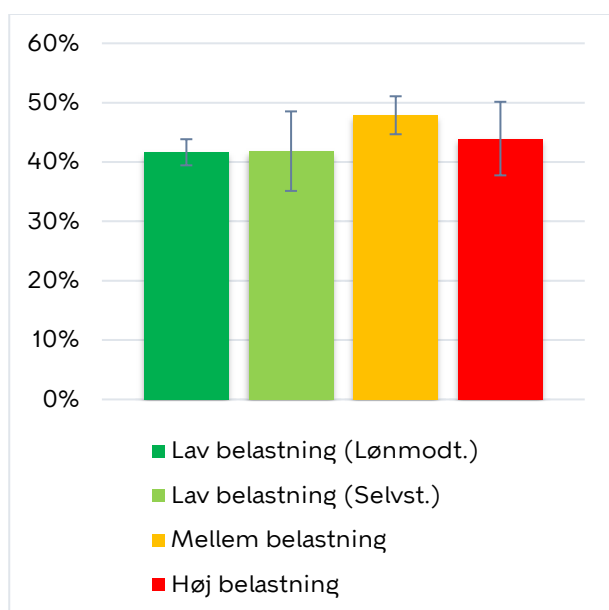
Diagram 38 viser også en tendens til, at andelen med et usundt kostmønster stiger med klyngernes belastningsgrad. Der gælder 20 pct. i Høj-belastningsklyngen, hvilket er signifikant højere end i de to lavbelastningsklynger, hvor hhv. 11 og 12 pct. af borgerne har et usundt kostmønster. Andelen er også højere i Mellem-belastningsklyngen, dog uden forskellen er signifikant.

**Diagram 38. Andele med usundt kostmønster**



På tværs af de fire klynger er der ml. 42 og 48 pct. der ønsker at spise sundere (diagram 39). Blandt dem, der ønsker at spise sundere, er der den højeste andel, der ønsker hjælp og støtte til at nå målet i Mellem-belastningsklyngen, hvor forskellen er signifikant, og i Høj-belastningsklyngen, hvor forskellen dog ikke er signifikant (diagram 40).

**Diagram 40. Andele der ønsker at spise sundere**



**Diagram 39. Andele der gerne vil have støtte og hjælp til at spise sundere**

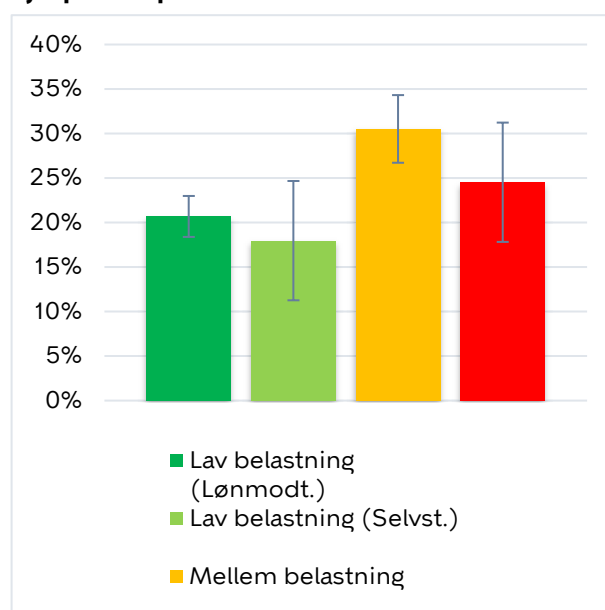


Diagram 41 viser, at borgerne i de to mest belastede klynger er mere fysisk inaktive i deres hverdag – målt ved stillesiddende timer ved skærm i fritiden. Knap hver fjerde borger i de mest belastede klynger har mere end fem timers stillesiddende fritid ved skærm dagligt. Det er signifikant højere andele end i lavbelastningsklyngerne, hvor det gælder 17 og 13 pct. af borgerne.

**Diagram 41. Andele med flere end fem timers stillesiddende fritid ved skærm dagligt**

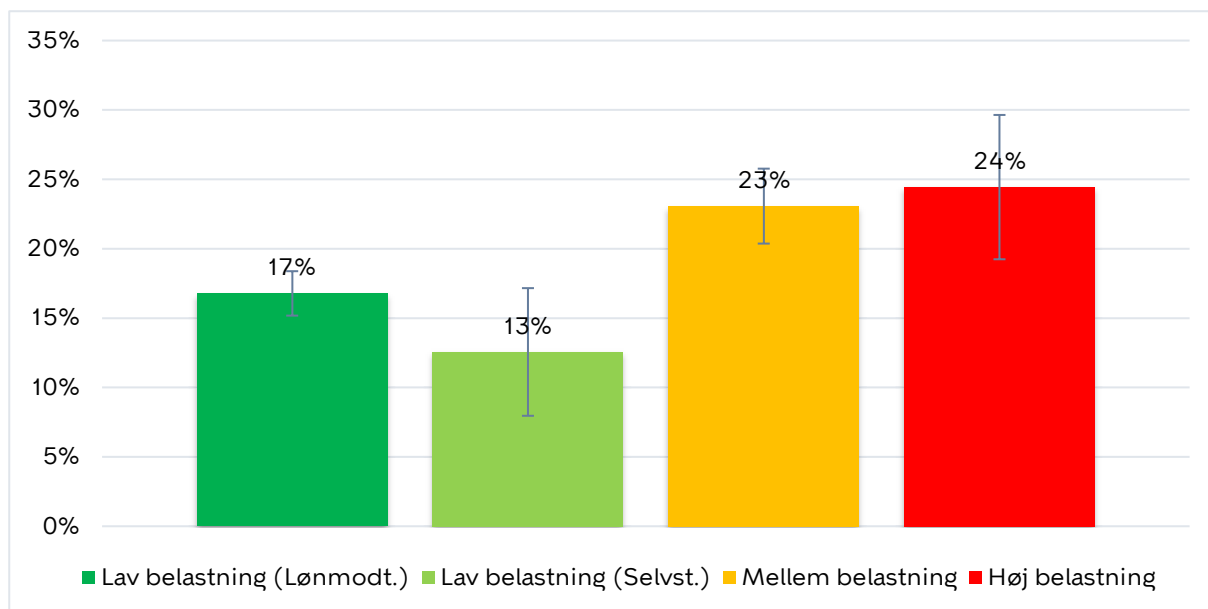
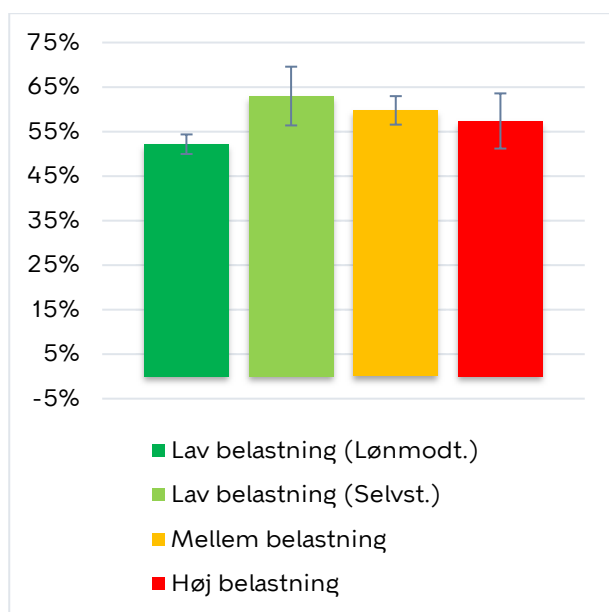
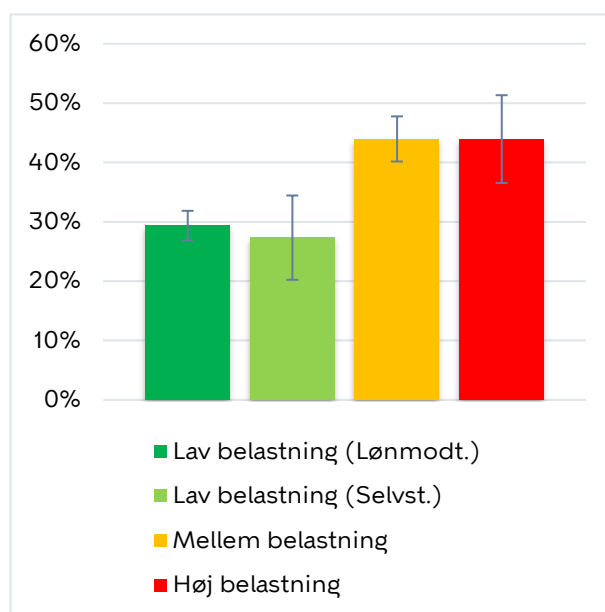


Diagram 42. viser, at andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, er størst med hhv. 63 og 60 pct. i Lav-belastningsklyngen af selvstændige og Mellem-belastningsklyngen, hvilket er signifikant højere end i Lav-belastningsklyngen af lønmodtagere, hvor det gælder for 52 pct. af borgerne. Blandt dem der gerne vil være mere fysisk aktive, er der en væsentlig og signifikant større andel af borgerne i Mellem- og Høj-belastningsklyngen, der ønsker hjælp og støtte til at nå målet (diagram 43).

**Diagram 43. Andele der ønsker at være mere fysisk aktiv**



**Diagram 42. Andele der gerne vil have støtte og hjælp til at være mere fysisk aktiv**



Ovenstående diagrammer viser, at der med undtagelse af alkohol er en større andel af borgere med de undersøgte risikofaktorer i de to mest belastede klynger. Det er sandsynligt, at andelen med risikofaktorer i Mellem- og særligt Høj-belastningsklyngen faktisk er endnu større i virkeligheden. Det skyldes, at der er en lavere svarprocent blandt de mest belastede borgere og at der er en større andel af dem i Mellem- og Høj-belastningsklyngen.

Diagrammerne viser også, at borgerne i de to mest belastede klynger er lige så, eller i endnu højere grad, motiverede for at ændre sundhedsvaner. Faktisk er der for langt de fleste risikofaktorer en større andel i de to mest belastede klynger, der er motiveret for at lave en positiv ændring og også modtage hjælp og støtte til at nå deres mål. Når de alligevel er overrepræsenteret på alle risikofaktorerne, på nær alkohol, skyldes det måske snarere, at borgerne mangler de rigtige kompetencer og en hjælp og støtte, der er rigtig for dem. Derudover kan der være andet, der står i vejen for de mest belastede klynger, før de kan arbejde med deres sundhed. Det kan fx være økonomi, boligsituation eller sundhed- og helbredsudfordringer.

## **2.9. Geografi: hvor er klyngerne over- og underrepræsenteret i København?**

Som en sidste variabel i tværsnitsanalysen undersøges klyngernes geografiske fordeling – dvs. om der er forskel på, hvor borgerne i de fire klynger er bosat i København. Figur 2 nedenfor viser et kort for hver klynge over, hvilken bydel borgerne i den enkelte klynge er hhv. over- og underrepræsenteret i. Grøn betyder, at borgerne i klyngen er overrepræsenterede, mens rød betyder, at der er en underrepræsentation af borgerne i det pågældende område. Det skal bemærkes, at der ikke kan sammenlignes i graden af over- og underrepræsentation på tværs af de fire kort, da der ikke er brugt den samme skala. I stedet kan klyngernes procentfordeling og størrelse i hver af de københavnske bydele aflæses af hhv. tabel 1 og 2.

Overordnet set er de fire klynger fordelt ud over de 10 københavnske bydele. Fx bor ml. 7-13 pct. af borgerne i Høj-belastningsklyngen i de enkelte bydele. Tabellen og kortene viser dog også, at klyngerne er over- og underrepræsenteret i forskellige dele af København. De lavt belastede lønmodtagere er overrepræsenteret på Amager Øst, Østerbro og i bydelene vest for Frederiksberg, særligt Vanløse. Klyngen bor i mindre grad på det vestlige Amager Vest, i det sydlige Vesterbro/Kongens Enghave, Indre By, Nørrebro og Bispebjerg.

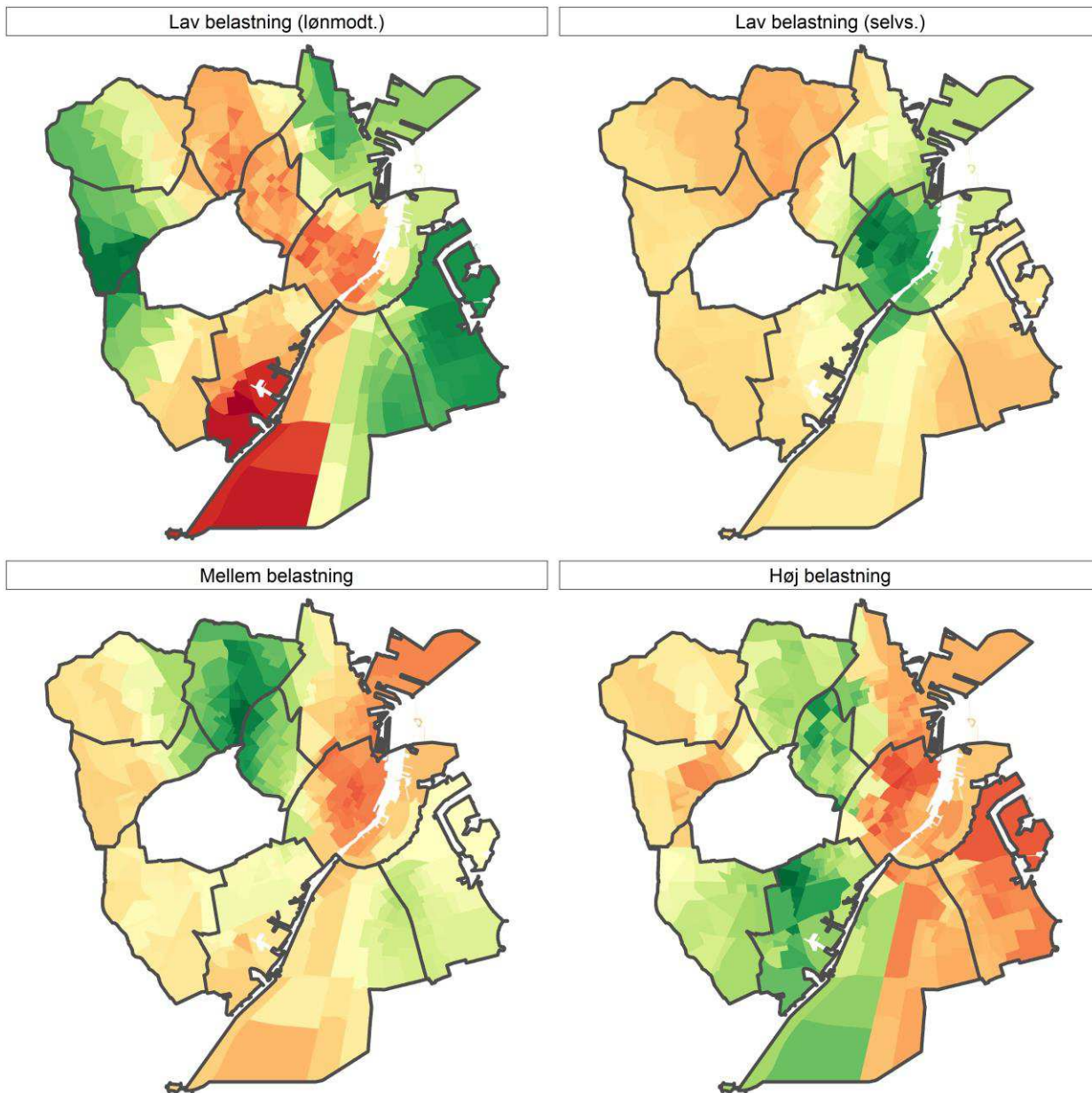
De lavt belastede selvstændige er stærkt overrepræsenterede i Indre By, Østerbro og de nærmeste omkringliggende områder, mens klyngen er svagt underrepræsenteret i resten af København.

Mellem-belastningsklyngen er overrepræsenteret i Bispebjerg og på Nørrebro, mens de i mindre grad bor på Østerbro og i Indre By.

Klyngen med de mest belastede borgere er særligt overrepræsenteret på det vestlige Amager Vest, Vesterbro/Kongens Enghave, Nørrebro. Klyngen er i mindre grad repræsenteret i Indre By, Amager Øst, det østlige Østerbro og østlige Amager Vest.

At en klynge er underrepræsenteret, er ikke ensbetydende med, at borgerne i klyngen ikke er bosat i området, men blot at de i højere grad bor i andre bydele. Analysen kan bruges til at rette opmærksomhed mod bestemte bydele, men altså ikke til at isolere en indsats til en bestemt bydel. Det vil kræve yderligere og mere detaljerede analyser af klyngernes fordeling på røde-niveau i København.

**Figur 2. Geografisk fordeling af klyngerne**



**Tabel 1. Procentdel af klynger i bydelene**

	<b>Lav belastning (lønmodt.)</b>	<b>Lav belastning (selvs.)</b>	<b>Mellem belastning</b>	<b>Høj belastning</b>
<b>Amager Vest</b>	13%	10%	11%	11%
<b>Amager Øst</b>	9%	7%	9%	8%
<b>Bispebjerg</b>	8%	5%	9%	9%
<b>Brønshøj-Husum</b>	9%	6%	9%	9%
<b>Indre by</b>	12%	26%	11%	11%
<b>Nørrebro</b>	8%	7%	10%	12%
<b>Valby</b>	9%	7%	9%	10%
<b>Vanløse</b>	9%	6%	7%	7%
<b>V.bro/Kgs. Enghave</b>	8%	8%	9%	10%
<b>Østerbro</b>	15%	17%	14%	13%
<b>I alt</b>	100%	100%	100%	100%

**Tabel 2. Antal klyngeborgere pr. bydel**

	<b>Lav belastning (lønmodt.)</b>	<b>Lav belastning (selvs.)</b>	<b>Mellem belastning</b>	<b>Høj belastning</b>
<b>Amager Vest</b>	3626	344	1885	567
<b>Amager Øst</b>	2722	222	1577	399
<b>Bispebjerg</b>	2168	159	1582	452
<b>Brønshøj-Husum</b>	2521	210	1499	484
<b>Indre by</b>	3555	843	1939	555
<b>Nørrebro</b>	2316	239	1748	631
<b>Valby</b>	2652	224	1541	501
<b>Vanløse</b>	2539	212	1248	366
<b>V.bro/Kgs. Enghave</b>	2297	275	1491	489
<b>Østerbro</b>	4459	565	2423	668
<b>I alt</b>	28855	3293	16933	5112

Beskrivelsen af klyngerne har vist, hvordan klyngerne adskiller sig på væsentlige variable indenfor de tre temaer, Sygdom & Sundhed, Socioøkonomi og Demografi: De to klynger med ingen sygdomsudfordringer og lavt plejebæhov har overordnet set længere uddannelser, havde højere arbejdsmæssig status inden de forlod arbejdsmarkedet, og flere i klyngerne har børn og samboende partnere. I klyngerne med lav sygdomsbelastning er der desuden en lavere andel med de risikofaktorer, der har den største sygdomsbyrde herunder daglig rygning, usunde kostvaner og fysisk inaktivitet.

Mellem- og Høj-belastningsklyngerne er mere sammenlignelige på de socioøkonomiske og demografiske variable, dog med en lidt større andel af borgere med børn samt samboende partnere i Mellem-belastningsklyngen, mens der i Høj-belastningsklyngen er en større andel af førtidspensionister. Det tyder altså på, at der er noget ikke-forklaret i forskellen på klyngernes sygdomsbelastning og plejebæhov. En del af forklaringen kan være, at borgerne i klyngen har en lidt højere



risikoadfærd. For de fleste risikofaktorer er forskellen mellem Mellem- og Høj-belastningsklyngen dog ikke signifikant.

Derudover er det også vigtigt at bemærke, at klyngebeskrivelsen er en gennemsnitsbetragtning, der ikke vil passe på alle borgerne inden for en klynge. Det er eksempelvis ikke alle borgere i de to mest belastede klynger, der rent faktisk er belastede sygdomsmæssigt. Klyngeanalysen fortæller kun, at de på tværs af de inkluderede variable har mere tilfælles med de andre borgere i klyngen end med borgerne i de andre klynger.

### **3. DATARELATEREDE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER I ANALYSEN**

I dette afsnit gennemgås to datarelaterede opmærksomhedspunkter:

#### *Hospitalsregistrerede diagnoser*

Både for de somatiske og psykiatriske sygdomme er tale om hospitalsregistrerede diagnoser. Der er derfor et mørketal for de borgere, der har lignende sundhedsudfordringer, hvor enten den almen praktiserende læge har stillet diagnosen, eller hvor der slet ikke er stillet en diagnose. For at nuancere dette, er forskerrummet og analyserne sidenhen blevet suppleret med data fra Registret for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS). Registret giver viden om borgernes medicinforbrug, og kan derfor give et mere præcist billede af borgernes sygdomme, end hvis man alene ser på indlæggelseshistorikken fra Landspatientregistret (LPR). Tilføjelsen af RUKS-data ændrede ikke afgørende ved klyngeinddelingen eller analysens resultater, og er derfor ikke tilføjet analysen.

#### *Ingen data før borgernes 45. år*

Analysen kan give anledning til et øget fokus på borgerne fra de er fyldt 45 år og før de får brug for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser. Det er dog værd at bemærke, at mange af årsagerne til, hvorvidt borgere får helbredsudfordringer og plejebehov i deres sene voksenliv sandsynligvis skal findes i forhold før de er fyldt 45 år. Med undtagelse af få variable, som fx højest udførte uddannelse kan analysen ikke bidrage med viden om borgernes liv før de fyldte 45 år.