



SUNDHEDSSTYRELSEN

Social og geografisk ulighed i sundhedsydelser

Analyse af behov for, adgang til og brug af ydelser i det primære sundhedsvæsen



SDU

**Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut
for Folkesundhed, Syddansk Universitet af:**

Kristine Bihrmann, Seniorforsker

Michelle Trabjerg Pedersen, Videnskabelig Assistent

Kirstine Wodschow, Post.Doc

Maria Nivi Schmidt Petersen, Videnskabelig Assistent

Annette Kjær Ersbøll, Professor

Forord

Der er ulighed i sundhed i Danmark. Nogle grupper i befolkningen bliver tidligere syge, får mere sygdom, mærker større konsekvenser af sygdommene og dør tidligere – det er forskelle der blandt andet er socialt bestemt og som samfundet kan gøre noget ved.

Ulighed i sundhed har sine primære årsager uden for sundhedsvæsenet. Det handler om forskel i børns tidlige udvikling, om hvorvidt man afslutter sin skolegang og om man får en uddannelse og et arbejde. Det handler om befolkningssammensætningen i det boligområde, man bor i, og det handler om arbejdsmiljøet i det job, man varetager. Årsager til ulighed handler også om eksponering af alkohol, tobak og usunde fødevarer, der rammer skævt.

Men også i sundhedsvæsenet er der ulighed i form af forskel på, hvem der får mest gavn af forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering.

Der er flere årsager til ulighed i sundhedsvæsenet.

Vi har i Sundhedsstyrelsen sat fokus på, hvad der kan ske i mødet med sundhedsvæsenet, som gør, at nogle får et bedre udbytte end andre. Det handler blandt andet om, hvordan man reagerer på symptomer på sygdom, om man kan følge et forløb og har social støtte, ligesom det handler om sundhedsvæsenets organisering med tid, ressourcer og kompetencer, kvaliteten af den skriftlige og mundtlige kommunikation og sundhedsprofessionelles evne til at inddrage patienten.

En dimension i ulighed i mødet med sundhedsvæsenet handler om adgangen til sundhedsydelser. I denne rapport undersøger vi, om der er social ulighed i adgang til udvalgte dele af primære sundhedsydelser, når vi ser på afstand til sundhedsydelserne.

Konklusionen fra rapporten giver et indblik i, at der er social ulighed i adgang til almen praktiserende læge, tandlæge, fysioterapeut, psykolog og kiropraktor. Kørselsafstand til sundhedsydelserne er kortere for personer med længere uddannelse og højere indkomst. Når vi justerer for behov kan vi også se, at grupper med længere uddannelse og højere indkomst bruger sundhedsydelserne mere.

Det er vigtig viden, når man nationalt og lokalt skal planlægge, hvor sundhedstilbud skal placeres. Det kan også åbne for en diskussion af brugen af digitale løsninger, som en mulighed for at imødekomme social ulighed i adgang til sundhedsydelser eller for at frigøre ressourcer til at kunne tilbyde mere differentierede forløb.

Jeg vil gerne takke Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet for den omfattende rapport med mange analyser, der kan bidrage til planlægningen af det fremtidige sundhedsvæsen.

Niels Sandø
Enhedschef
Sundhedsstyrelsen

Oversigt over resultater

I denne rapport belyses social og geografisk ulighed i behov for, adgang til og brug af ydelser hos aktører i det primære sundhedsvæsen. Desuden belyses *sammenhængen* mellem adgang til og brug af disse ydelser.

I rapporten indgår følgende sundhedsaktører: alment praktiserende læge, vagtlæge og akuttefon 1813, praktiserende tandlæge og tandplejer, fysioterapeut, psykolog samt kiropraktor.

Social ulighed er defineret ved forskelle i behov for, adgang til og brug af sundhedsydelser mellem uddannelsesgrupper eller indkomstniveauer. Geografisk ulighed er defineret ved forskelle i behov for, adgang til og brug af sundhedsydelser mellem kommuner.

Behov for sundhedsydelser beskrives ved følgende otte behovsmål: dårligt selvvurderet helbred, begrænsninger i fysisk aktivitet, selvrapporterede muskel- og skelet-smerter, dårligt mentalt helbred, nedtrykthed og uro, antal kroniske/langvarige sygdomme, antal muskel- og skeletsygdomme, samt angst, depression og OCD (Obsessive Compulsive Disorder).

Adgang til sundhedsaktører opgøres som kørselsafstand mellem bopæl og sundhedsaktør samt som tilgængelighed. Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune.

Brug af sundhedsaktører opgøres som andelen af personer på 30 år eller derover, der er registreret som modtager af en ydelse ved en sundhedsaktør.

Brug af sundhedsaktører er justeret for behov for sundhedsydelser. Det gælder dog ikke brug af praktiserende tandlæge og tandplejer, da det anbefales, at alle danskere går til regelmæssig kontrol hos disse aktører. Sammenhængen mellem adgang til og brug af sundhedsydelser er ligeledes justeret for behov.

I dette afsnit gives en kort oversigt over rapportens vigtigste resultater.

Behov for sundhedsydelser

Der ses social ulighed i samtlige otte mål for behov. Behovet for sundhedsydelser er således større blandt personer med kortere fuldførte uddannelse.

Ligeledes ses der geografisk ulighed i samtlige otte mål for behov. For hvert behovsmål er der således mere end en femtedel af landets kommuner, hvor behovet for sundhedsydelser er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet.

Fra 2010 til 2017 ses der et øget behov for sundhedsydelser i langt de fleste behovsmål. Kun i forekomsten af angst, depression og OCD ses der et fald.

Adgang til sundhedsaktører

Der ses social ulighed i adgang til samtlige sundhedsaktører. Den gennemsnitlige kørselsafstand til sundhedsaktører er således kortere for personer med længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. Social ulighed i tilgængelighed er ikke opgjort.

Der ses geografisk ulighed i adgang til samtlige sundhedsaktører. Den gennemsnitlige kørselsafstand til sundhedsaktører er således kortere i Hovedstadsområdet og i kommuner med større byer. Tilgængelighed, der kun er opgjort for alment praktiserende læge, fysioterapeut og psykolog, varierer ligeledes mellem landets kommuner. Der ses ikke noget tydeligt geografisk mønster i tilgængelighed på tværs af de tre sundhedsaktører.

Brug af sundhedsaktører

Alment praktiserende læge

Der ses social ulighed i brug af alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Der ses således højere brug blandt personer med længere fuldførte uddannelse eller højere indkomst.

Dette gælder også for e-mailkonsultation betragtet separat.

Derimod ses der omvendt social ulighed i brug af telefonkonsultation. Der ses således mindre brug blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Opgjort på indkomst ses der mindre brug med højere indkomst blandt kvinder, men ikke blandt mænd.

Der ses en vis grad af geografisk ulighed i brug af alment praktiserende læge, når der justeres for behov. I knap en femtedel af landets kommuner er brugen således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet.

Betragtes e-mailkonsultation og telefonkonsultation separat, gælder det i begge tilfælde, at brugen er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i mere end tre ud af fem kommuner.

Der ses en sammenhæng mellem kørselsafstand og brug af fremmødekonsultation hos alment praktiserende læge blandt personer med lavere indkomst, når der justeres for behov. Blandt disse personer ses der således højere brug med kortere kørselsafstand. Der ses desuden en sammenhæng mellem kørselsafstand og brug af henholdsvis telefon- eller e-mailkonsultation, når der justeres for behov. Her ses der omvendt højere brug med længere kørselsafstand.

Der ses en sammenhæng mellem tilgængelighed og brug af fremmødekonsultation hos alment praktiserende læge blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse, når der justeres for behov. Blandt disse kvinder ses der således højere brug med højere tilgængelighed af alment praktiserende læge. Der ses desuden en sammenhæng mellem tilgængelighed og brug af henholdsvis telefon- eller e-mailkonsultation hos alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Der ses således højere brug af e-mailkonsultation blandt personer med højere tilgængelighed af alment praktiserende læge, mens der omvendt ses mindre brug af telefonkonsultation blandt personer med højere tilgængelighed af alment praktiserende læge.

Vagtlæge og akuttelefon 1813

Der ses omvendt social ulighed i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. Der ses således mindre brug blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Opgjort på indkomst ses der mindre brug med højere indkomst blandt kvinder, men ikke blandt mænd.

Der ses geografisk ulighed i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. I to ud af fem af landets kommuner er brugen således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet.

Der ses en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. Der ses således højere brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 blandt personer med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

Der ses en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 blandt kvinder, når der justeres for behov. Blandt kvinder ses der således højere brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 med højere tilgængelighed af alment praktiserende læge.

Praktiserende tandlæge og tandplejer

Der ses social ulighed i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Der ses således højere brug blandt personer med længere fuldførte uddannelse eller højere indkomst.

Der ses geografisk ulighed i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. I godt en tredjedel af landets kommuner er brugen således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet.

Der ses ingen sammenhæng mellem kørselsafstand og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer.

Tilgængelighed er ikke opgjort for praktiserende tandlæge og tandplejer.

Fysioterapeut

Der ses social ulighed i brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Der ses således højere brug blandt personer med længere fuldførte uddannelse eller højere indkomst.

Der ses geografisk ulighed i brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. I knap to ud af fem af landets kommuner er brugen således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet.

Der ses en sammenhæng mellem kørselsafstand og brug af fysioterapeut blandt kvinder samt blandt mænd med lavere indkomst, når der justeres for behov. Blandt disse personer ses der således højere brug med kortere kørselsafstand.

Der ses en sammenhæng mellem tilgængelighed og brug af fysioterapeut blandt kvinder samt blandt mænd med højere indkomst, når der justeres for behov. Blandt disse personer ses der således højere brug med højere tilgængelighed af fysioterapeut.

Psykolog

Der ses social ulighed i brug af psykolog, når der justeres for behov. Der ses således højere brug blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Opgjort på indkomst ses der derimod højere brug blandt personer med mellemindkomst.

Der ses en vis grad af geografisk ulighed i brug af psykolog, når der justeres for behov. I knap en tiendedel af landets kommuner er brugen således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der dog stor usikkerhed i denne analyse.

Der ses en sammenhæng mellem kørselsafstand og brug af psykolog, når der justeres for behov. Der ses således højere brug blandt personer med kortere kørselsafstand til psykolog.

Der ses en sammenhæng mellem tilgængelighed og brug af psykolog blandt mænd, når der justeres for behov. Blandt mænd ses der således højere brug med højere tilgængelighed af psykolog.

Kiropraktor

Der ses social ulighed i brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Der ses således højere brug blandt personer med længere fuldførte uddannelse eller højere indkomst.

Der ses geografisk ulighed i brug af kiropraktor, når der justeres for behov. I godt halvdelen af landets kommuner er brugen således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet.

Der ses en sammenhæng mellem kørselsafstand og brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Der ses således højere brug blandt personer med kortere kørselsafstand til kiropraktor.

Der ses en sammenhæng mellem tilgængelighed og brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Der ses således højere brug blandt personer med højere tilgængelighed af kiropraktor.

Indhold

Forord	3
Oversigt over resultater	4
Behov for sundhedsydelser	5
Adgang til sundhedsaktører	5
Brug af sundhedsaktører	5
Baggrund og formål	11
Afgrænsning	12
Referencer	13
Læsevejledning	14
Ordforklaring	14
Opsummering af resultater	28
Uddannelse og indkomst	28
Behov for sundhedsydelser	28
Alment praktiserende læge	29
Vagtlæge og akuttelefon 1813	30
Praktiserende tandlæge og tandplejer	31
Fysioterapeut	31
Psykolog	32
Kiropraktor	33
1 Uddannelse og indkomst	34
1.1 Uddannelse	35
1.2 Indkomst	39
1.3 Opsummering	43
2 Behov for sundhedsydelser	44
2.1 Dårligt selvvurderet helbred	45
2.2 Begrænsninger i fysisk aktivitet	49
2.3 Selvrapporterede muskel-skelet-smerter	52
2.4 Dårligt mentalt helbred	55
2.5 Nedtrykthed og uro	58
2.6 Kronisk/langvarig sygdom	61
2.7 Muskel- og skeletsygdom	65
2.8 Angst, depression og OCD	69
2.9 Opsummering af behov for sundhedsydelser	72

3	Alment praktiserende læge	73
3.1	Adgang til alment praktiserende læge	74
3.2	Brug af alment praktiserende læge	79
3.3	Sammenhæng mellem adgang til og brug af alment praktiserende læge	91
3.4	Opsummering af resultater for alment praktiserende læge	104
	Referencer	107
4	Vægtlæge og akuttefon 1813	108
4.1	Brug af vagtlæge og akuttefon 1813	109
4.2	Sammenhæng mellem adgang til alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813	114
4.3	Opsummering af resultater for vagtlæge og akuttefon 1813	119
	Referencer	120
5	Praktiserende tandlæge og tandplejer	121
5.1	Adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer	122
5.2	Brug af praktiserende tandlæge og tandplejer	126
5.3	Sammenhæng mellem adgang til og brug af praktiserende tandlæge og tandplejer	130
5.4	Opsummering af resultater for praktiserende tandlæge og tandplejer	132
	Referencer	133
6	Fysioterapeut	134
6.1	Adgang til fysioterapeut	135
6.2	Brug af fysioterapeut	140
6.3	Sammenhæng mellem adgang til og brug af fysioterapeut	144
6.4	Opsummering af resultater for fysioterapeut	148
	Referencer	149
7	Psykolog	150
7.1	Adgang til psykolog	151
7.2	Brug af psykolog	156
7.3	Sammenhæng mellem adgang til og brug af psykolog	160
7.4	Opsummering af resultater for psykolog	161
	Referencer	162

8	Kiropraktor	163
8.1	Adgang til kiropraktor	164
8.2	Brug af kiropraktor	168
8.3	Sammenhæng mellem adgang til og brug af kiropraktor	172
8.4	Opsummering af resultater for kiropraktor	176
	Referencer	177
9	Sammenfatning på tværs af sundhedsaktører	178
9.1	Adgang til sundhedsaktører	179
9.2	Brug af sundhedsaktører	180
9.3	Sammenhæng mellem adgang til og brug af sundhedsaktører	181
	Bilag	183
	Bilag 1 Materialer og metode	184
	Registre	184
	Spørgeskemaundersøgelse	186
	Andre data	186
	Analysemetoder	187
	Justering for behov for sundhedsydelser	188
	Uddannelse og indkomst	189
	Behovsmål	190
	Sundhedsaktører	192
	Sundhedsydelser	193
	Kørselsafstand	194
	Tilgængelighed	194
	Bilag 2 Diagnoser og Lægemidler	196
	Bilag 3 Fordeling af kørselsafstand	203
	Alment praktiserende læge	204
	Praktiserende tandlæge og tandplejer	205
	Fysioterapeut	206
	Psykolog	207
	Kiropraktor	208
	Bilag 4 Kommunedata	209
	Bilagsreferencer	236

Baggrund og formål

I Danmark skal der i følge Sundhedsloven være "*let og lige adgang til sundhedsvæsenet*" (1). Som følge heraf er det væsentligt, at alle borgere har mulighed for at få et tilbud om behandling svarende til deres behov. Det betyder blandt andet, at uanset hvilken socioøkonomisk position borgeren har, og uanset hvor i Danmark borgeren bor, skal der være lige mulighed for behandling, når man bliver syg.

Der kan imidlertid være forskelle i både behovet for sundhedsydelser, adgangen til sundhedsydelser (herunder kørselsafstand og tilgængelighed), og brugen af sundhedsydelser afhængig af blandt andet socioøkonomisk position og på tværs af landet. Delvis brugerbetaling for sundhedsydelser hos en række aktører, blandt andet praktiserende tandlæge, fysioterapeut og psykolog, kan for eksempel være en udfordring for nogle borgere, ligesom borgere i nogle egne af landet kan have langt til en given sundhedsydelse.

I 2020 præsenterede Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, omfanget af social ulighed i sundhed og sygdom i Danmark i rapporten: "Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017 i Danmark" (2). For størstedelen af indikatorerne i rapporten ses en social ulighed, således at personer med en kortere fuldført uddannelse har et dårligere helbred end personer med en længere fuldført uddannelse. Rapporten viser ligeledes social ulighed i kontakt med sundhedsvæsenet.

I rapporten "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet" (3) fra 2022 beskrives de mekanismer, der kan have betydning for social ulighed i mødet mellem patienter og sundhedsvæsenet. Den sociale ulighed handler her om organisatoriske forhold, for eksempel tid, ressourcer og sundhedsprofessionelles kompetencer, og det handler om relationelle forhold, som er kommunikation i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle.

Der er sparsom viden om social ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet, når adgang defineres som for eksempel konkret kørselsafstand til sundhedsydelser. Det vides ligeledes ikke, hvordan brug af sundhedsydelser hænger sammen med denne form for adgang.

Geografisk ulighed i sundhed, sygdom og sundhedsydelser er primært blevet belyst ved forskelle imellem de fem regioner. Det gælder for eksempel ventetider på operationer, gennemførelse af kræftpakkeforløb og udredning inden for 30 dage. En række studier har desuden belyst geografisk ulighed i specifikke sygdomme som for eksempel blodprop i hjertet (4) og multipel sclerose (5).

Formålet med nærværende rapport er at belyse social og geografisk ulighed i behov for, adgang til og brug af sundhedsydelser hos aktører i det primære sundhedsvæsen. Desuden belyses *sammenhængen* mellem adgang til og brug af disse ydelser.

I rapporten indgår følgende sundhedsaktører: alment praktiserende læge, vagtlæge og akuttelefon, praktiserende tandlæge og tandplejer, fysioterapeut, psykolog samt kiropraktor.

Social ulighed belyses ved at undersøge, om der er forskelle i behov for, adgang til og brug af sundhedsydelser afhængigt af borgerens uddannelse eller indkomst. Geografisk ulighed belyses ved at undersøge, om der er forskelle i behov for, adgang til og brug af sundhedsydelser mellem kommuner.

Adgang til sundhedsaktører opgøres som kørselsafstand mellem bopæl og sundhedsaktør samt som tilgængelighed. Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune (se Bilag 1 for detaljer).

Afgrænsning

Det danske sundhedsvæsen er opdelt i henholdsvis det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Det primære sundhedsvæsen omfatter almen praksis, privatpraktiserende speciallæger og tandlæger, øvrige privatpraktiserende aktører som for eksempel fysioterapeuter, psykologer og kiropraktorer samt sundhedstilbud, der varetages af kommuner. Det sekundære sundhedsvæsen omfatter den del af sundhedsvæsenet, der viderefører eller overtager behandling af patienten fra det primære sundhedsvæsen, så som hospitaler og ambulatorier.

Inden for det primære sundhedsvæsen omfatter praksissektoren offentlige sundhedstilbud, som leveres af privatpraktiserende sundhedsaktører. Det reguleres via overenskomster, hvilke sundhedsydelser de privatpraktiserende sundhedsaktører leverer. Regionerne udarbejder praksisplaner for alle områder inden for praksissektoren.

Nærværende rapport er afgrænset til sundhedsaktører i praksissektoren, der har indgået en aftale med sygesikringen. Af de udvalgte sundhedsaktører er der fri adgang til alment praktiserende læge og vagtlæge/akuttelefoni. Der er et vist omfang af brugerbetaling for sundhedsydelser hos tandlæge og tandplejer, fysioterapeut, psykolog og kiropraktor.

Mere end 2 millioner danskere har en sundhedsforsikring (6). I 97 % af tilfældene er sundhedsforsikringen betalt af arbejdsgiver. Sundhedsforsikringer dækker over flere behandlingstyper og bruges blandt andet til behandling hos kiropraktorer, fysioterapeuter, psykologer, psykiatere og til mindre operationer. En sundhedsforsikring giver i en række tilfælde mulighed for brug af en sundhedsaktør i det private regi. Disse sundhedsydelser indgår ikke i nærværende rapport. I perioden 2003-2021 er der sket en reduktion i udgifter til operationer, mens der er sket en stigning i udgifter til fysioterapeut, kiropraktor, psykolog mv. (6).

Ydelser uden for sygesikringen (uanset sundhedsforsikring) indgår ikke i nærværende rapport. Det kan for eksempel være ydelser hos psykologer, hvor borgeren selv betaler for ydelsen.

I rapporten anvendes data fra nationale registre samt Den Nationale Sundhedsprofil. Tidsperioden er afgrænset til 2010-2017, da 2017 ved projektets start var det seneste år med data fra Den Nationale Sundhedsprofil. Som en konsekvens af datagrundlaget er der flere aspekter af adgang til og brug af sundhedsvæsenet, som det ikke har været muligt at undersøge i denne rapport, for eksempel ventetid og kvaliteten af ydelserne, ligesom eksempelvis forskelle i mødet med sundhedsprofessionelle ikke er belyst.

Populationen er afgrænset til den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover), som indgår i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010 eller 2017. Beregning af afstand mellem borgere og nærmeste sundhedsaktør er dog beregnet for hele den danske befolkning med bopæl i Danmark i 2017.

Referencer

1. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven. §2: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 26.08.2019 [Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>]
2. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
3. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.
4. Kjaerulff TM, Ersboll AK, Gislason G, Schipperijn J. Geographical clustering of incident acute myocardial infarction in Denmark: A spatial analysis approach. *Spatial and spatio-temporal epidemiology*. 2016;19:46-59.
5. Bihrmann K, Nielsen NM, Magyari M, Koch-Henriksen N, Nordsborg RB, Ersbøll AK. Small-scale geographical variation in multiple sclerosis: A case-control study using Danish register data 1971-2013. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2018;23:40-5.
6. F&P. Sundhedsforsikringer. n.d. [Available from: <https://www.fogp.dk/statistik/sundhedsforsikringer/>]

Læsevejledning

I kapitel 1 præsenteres fordelingen samt geografiske forskelle i uddannelse og indkomst blandt den danske befolkning på 30 år eller derover. I kapitel 2 præsenteres social og geografisk ulighed i behov for en sundhedsydelse ved otte forskellige mål, der anvendes til at beskrive behovet for de undersøgte sundhedsaktører. I kapitel 3-8 præsenteres resultater for hver enkelt sundhedsaktør: alment praktiserende læge, vagtlæge og akuttelefon 1813, praktiserende tandlæge og tandplejer, fysioterapeut, psykolog og kiropraktor. I kapitel 9 sammenfattes resultaterne på tværs af de betragtede sundhedsaktører.

Hvert kapitel indledes med en kort introduktion til emnet. Herefter følger en beskrivelse af resultaterne, som er vist i tabeller og figurer, og som illustrerer social og geografisk ulighed i behov for, adgang til og brug af sundhedsaktøren i 2017 samt ændringen fra 2010 til 2017. Kapitlet afsluttes med en kort opsummering.

Rapporten er baseret på den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover). Definition af hver enkelt sundhedsaktør er beskrevet i Bilag 1: Materialer og metode. En beskrivelse af de anvendte datakilder findes også i Bilag 1.

Denne rapport beskriver social og geografisk ulighed i behov for, adgang til og brug af en række forskellige sundhedsaktører i det primære sundhedsvæsen. Analyserne er baseret på forskellige typer af datakilder, herunder både data fra danske registre og data fra spørgeskemaundersøgelser. Data i de danske registre er oftest baseret på hele befolkningen, mens data i spørgeskemaundersøgelser typisk dækker et mindre, men repræsentativt udsnit af befolkningen. Både spørgeskemadata og registerdata har fordele og ulemper, som er væsentlige at være opmærksomme på, når man skal forstå resultaterne. Disse fordele og ulemper er nærmere beskrevet for hver type datakilde i ordforklaringen nedenfor.

Ordforklaring

Datakilder

Denne rapport er baseret på data fra en række forskellige nationale registre (herunder sundhedsregistre og adresseregistre) samt spørgeskemaundersøgelser. De anvendte datakilder er beskrevet i Bilag 1.

Spørgeskemaundersøgelse

I denne rapport er behov for sundhedsydelser i det primære sundhedsvæsen defineret på baggrund af nationale spørgeskemaundersøgelser. Ved spørgeskemaundersøgelser har man mulighed for at spørge om emner, som man ikke har information om i de nationale registre. En af begrænsningerne ved brug af data fra spørgeskemaundersøgelser er, at der er forskel i svarprocent afhængigt af blandt andet alder, køn og socioøkonomisk position. Dette kan der korrigeres for, hvilket også er gjort i denne rapport.

Registerdata

I Danmark indsamles en lang række oplysninger i administrative registre og databaser. Ved hjælp af CPR-nummeret er det muligt at koble informationer fra forskellige registre på individniveau. Det gør det muligt at følge en gruppe personer over tid i forhold til blandt andet brug af sundhedsydelser, sygdom, indkomst, uddannelse m.m.

En af begrænsningerne ved denne type data er, at data kun indeholder den information, der bliver indberettet til registrene. Det betyder for eksempel, at sygdom, der ikke diagnosticeres hos en læge, ikke fremgår af registret.

Population

Denne rapport tager udgangspunkt i den voksne danske befolkning (på 30 år eller derover). I rapporten vil den aktuelle population være alle voksne, der deltog i Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP) i 2010 og i 2017, medmindre andet er angivet.

Det primære sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen omfatter almen praksis, privatpraktiserende speciallæger og tandlæger, øvrige privatpraktiserende aktører som for eksempel fysioterapeuter, psykologer og kiropraktorer, samt sundhedstilbud, der varetages af kommuner. Der er et vist omfang af brugerbetaling for en række ydelser i det primære sundhedsvæsen, for eksempel hos tandlæge, tandplejer, fysioterapeut, psykolog og kiropraktor. Nærværende rapport er afgrænset til sundhedsaktører i praksissektoren, der har indgået en aftale med sygesikringen. Det vil sige, at ydelser i kommuner og hos speciallæger ikke er medtaget i rapporten.

Ydernummer

Et ydernummer er et identifikationsnummer, som tildeles en sundhedsaktør, der yder behandlinger i henhold til den offentlige sygesikring. Dette inkluderer alment praktiserende læger, vagtlæge/akuttelefoni, praktiserende tandlæger og tandplejere, fysioterapeuter, psykologer og kiropraktorer. Sundhedsaktører med et ydernummer kan modtage afregning af honorarer med sygesikringen.

Social ulighed

Social ulighed måles oftest i forhold til 1) indkomst, 2) uddannelse, eller 3) erhverv. I denne rapport måles social ulighed ved personernes længst fuldførte uddannelse eller indkomstniveau. Uddannelse er blandt andet valgt, fordi det er stabilt gennem livet, hvorimod for eksempel indkomst i højere grad kan variere over tid. Det antages, at personer på 30 år eller derover har færdiggjort deres uddannelse, og at de derfor har opnået deres længst fuldførte uddannelse. Indkomst er imidlertid også valgt, da der er brugerbetaling til flere ydelser i det primære sundhedsvæsen.

Social ulighed er defineret ved statistisk signifikante forskelle i den undersøgte indikator mellem personer med henholdsvis kortest og længst fuldførte uddannelse samt ved statistisk signifikante forskelle i den undersøgte indikator mellem personer med henholdsvis laveste og højeste indkomstniveau.

Uddannelse

Uddannelse er defineret ved længst fuldførte uddannelse på baggrund af data fra Uddannelsesregistret. Personer på 30 år eller derover forventes at have færdiggjort deres uddannelse og herved have opnået længst fuldførte uddannelse. I denne rapport kategoriseres uddannelseslængde i tre kategorier:

1. Grundskole som længst fuldførte uddannelse
2. Erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse
3. Videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse

Derudover er der en gruppe, hvor uddannelseslængde ikke er registreret. Det kan eksempelvis være tilfældet for ældre personer (som har taget en uddannelse, før registret blev etableret) og for indvandrere (som har taget en uddannelse i udlandet). For denne gruppe betegnes uddannelse som uoplyst. I Bilag 1 er der en oversigt over inddelingen af uddannelse.

Indkomstniveau

Indkomst er defineret ved ækvivaleret disponibel indkomst opdelt i 4 kategorier (kvartiler) på baggrund af data fra Indkomstregistret:

1. Indkomstniveau 1 (lav) svarende til 25 % med lavest indkomst (første kvartil)
2. Indkomstniveau 2 (anden kvartil)
3. Indkomstniveau 3 (tredje kvartil)
4. Indkomstniveau 4 (høj) svarende til 25 % med højest indkomst (fjerde kvartil)

Geografisk ulighed

Geografisk ulighed i adgang til sundhedsydelser er defineret ved forskelle i den undersøgte indikator mellem kommuner. Geografisk ulighed i behov for og brug af sundhedsydelser er defineret ved statistisk signifikante forskelle i den undersøgte indikator mellem den enkelte kommune og landsgennemsnittet.

Antal (N)

N (total) angiver antal personer (se tabel-eksempel 1). Det vil sige i rækken 'N (total)' ses det totale antal personer, der indgår i analysen. I rækken 'Grundskole' under kvinder angiver N antallet af kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Denne værdi afspejler altid det faktiske antal i analysen, uanset datakilde. Se tabel-eksempel senere i dette afsnit.

Små antal

Hvis antallet af personer er mindre end 10 i en rubrik i tabellerne eller i en kommune på kortene, vises ingen resultater, og rubrikken eller kommunen vil være blank. Hvis antallet af sundhedsaktører (ydernumre) er mindre end 5 i en kommune, vises ingen resultater, og kommunen vil være blank. Dette er gjort for at sikre persondatabeskyttelse.

Procent

Procent (%) angiver andelen af populationen, der har den givne indikator (se tabel-eksempel 1). Ved analyser med data fra spørgeskemaundersøgelser angives dette ved en vægtet %. Det betyder, at andelen af populationen, der har den givne indikator, er vægtet, så den afspejler andelen i befolkningen. Se tabel-eksempel senere i dette afsnit.

Odds ratio

Odds ratio (OR) anvendes som mål for sammenhængen mellem to grupper. OR er et mål for, om forekomsten er højere eller lavere i en gruppe sammenlignet med en referencegruppe. Referencegruppen kan kendes ved, at OR er 1. OR er justeret for forskellige faktorer, sådan at der tages højde for forskelle mellem grupperne, der sammenlignes. Faktorerne, der justeres for, varierer afhængigt af den enkelte analyse og den specifikke sundhedsaktør. Se eksempel senere i dette afsnit.

Justering

At justere for eksempelvis alder betyder, at der i analysen tages højde for eventuelle forskelle i alderssammensætningen mellem grupper. Effekten af denne aldersjustering kan have betydning, når vi ser på forholdet mellem procentfordelingen og OR. Her kan % for eksempel indikere, at der ikke er nogen forskel mellem to grupper, mens den aldersjusterede OR viser en statistisk signifikant forskel mellem to grupper eller omvendt. Denne forskel kan skyldes, at alderssammensætningen er forskellig mellem de to grupper, og at denne er afgørende for den givne indikator.

Statistisk signifikans

Statistisk signifikans beskriver den statistiske usikkerhed. I denne rapport er det angivet, hvis OR er statistisk signifikant, ved markering med ***. Se eksempel senere i dette afsnit.

Figurer

Søjlediagrammer af fordelinger

For at illustrere fordelingen af en række variable i henholdsvis 2010 og 2017 benyttes et søjlediagram. Dette inkluderer uddannelse, indkomst, behovsmål og kørselsafstand fra bopæl til sundhedsaktøren. Se figur-eksempel 1 senere i dette afsnit. Det er væsentligt at være opmærksom på, at søjlediagrammerne viser tal, der ikke er justeret for forskelle i for eksempel køn og alder.

Kort over kommunale forskelle i uddannelse og indkomst

Kommunale forskelle i uddannelse og indkomst er præsenteret på kort, der på kommuneniveau viser andelen af personer i hver uddannelsesgruppe og indkomstniveau for henholdsvis kvinder og mænd i 2017. Se figur-eksempel 2 senere i dette afsnit. Desuden er ændringen i perioden 2010-2017 vist. Se figur-eksempel 3 senere i dette afsnit.

Kort over geografisk ulighed i behov for, adgang til og brug af sundhedsaktører

Geografisk ulighed i behov for, adgang til og brug af sundhedsaktører er illustreret ved kommunale forskelle, der præsenteres på kort. Der vises kort for 2017 samt for ændringen i perioden 2010-2017.

Behov for sundhedsaktører er illustreret ved en OR, der angiver en sammenligning i behov mellem den enkelte kommune og landsgennemsnittet. Se figur-eksempel 4 senere i dette afsnit. I figur-eksempel 4 er givet en detaljeret beskrivelse af et kommune-kort, og hvordan det skal forstås og fortolkes. Denne forklaring gælder også de resterende kommune-kort. Desuden er ændringen i behov i perioden 2010-2017 vist. Se figur-eksempel 5 senere i dette afsnit.

Adgang til sundhedsaktører er illustreret ved kørselsafstand fra bopæl til sundhedsaktør samt ved tilgængelighed af sundhedsaktører. Se figur-eksempel 6 senere i dette afsnit.

Brug af sundhedsaktører er illustreret ved en OR, der angiver en sammenligning mellem den enkelte kommune og landsgennemsnittet. Se figur-eksempel 7 senere i dette afsnit.

Tabeller

Social ulighed i behov for og brug af sundhedsaktører

Social ulighed i behov for sundhedsydelser er beskrevet ved sammenhængen mellem behov for en sundhedsydelse og henholdsvis længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau. Sammenhængen vises for hvert behovsmål i en tabel for henholdsvis kvinder og mænd.

Der præsenteres tilsvarende tabeller for social ulighed i brug af sundhedsydelser ved sammenhængen mellem brug af den enkelte sundhedsaktør og henholdsvis længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau.

Tabellerne præsenterer deskriptive og statistiske analyseresultater for henholdsvis 2010, 2017 og ændringer i perioden 2010-2017. Disse er angivet ved en procentfordeling med tilhørende OR. Se tabel-eksempel 1 senere i dette afsnit.

Sammenhæng mellem adgang til og brug af sundhedsaktører

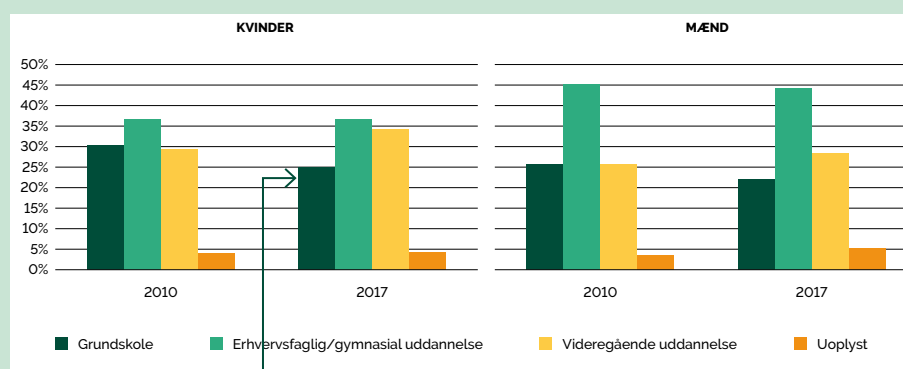
Sammenhængen mellem adgang til og brug af den enkelte sundhedsaktør beskrives i en tabel. Adgang til en sundhedsaktør præsenteres ved kørselsafstand mellem bopæl og sundhedsaktør samt ved tilgængelighed af sundhedsaktøren. Sammenhængen præsenteres i tabeller for den enkelte sundhedsaktør og for henholdsvis afstand til og tilgængelighed af sundhedsaktøren.

Tabellerne præsenterer deskriptive og statistiske analyseresultater for henholdsvis kvinder og mænd i 2017. Disse er angivet ved en procentfordeling med tilhørende OR. Se tabel-eksempel 2 senere i dette afsnit.

For at belyse, om sammenhængen mellem adgang til og brug af sundhedsaktøren er forskellig for personer i forskellige uddannelsesgrupper eller indkomstniveauer, er analysen (beskrevet ovenfor) desuden opdelt efter henholdsvis uddannelsesgruppe og indkomstniveau. Tabellerne præsenterer deskriptive og statistiske analyseresultater for henholdsvis kvinder og mænd opdelt efter uddannelsesgruppe eller indkomstniveau i 2017. Disse er angivet ved en procentfordeling med tilhørende OR. Se tabel-eksempel 3 senere i dette afsnit.

Figur-eksempel 1 – søjlediagrammer af fordelinger

Fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover i 2010 og 2017

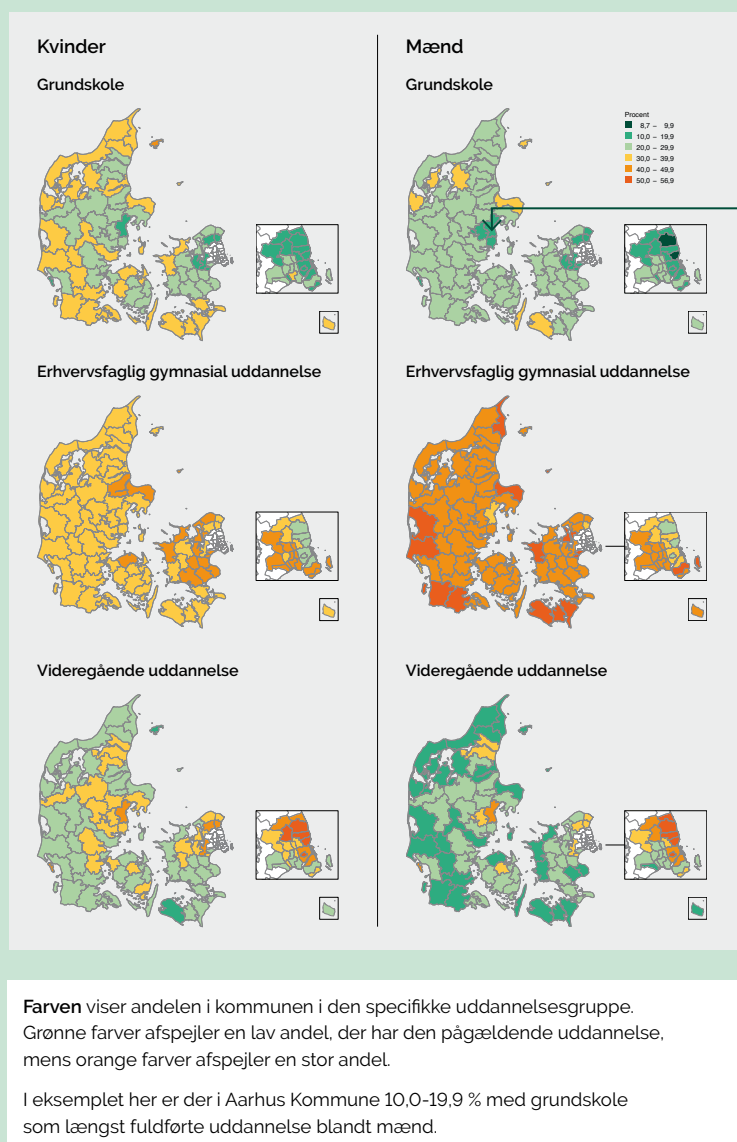


Højden af søjlen angiver fordelingen af variabelen.

I eksemplet her er der 25,0 % kvinder i 2017 med grundskole som længst fuldførte uddannelse.

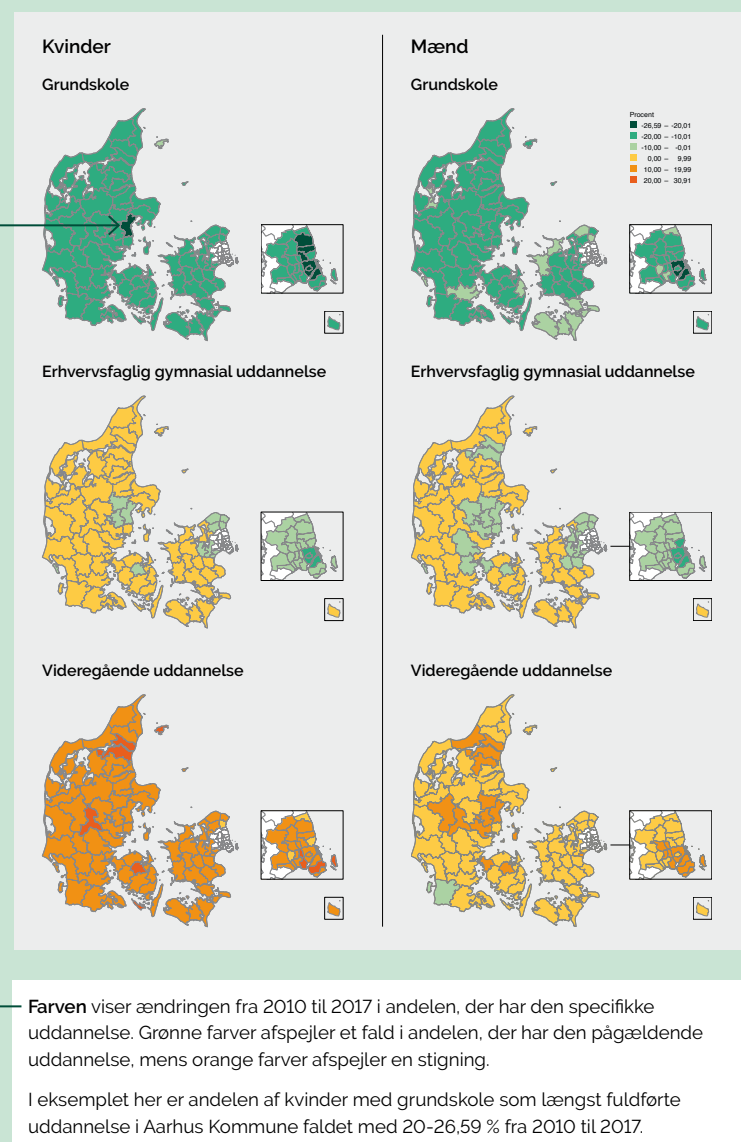
Figur-eksempel 2 – kort over kommunale forskelle i uddannelse og indkomst

Kommunale forskelle i fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover i 2017



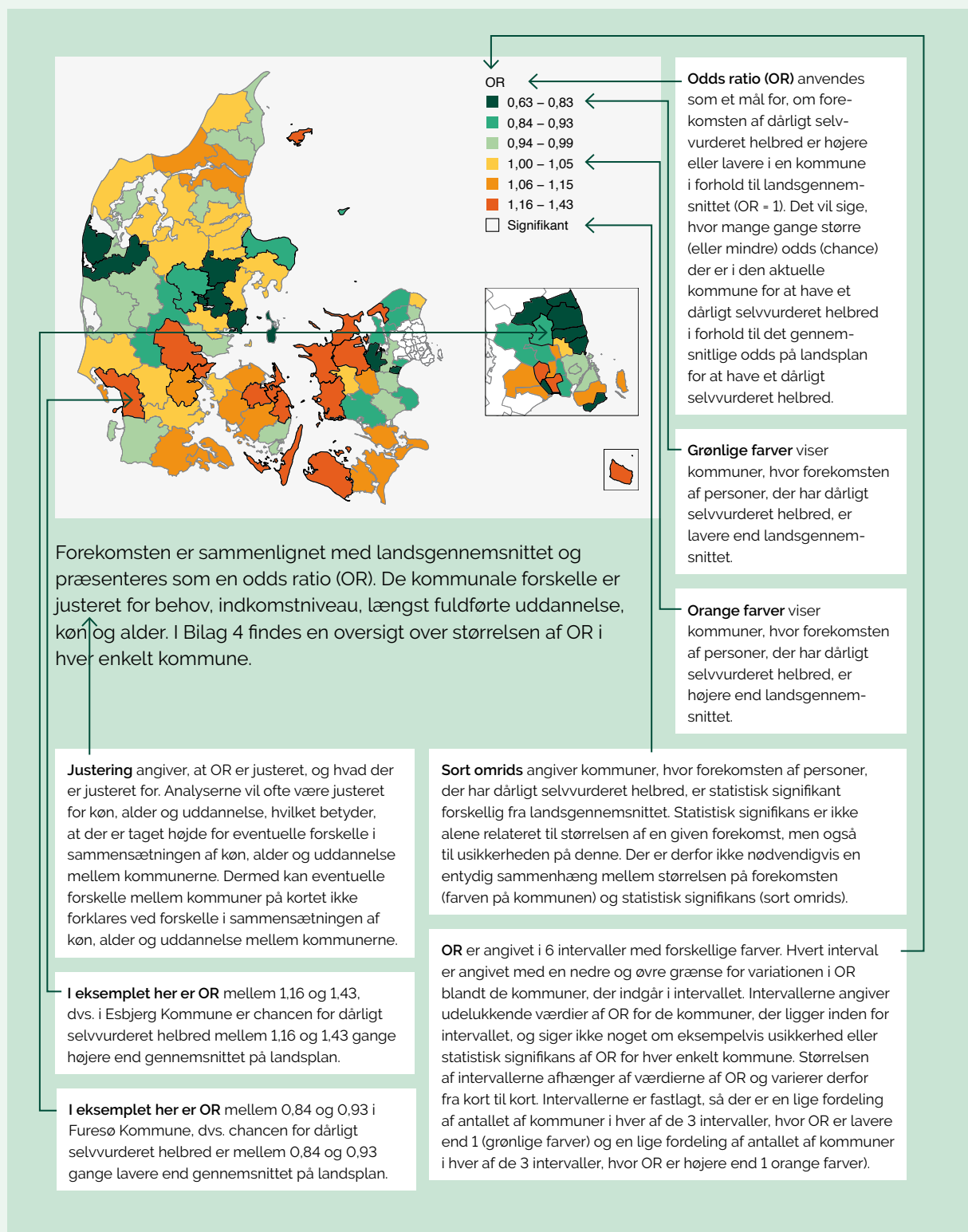
Figur-eksempel 3 – kort over ændring i kommunale forskelle i uddannelse og indkomst

Ændring i andelen af kvinder og mænd på 30 år eller derover, der har henholdsvis grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, i hver enkelt kommune



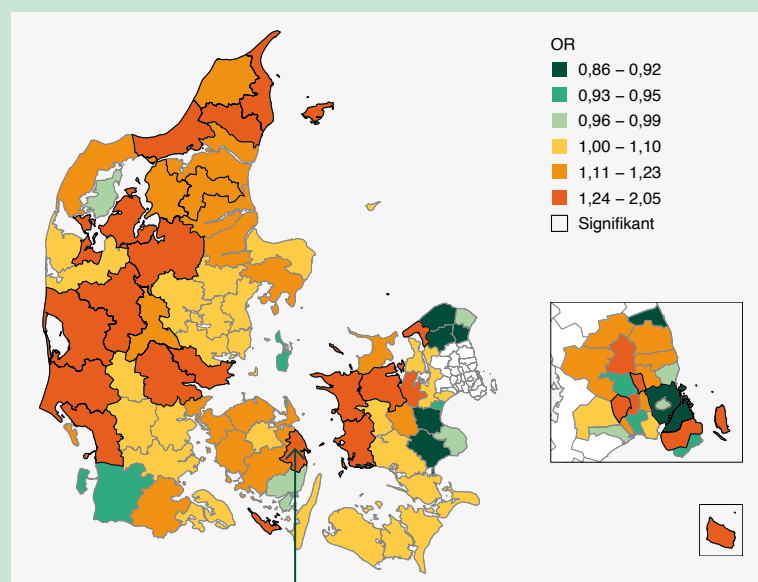
Figur-eksempel 4 – kort over kommunale forskelle i behov for sundhedsaktører

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har dårligt selvvalueret helbred, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Figur-eksempel 5 – kort over ændring i kommunale forskelle i behov for sundhedsaktører

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der har dårligt selv vurderet helbred, blandt personer på 30 år eller derover

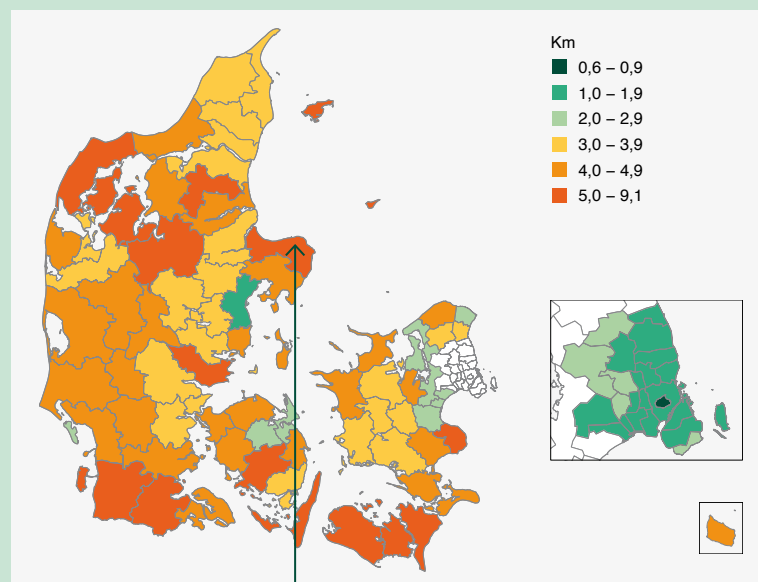


Farven viser ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der har et dårligt selv vurderet helbred. Grønne farver afspejler kommuner med et fald i forekomsten af personer, der har et dårligt selv vurderet helbred, mens orange farver afspejler kommuner med en stigning.

I eksemplet her er forekomsten af personer, der har et dårligt selv vurderet helbred i Nyborg Kommune, statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010.

Figur-eksempel 6 – kort over kommunale forskelle i adgang til sundhedsaktører

Kommunale forskelle i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, blandt den danske befolkning i 2017

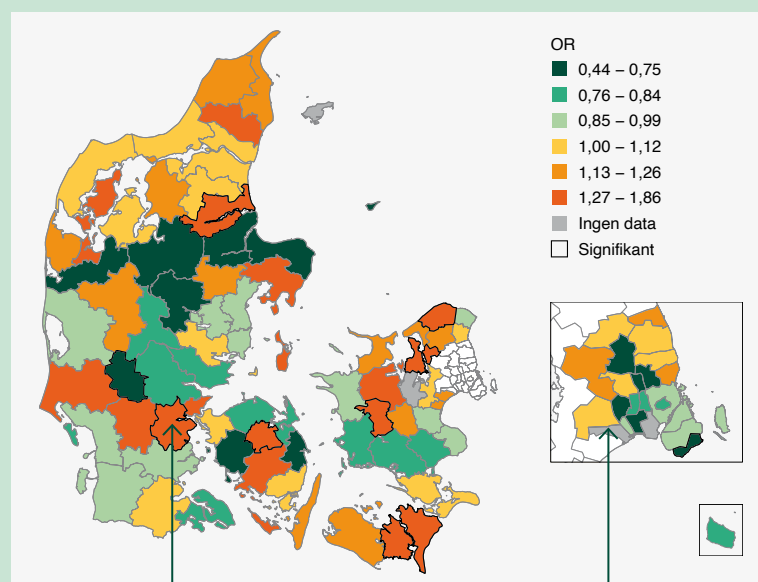


Farven viser den gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blandt indbyggerne i kommunen i 2017. Grønne farver afspejler kommuner med en kortere kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, mens orange farver afspejler kommuner med en længere kørselsafstand.

I eksemplet her er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blandt indbyggerne i Norddjurs Kommune 5,0-9,1 km i 2017.

Figur-eksempel 7 – kort over kommunale forskelle i brug af sundhedsaktører

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Farven viser forekomsten af personer, der gør brug af psykolog i 2017. Grønne farver afspejler kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af en psykolog, er lavere end landsgennemsnittet, mens orange farver afspejler kommuner, hvor forekomsten er højere end landsgennemsnittet.

I eksemplet her er forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, i Kolding Kommune statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet i 2017.

Grå farve viser kommuner, hvor der er for få data til at kunne vises.

I eksemplet her er for få personer, der gør brug af psykolog i Ishøj Kommune i 2017, til at kunne vises.

Tabel-eksempel 1 – social ulighed i behov for og brug af sundhedsaktører

Andelen, der gør brug af fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	9,9		151.018	11,5		154.749	
KVINDER	12,5		81.358	14,4		82.756	
Grundskole	11,0	1	22.469	13,5	1	18.527	1,19*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13,1	1,35*	30.962	15,2	1,33*	32.004	1,11*
Videregående uddannelse	13,4	1,57*	26.191	15,0	1,53*	30.360	1,08*
Uoplyst	8,9	1,00	1.736	9,1	0,89	1.865	0,99
MÆND	7,3		69.660	8,5		71.993	
Grundskole	6,3	1	16.133	8,0	1	14.585	1,20*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,5	1,27*	32.495	8,8	1,20*	33.367	1,13*
Videregående uddannelse	7,9	1,50*	19.606	8,8	1,39*	22.160	1,09*
Uoplyst	4,9	0,81	1.426	6,1	0,91	1.881	1,27

§ OR er justeret for behov og alder
* OR er statistisk signifikant.

%: angiver procentandel af kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, der gør brug af fysioterapeut i 2010.

I eksemplet her er der 11,0 % kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, der gør brug af fysioterapeut i 2010.

*: angiver, at der er en statistisk signifikant forskel i odds (chance) for at gøre brug af fysioterapeut mellem personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse og referencegruppen (personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse).

OR: angiver odds ratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at gøre brug af fysioterapeut i forhold til referencegruppen (grundskole som længst fuldførte uddannelse).

I eksemplet her er OR 1,50, dvs. mænd med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse har 1,50 gange større chance for at gøre brug af fysioterapeut i forhold til mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse.

OR er i rapporten justeret for alder (samt andre variable afhængigt af den enkelte analyse), hvilket betyder, at der i beregningen af OR er taget højde for eventuelle forskelle i alderssammen-sætning mellem de to grupper.

*: angiver, at der er en statistisk signifikant forskel i odds (chance) for at gøre brug af fysioterapeut i den aktuelle gruppe i 2017 sammenlignet med 2010.

Ændring 2010-2017 OR: angiver odds ratio for ændring fra 2010 til 2017, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at gøre brug af fysioterapeut i 2017 i forhold til 2010.

I eksemplet her er OR 1,20, dvs. mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse har 1,20 gange større chance for at gøre brug af fysioterapeut i 2017 i forhold til 2010.

OR er i rapporten justeret for alder (samt andre variable afhængigt af den enkelte analyse), hvilket betyder, at der i beregningen af OR er taget højde for eventuelle forskelle i alderssammen-sætning mellem de to grupper.

Tabel-eksempel 2 – sammenhæng mellem adgang til og brug af sundhedsaktør

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Kørselsafstand (km)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 0,9)	14,9	1,23*	16.272	8,0	1,10	13.149
Medium (1,0 - 5,4)	14,5	1,13*	47.184	8,7	1,09	40.983
Lang (≥5,5)	13,3	1	18.997	8,3	1	17.601

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af fysioterapeut
 * OR er statistisk signifikant.

%: angiver procentandel af kvinder med kort kørselsafstand (0-0,9 km) til nærmeste fysioterapeut, der gør brug af fysioterapeut i 2017.

I eksemplet her er der 14,9 % kvinder med kort kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, der gør brug af fysioterapeut i 2017.

OR: angiver odds ratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at gøre brug af fysioterapeut i forhold til referencegruppen (lang kørselsafstand).

I eksemplet her er OR 1,23, dvs. kvinder med kort kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut har 1,23 gange større chance for at gøre brug af fysioterapeut i forhold til kvinder med lang kørselsafstand.

OR er i rapporten justeret for alder (samt andre variable afhængigt af den enkelte analyse), hvilket betyder, at der i beregningen af OR er taget højde for eventuelle forskelle i alderssammen-sætning mellem de to grupper.

*: angiver, at der er en statistisk signifikant forskel i odds (chance) for at gøre brug af fysioterapeut mellem personer med kort og lang kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut.

Tabel-eksempel 3 – sammenhæng mellem adgang til og brug af sundhedsaktør opdelt efter uddannelsesgruppe eller indkomstniveau

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Uddannelse	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [*]	N (total)	%	OR [*]	N (total)
Grundskole	Kort	14,9	1,27*	3.736	6,8	0,99	2.457
	Medium	13,2	1,06	9.784	8,4	1,15	7.592
	Lang	12,2	1	4.913	7,8	1	4.467
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Kort	15,5	1,16*	5.720	8,4	1,15	5.580
	Medium	15,4	1,10	18.435	9,2	1,17*	18.811
	Lang	14,2	1	7.735	8,0	1	8.870
Videregående uddannelse	Kort	15,1	1,31*	6.360	8,6	1,02	4.652
	Medium	15,2	1,26*	17.938	8,7	0,93	13.561
	Lang	13,6	1	5.976	9,7	1	3.874

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af fysioterapeut

* OR er statistisk signifikant.

Kort: 0-0,9 km, Medium: 1-5,4, Lang: ≥5,5 km.

%: angiver procentandel blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse og kort kørselsafstand (0-0,9 km) til nærmeste fysioterapeut, der gør brug af fysioterapeut i 2017.

I eksemplet her er der blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse og kort kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut 14,9 %, der gør brug af fysioterapeut i 2017.

OR: angiver odds ratio, det vil sige, hvor mange gange større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at gøre brug af fysioterapeut i forhold til referencegruppen (lang kørselsafstand).

I eksemplet her er OR 1,27, dvs. blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse, har kvinder med kort kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut 1,27 gange større chance for at gøre brug af fysioterapeut i forhold til kvinder med lang kørselsafstand.

OR er i rapporten justeret for alder (samt andre variable afhængigt af den enkelte analyse), hvilket betyder, at der i beregningen af OR er taget højde for eventuelle forskelle i alderssammen-sætning mellem de to grupper.

*: angiver, at der er en statistisk signifikant forskel i odds (chance) for at gøre brug af fysioterapeut mellem personer med kort og lang kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut.

Opsummering af resultater

Uddannelse og indkomst

Både blandt kvinder og mænd er det hyppigst at have en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Desuden er andelen med videregående uddannelse større end andelen med grundskole som længst fuldførte uddannelse blandt både kvinder og mænd.

Der er flest kvinder og mænd med videregående uddannelse i og omkring Hovedstadsområdet og de største byer, mens der i disse områder ses færrest personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse.

Fra 2010 til 2017 er uddannelseslængden generelt øget. Andelen af både kvinder og mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse er faldet i hele landet, mens andelen af kvinder og mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er faldet i og omkring landets største byer. Andelen af kvinder med videregående uddannelse er steget i det meste af Danmark, mens andelen af mænd med videregående uddannelse primært er steget i og omkring landets fire største byer.

Der er flest kvinder og mænd med højeste indkomstniveau nord for København, mens der ses færrest personer med højeste indkomstniveau i store dele af Jylland, særligt langs vestkysten, på det meste af Fyn samt på Lolland-Falster og for kvindernes vedkommende også langs vestkysten af Sjælland.

Fra 2010 til 2017 er andelen af både kvinder og mænd med højeste indkomstniveau steget i primært Københavns og Frederiksberg Kommune, mens den er faldet i blandt andet kommuner langs den jyske vestkyst. Samtidig er andelen af kvinder med laveste indkomstniveau steget i primært nogle kommuner i omegnen af København, på det sydøstlige Fyn, Langeland, Ærø, Lolland-Falster samt i Sønderjylland og enkelte andre steder. Andelen af mænd med laveste indkomstniveau er steget i primært nogle kommuner i omegnen af København.

Behov for sundhedsydelser

Behov for sundhedsydelser opgøres ved følgende behovsmål: dårligt selvvurderet helbred, begrænsninger i fysisk aktivitet, selvrapporterede muskel- og skelet-smerter, dårligt mentalt helbred, nedtrykthed og uro, antal kroniske/langvarige sygdomme, antal muskel- og skeletsygdomme, samt angst, depression og OCD (Obsessive Compulsive Disorder).

Der ses social ulighed i samtlige otte mål for behov. Behovet for sundhedsydelser er således større blandt personer med kortere fuldførte uddannelse.

Ligeledes ses der geografisk ulighed i samtlige otte mål for behov. For hvert behovsmål er der således mere end en femtedel af landets kommuner, hvor behovet for sundhedsydelser er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet.

Der ses visse geografiske mønstre på tværs af behovsmål. Eksempelvis ligger kommuner nord for København typisk lavere på fysiske behovsmål som begrænsninger i fysisk aktivitet og kronisk/langvarig sygdom, mens dette ikke i samme grad er tilfældet på mentale mål som nedtrykthed og uro. Kommuner på Vest- og Sydsjælland, Lolland-Falster samt det nordøstlige Fyn og Langeland ligger typisk højere på selvrapporterede

fysiske mål som dårligt selv vurderet helbred og selvrapporterede smerter. Især på Sjælland genfindes dette billede ikke i samme grad i kronisk/langvarig sygdom, der afspejler diagnosticerede lidelser.

Fra 2010 til 2017 ses der et øget behov for sundhedsydelser i langt de fleste behovsmål. Kun i forekomsten af angst, depression og/eller OCD ses der et fald.

Alment praktiserende læge

I 2017 er der i gennemsnit 4,6 km i kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til egen læge blevet 500 m længere. Der ses social ulighed i adgang til alment praktiserende læge, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er kortest for personer med henholdsvis længst fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. Personer, der bor i Hovedstadsområdet, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Den højeste tilgængelighed af alment praktiserende læge findes især på Fyn samt i Midt- og Sønderjylland, mens den laveste tilgængelighed især findes i Nordjylland og i dele af Hovedstadsområdet.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 93 % og 82 %, der gør brug af alment praktiserende læge. Der ses social ulighed i brug af alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses nogen geografisk ulighed i brug af alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap en femtedel af kommunerne. Fra 2010 til 2017

ses der et fald i andelen, der gør brug af alment praktiserende læge blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse eller lavere indkomst, når der justeres for behov.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 67 % og 52 %, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge. Der ses omvendt social ulighed i brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation, er således mindre blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Desuden er brugen af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge mindre blandt kvinder med højeste indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i mere end tre ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der et fald i forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 47 % og 32 %, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge. Der ses social ulighed i brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i mere end tre ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov.

Blandt både kvinder og mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge i gruppen med lavere indkomst. Blandt personer med lavere indkomst er andelen, der gør brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, således højere ved kortere kørselsafstand, når der justeres for behov.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse er andelen, der gør brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand. Blandt kvinder gælder dette særligt for dem med videregående uddannelse eller højere indkomstniveau, mens det blandt mænd ses uanset uddannelseslængde og for de fleste indkomstniveauer.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, således lavere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand. Blandt kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde og indkomstniveau. Blandt mænd ses det særligt blandt dem med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt dem med mellemindkomst eller lavere.

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere ved højere tilgængelighed. Denne sammenhæng ses særligt blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt personer med mellemindkomst.

Vagtlæge og akuttelefon 1813

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 21 % og 18 %, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813. Der ses omvendt social ulighed i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, er således mindre blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses der desuden mindre brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 med højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i to ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, for alle andre end kvinder med videregående uddannelse, når der justeres for behov.

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. For kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde, mens det særligt ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse. Opgjort på indkomst ses der ligeledes højere brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge i de fleste indkomstniveauer.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 blandt kvinder. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov. Dette ses særligt blandt kvinder med mellemindekørsst.

Praktiserende tandlæge og tandplejer

I 2017 er der i gennemsnit 2,7 km i kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer blevet 100 m længere. Der ses social ulighed i adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer end i kommuner med færre større byer.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 78 % og 72 %, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Der ses social ulighed i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i godt en tredjedel af kommunerne. Fra perioden 2010-2011 til 2017-2018 ses der overordnet et fald i forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Det gælder dog ikke for kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse eller kvinder med højere indkomstniveau.

Overordnet ses der ikke en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, hverken for mænd eller kvinder.

Fysioterapeut

I 2017 er der i gennemsnit 3,3 km i kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blevet 100 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til fysioterapeut, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. Personer, der bor i og omkring Hovedstadsområdet samt i Aarhus Kommune eller Odense kommune, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut. Den højeste tilgængelighed af fysioterapeut findes især nord for København, i omegnen af Hovedstadsområdet og omkring den vestlige del af Limfjorden.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 14 % og 9 %, der gør brug af fysioterapeut. Der ses social ulighed i brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af fysioterapeut, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap to ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Det gælder dog ikke blandt kvinder og mænd med laveste indkomstniveau.

Blandt kvinder ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved kortere kørselsafstand. Dette gælder uanset uddannelseslængde, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt kvinder med mellemindkomst. Blandt mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut i gruppen med lavere indkomst. Blandt mænd med lavere indkomst er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved kortere kørselsafstand, når der justeres for behov.

Blandt kvinder ses der ligeledes en sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved højere tilgængelighed. Dette gælder uanset uddannelseslængde og indkomstniveau. Blandt mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut i gruppen med højere indkomst. Blandt mænd med højere indkomst er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

Psykolog

I 2017 er der i gennemsnit 4,8 km i kørselsafstand til nærmeste psykolog. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog blevet 300 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til psykolog, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste psykolog end i kommuner med færre større byer. Der ses ikke noget tydeligt geografisk mønster i tilgængelighed af psykolog.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 2,2 % og 0,9 %, der gør brug af psykolog. Der ses social ulighed i brug af psykolog, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af psykolog, er således højere blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Opgjort på indkomstniveau er det særligt blandt personer med mellemindkomst, der ses et højere brug af psykolog. Der ses nogen geografisk ulighed i brug af psykolog, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap en tiendedel af kommunerne. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der dog stor usikkerhed i denne analyse. Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, når der justeres for behov. Det gælder dog ikke blandt mænd med laveste indkomstniveau.

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste psykolog og brug af psykolog, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af psykolog, er således højere blandt personer med kortere kørselsafstand. Blandt mænd ses der desuden en sammenhæng mellem tilgængelighed af psykolog og brug af psykolog, når der justeres for behov. Blandt mænd er andelen, der gør brug af psykolog, således højere ved højere tilgængelighed.

Kiropraktor

I 2017 er der i gennemsnit 6,1 km i kørselsafstand til nærmeste kiropraktor. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropraktor blevet 400 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til kiropraktor, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropraktor er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste kiropraktor end i kommuner med færre større byer.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover 8 %, der gør brug af kiropraktor. Der ses social ulighed i brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i godt halvdelen af kommunerne. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet ingen ændring i forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, selvom der i visse kommuner har været en stigning og i enkelte kommuner et fald.

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste kiropraktor og brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med kortere kørselsafstand. For kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses i laveste og højeste indkomstniveau. For mænd ses det særligt ved lavere mellemindkomst.

Blandt både kvinder og mænd ses der ligeledes en sammenhæng mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med højere tilgængelighed. Dette gælder uanset uddannelseslængde for alle andre end mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Ligeledes er andelen, der gør brug af kiropraktor, højere blandt både mænd og kvinder i laveste og højeste indkomstniveau.

1

Uddannelse og indkomst



Social ulighed kan måles på forskellige måder, og en række faktorer kan anvendes til at belyse sociale forskelle i sundhed mellem befolkningsgrupper. I nærværende rapport belyses den sociale ulighed ved længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau. Andre mål for sociale forskelle inkluderer for eksempel beskæftigelse, erhverv, boligforhold og etnicitet.

At belyse social ulighed ved længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau er blandt andet et udtryk for gruppernes forskellige livsvilkår og mulighed for at leve sundt. Ulighed belyst ved indkomstniveau inkluderer også muligheden for brug af sundhedsydelser med hel eller delvis brugerbetaling samt muligheden for at have private sundhedsforsikringer.

Længst fuldførte uddannelse vil for størstedelen af befolkningen på 30 år eller derover være uændret gennem livet. Indkomstniveau kan derimod variere gennem livet i den voksne befolkning på 30 år eller derover. Det skyldes, at indkomstniveau påvirkes af en række forhold som blandt andet ændring af erhverv, inflation, anciennitet og sygdom.

I dette kapitel beskrives fordelingen af uddannelse og indkomst samt geografiske forskelle i uddannelse og indkomst blandt den danske befolkning på 30 år eller derover, og kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater.

1.1 Uddannelse

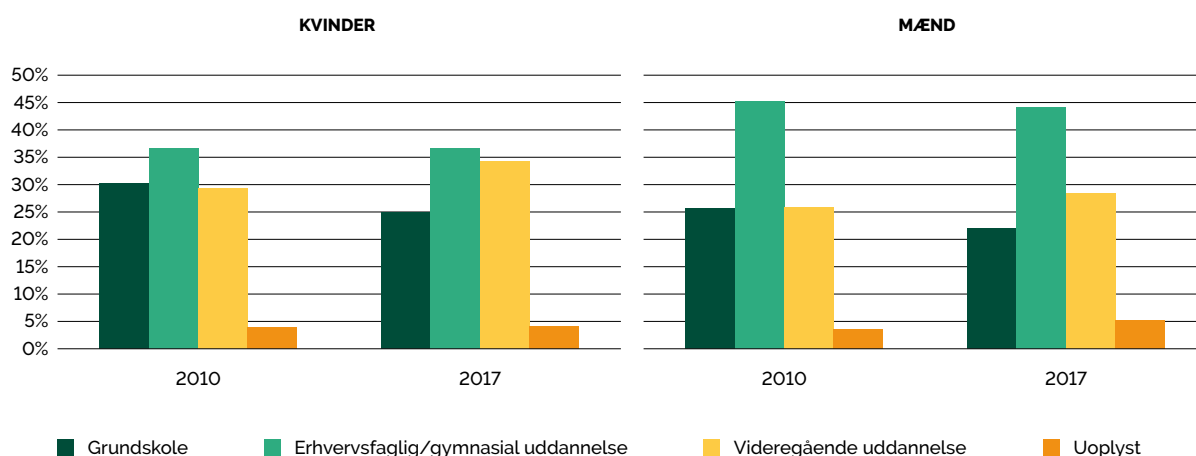
Uddannelse er i denne rapport defineret ved længst fuldførte uddannelse på basis af data fra Uddannelsesregistret. Definitionen af uddannelse er nærmere beskrevet i Bilag 1.

I dette afsnit belyses først fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt den danske befolkning på 30 år eller derover. Herefter belyses geografiske forskelle i længst fuldførte uddannelse i 2017, hvorefter geografiske forskelle i perioden 2010-2017 belyses.

1.1.1 Længst fuldførte uddannelse

FIGUR 1.1.1.1

Fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover i 2010 og 2017



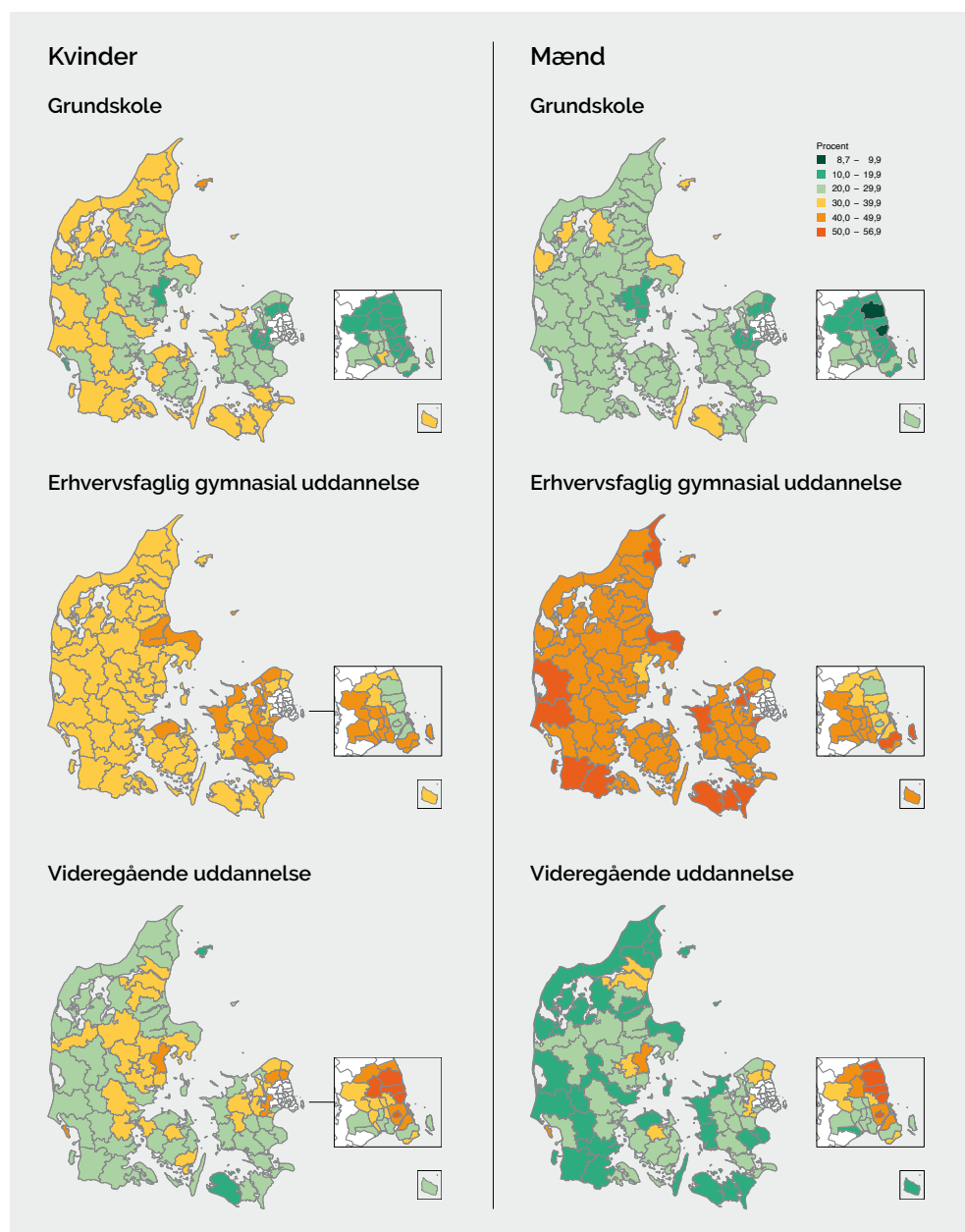
Figur 1.1.1.1 viser fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

Blandt både kvinder og mænd har flest en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse i både 2010 og 2017. I 2017 er andelen, der har en videregående uddannelse, større end andelen, der har grundskole som længst fuldførte uddannelse, blandt både kvinder og mænd.

1.1.2 Kommunale forskelle i længst fuldførte uddannelse

FIGUR 1.1.2.1

Kommunale forskelle i fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover i 2017



Fordelingen vises som andelen af kvinder og mænd på 30 år eller derover, der har henholdsvis grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, i hver enkelt kommune. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af andelen i hver enkelt kommune.

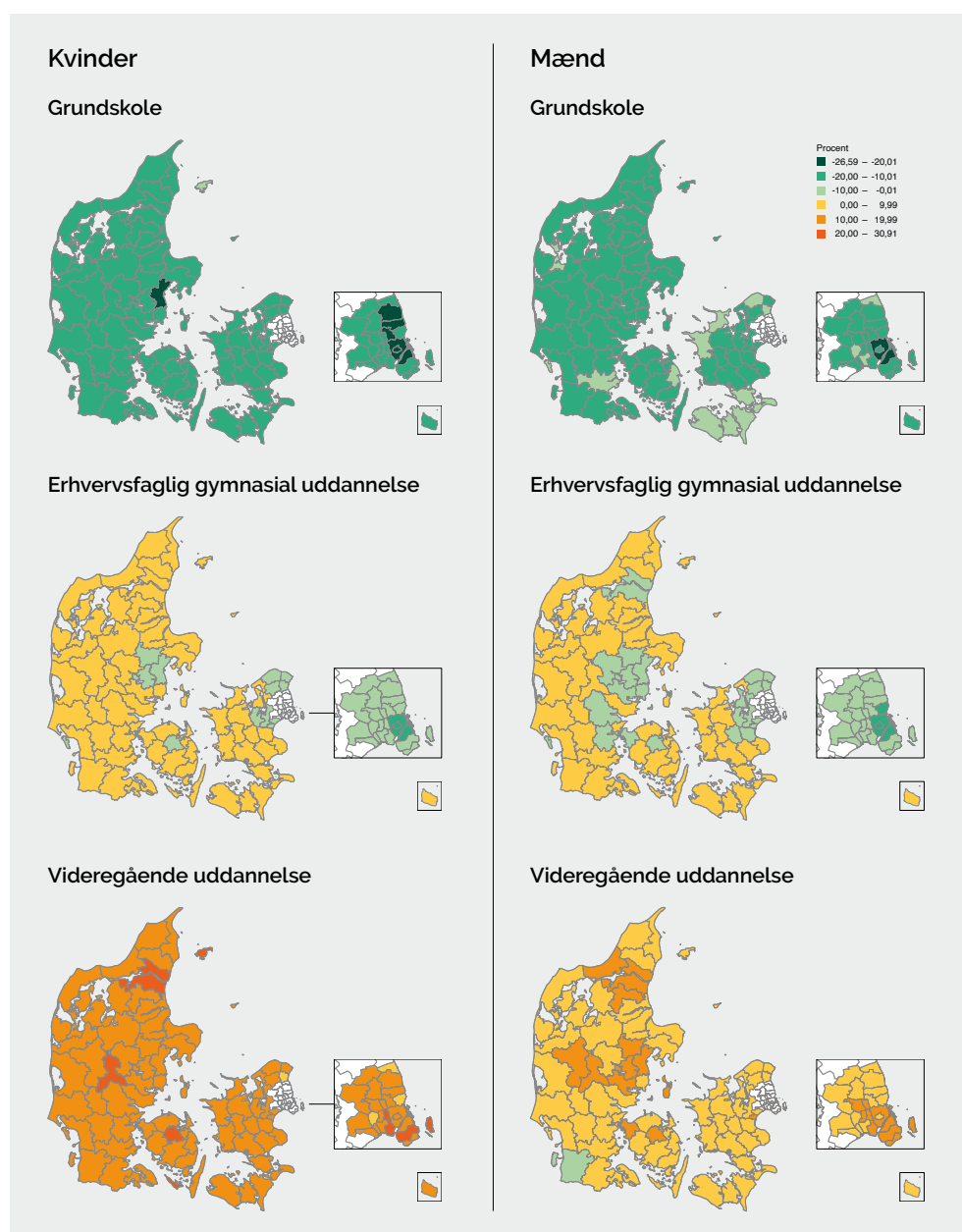
Figur 1.1.2.1 viser kommunale forskelle i fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover i 2017.

Blandt både kvinder og mænd er andelen med grundskole som længst fuldførte uddannelse mindst i og nord for København, vest for Hovedstadsområdet samt i Aarhus og enkelte andre kommuner. De største andele af kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse ses særligt på Sjælland, mens de største andele af mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse blandt andet ses i Vest- og Sønderjylland samt Lolland-Falster. Blandt både kvinder og mænd er andelen med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse mindst i og umiddelbart nord for København. De største andele med videregående uddannelse blandt både kvinder og mænd ses særligt nord for København og i Frederiksberg Kommune, men findes generelt i, og særligt for kvindernes vedkommende også omkring, Hovedstadsområdet og de største byer.

1.1.3 Kommunale forskelle i ændringen i længst fuldførte uddannelse

FIGUR 1.1.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i den danske befolkning



Ændring i andelen af kvinder og mænd på 30 år eller derover, der har henholdsvis grundskole, erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, i hver enkelt kommune. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af ændringerne i hver enkelt kommune.

Figur 1.1.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i fordelingen af længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover. Grønne farver afspejler et fald i andelen, der har den pågældende uddannelse, mens orange farver afspejler en stigning.

Fra 2010 til 2017 er andelen af kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse faldet med over 10 % i hele landet og særligt i Aarhus Kommune samt i og nord for København. Andelen af kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er faldet i og omkring landets tre største byer, mens andelen af kvinder med videregående uddannelse er steget med over 10 % i det meste af landet.

Fra 2010 til 2017 er andelen af mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse faldet med over 10 % i det meste af landet og særligt i Københavns Kommune. Andelen af mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er faldet i og omkring landets fire største byer samt i dele af Trekantområdet. Andelen af mænd med videregående uddannelse er steget med over 10 % i og omkring landets fire største byer.

1.2 Indkomst

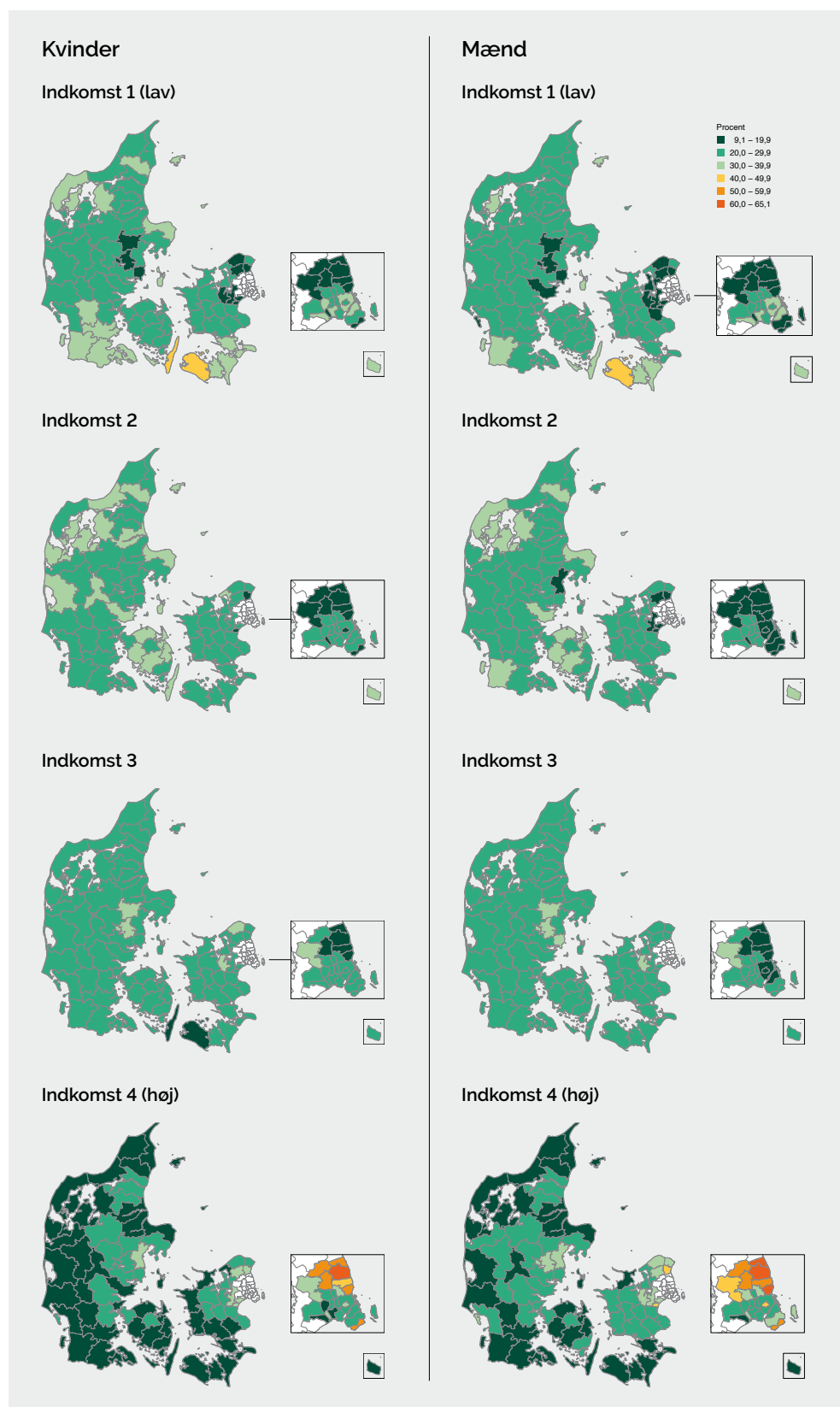
Indkomst er i denne rapport opgjort på basis af data fra Indkomstregisteret. Indkomstniveau er defineret ved at inddele befolkningen på 30 år eller derover i fire lige store grupper ud fra deres ækvivalerede disponible indkomst. Definitionen af indkomstniveau er nærmere beskrevet i Bilag 1.

I dette afsnit belyses først geografiske forskelle i indkomstniveau blandt den danske befolkning på 30 år eller derover i 2017, hvorefter geografiske forskelle i perioden 2010-2017 belyses.

1.2.1 Kommunale forskelle i indkomstniveau

FIGUR 1.2.1.1

Kommunale forskelle i fordelingen af indkomstniveau blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover i 2017



Fordelingen vises som andelen af kvinder og mænd på 30 år eller derover, der har henholdsvis indkomstniveau 1 (lav), indkomstniveau 2, indkomstniveau 3 og indkomstniveau 4 (høj), i hver enkelt kommune. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af andelen i hver enkelt kommune.

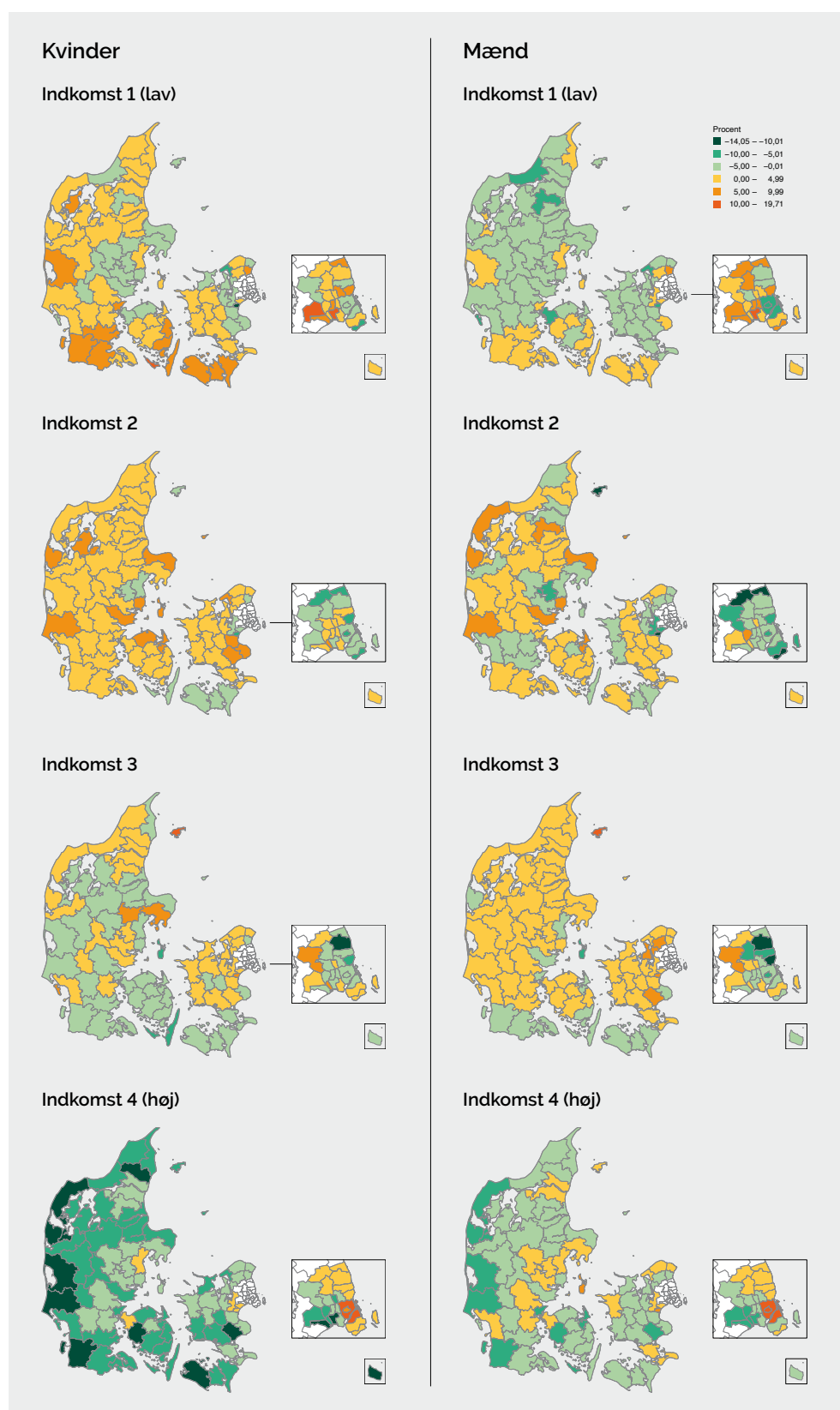
Figur 1.2.1.1 viser kommunale forskelle i fordelingen af indkomstniveau blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover i 2017.

Blandt både kvinder og mænd er andelen med laveste indkomstniveau mindst i omegnen af København og Aarhus. De mindste andele med højeste indkomstniveau blandt både kvinder og mænd ses i store dele af Jylland, særligt langs vestkysten, og på det meste af Fyn samt på Lolland-Falster. Særligt for kvindernes vedkommende ses også små andele med højeste indkomstniveau langs vestkysten af Sjælland. De største andele med højeste indkomstniveau blandt både kvinder og mænd ses nord for København samt i Frederiksberg og Dragør Kommune.

1.2.2 Kommunale forskelle i ændringen i indkomstniveau

FIGUR 1.2.2.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i fordelingen af indkomstniveau blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover



Ændring i andelen af kvinder og mænd på 30 år eller derover, der har henholdsvis indkomstniveau 1 (lav), indkomstniveau 2, indkomstniveau 3 og indkomstniveau 4 (høj), i hver enkelt kommune. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af ændringerne i hver enkelt kommune.

Figur 1.2.2.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i fordelingen af indkomstniveau blandt kvinder og mænd i den danske befolkning på 30 år eller derover. Grønne farver afspejler et fald i andelen, der har det pågældende indkomstniveau, mens orange farver afspejler en stigning.

Fra 2010 til 2017 er andelen af kvinder med laveste indkomstniveau steget med over 5 % i nogle kommuner i omegnen af København, på det sydøstlige Fyn, Langeland, Ærø, Lolland-Falster samt i Sønderjylland og enkelte andre steder. Andelen af kvinder med højeste indkomstniveau er steget med over 5 % i Københavns og Frederiksberg Kommune, mens den er faldet med over 10 % i blandt andet kommuner langs den jyske vestkyst.

Fra 2010 til 2017 er andelen af mænd med laveste indkomstniveau steget med over 5 % i nogle kommuner i omegnen af København. Andelen af mænd med højeste indkomstniveau er steget med over 10 % i Københavns og Frederiksberg Kommune, mens den er faldet med over 5 % i blandt andet kommuner langs den jyske vestkyst.

1.3 Opsummering

Både blandt kvinder og mænd er det hyppigst at have en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Desuden er andelen med videregående uddannelse større end andelen med grundskole som længst fuldførte uddannelse blandt både kvinder og mænd.

Der er flest kvinder og mænd med videregående uddannelse i og omkring Hovedstadsområdet og de største byer, mens der i disse områder ses færrest personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse.

Fra 2010 til 2017 er uddannelseslængden generelt øget. Andelen af både kvinder og mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse er faldet i hele landet, mens andelen af kvinder og mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er faldet i og omkring landets største byer. Andelen af kvinder med videregående uddannelse er steget i det meste af Danmark, mens andelen af mænd med videregående uddannelse primært er steget i og omkring landets fire største byer.

Der er flest kvinder og mænd med højeste indkomstniveau nord for København, mens der ses færrest personer med højeste indkomstniveau i store dele af Jylland, særligt langs vestkysten, på det meste af Fyn samt på Lolland-Falster og for kvindernes vedkommende også langs vestkysten af Sjælland.

Fra 2010 til 2017 er andelen af både kvinder og mænd med højeste indkomstniveau steget i primært Københavns og Frederiksberg Kommune, mens den er faldet i blandt andet kommuner langs den jyske vestkyst. Samtidig er andelen af kvinder med laveste indkomstniveau steget i primært nogle kommuner i omegnen af København, på det sydøstlige Fyn, Langeland, Ærø, Lolland-Falster samt i Sønderjylland og enkelte andre steder. Andelen af mænd med laveste indkomstniveau er steget i primært nogle kommuner i omegnen af København.

2

Behov for sundhedsydelser



Der er forskelle i hvordan og hvor ofte, man bruger sundhedsvæsenet. En stor del af forklaringen på dette er, at man har forskellige behov for ydelser i sundhedsvæsenet. En sygdomsfri person, som vurderer sit mentale og fysiske helbred som godt, har alt andet lige et mindre behov for brug af sundhedsvæsenet end personer, der eksempelvis har smerter, sygdomme eller et dårligt fysisk og mentalt helbred.

Behov for sundhedsvæsenets ydelser varierer alt efter hvilken sundhedsaktør og -ydelse, der er tale om. Behov for en sundhedsydelse kan vurderes ud fra en række behovsmål. For hver enkelt sundhedsydelse er det forskellige behovsmål, der bedst estimerer en persons behov. Eksempelvis anvendes selv vurderet helbred ofte som et behovsmål for alle sundhedsydelser, mens mentalt helbred i højere grad er relevant i vurderingen af behov for psykolog end i vurderingen af behov for kiropraktor.

I denne rapport undersøges den sociale og geografiske ulighed i brugen af sundhedsydelser, når der tages hensyn til forskelle i behov for den enkelte sundhedsydelse. Behov for sundhedsydelser opgøres ved følgende behovsmål: dårligt selv vurderet helbred, begrænsninger i fysisk aktivitet, selvrapporterede muskel- og skelet-smerter, dårligt mentalt helbred, nedtrykthed og uro, antal kroniske/langvarige sygdomme, antal muskel- og skeletsygdomme samt angst, depression og OCD (Obsessive Compulsive Disorder). I hvert kapitel om de 6 sundhedsaktører (kapitel 3-8) beskrives hvilke behovsmål, der anvendes til at justere for behovet for sundhedsydelsen. Det uddybes endvidere i Bilag 1.

I dette kapitel belyses social og geografisk ulighed i behov for sundhedsydelser beskrevet ved de otte behovsmål angivet ovenfor. Kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater for behov for sundhedsydelser.

2.1 Dårligt selv vurderet helbred

I dette afsnit belyses den sociale ulighed og kommunale forskelle i andelen af personer på 30 år eller derover, der har et dårligt selv vurderet helbred.

Dårligt selv vurderet helbred er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010 og 2017). Definitionen af dårligt selv vurderet helbred er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.1.1 Social ulighed i dårligt selv vurderet helbred

TABEL 2.1.1.1

Andelen, der har dårligt selv vurderet helbred, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og i 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR ^s	N (total)	%	OR ^s	N (total)	OR ^s
ALLE	17,4		149.142	19,1		153.844	
KVINDER	19,4		80.146	21,1		82.266	
Grundskole	30,4	2,77*	21.963	32,2	2,75*	18.315	1,05*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	17,0	1,55*	30.583	20,4	1,63*	31.825	1,20*
Videregående uddannelse	11,1	1	25.895	13,0	1	30.261	1,18*
Uoplyst	35,2	2,83*	1.705	22,8	1,98*	1.865	0,80*
MÆND	15,3		68.996	17,0		71.578	
Grundskole	23,9	2,62*	15.910	26,2	2,81*	14.432	1,10*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	14,3	1,55*	32.218	16,7	1,70*	33.187	1,15*
Videregående uddannelse	9,2	1	19.454	10,1	1	22.076	1,07
Uoplyst	28,2	3,14*	1.414	20,1	2,41*	1.883	0,84

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 2.1.1.1 viser sammenhængen mellem andelen, der vurderer eget helbred som dårligt, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 32 %, der har et dårligt selv vurderet helbred. Det gælder henholdsvis 20 % og 13 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 26 %, der har et dårligt selv vurderet helbred. Det gælder for henholdsvis 17 % og 10 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

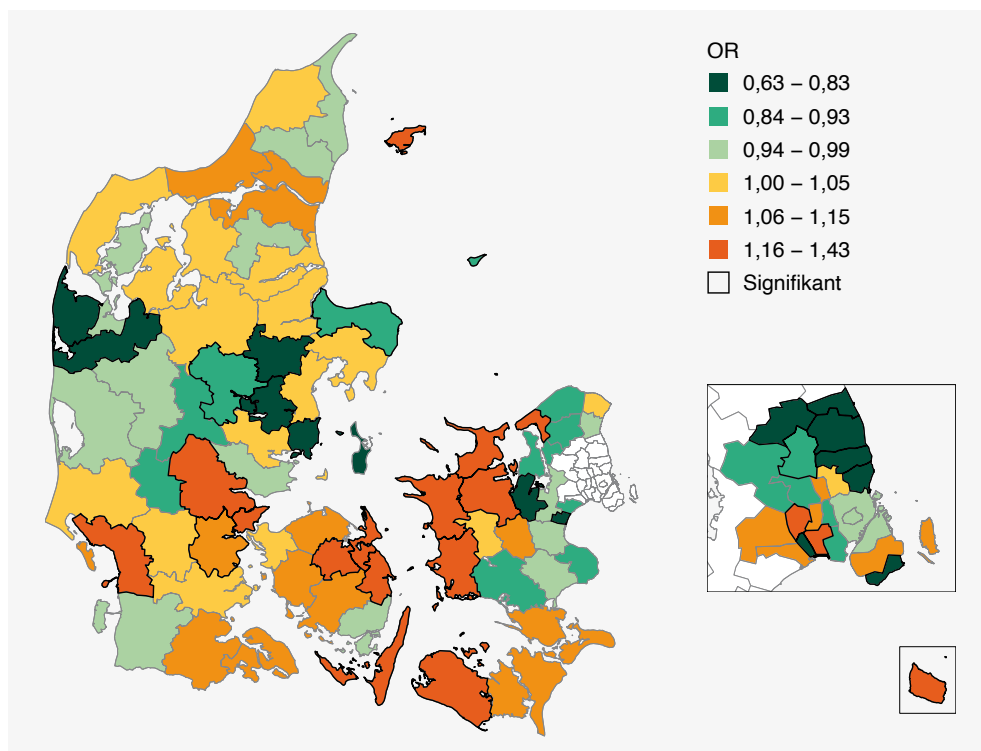
Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har et dårligt selv vurderet helbred, er højere med kortere fuldførte uddannelse.

Justeret for alder er andelen af kvinder, der har dårligt selv vurderet helbred, statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for alle tre uddannelsesgrupper. Justeret for alder er andelen af mænd, der har dårligt selv vurderet helbred, statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for mænd med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

2.1.2 Kommunale forskelle i dårligt selv vurderet helbred

FIGUR 2.1.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har dårligt selv vurderet helbred, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.1.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har dårligt selv vurderet helbred, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

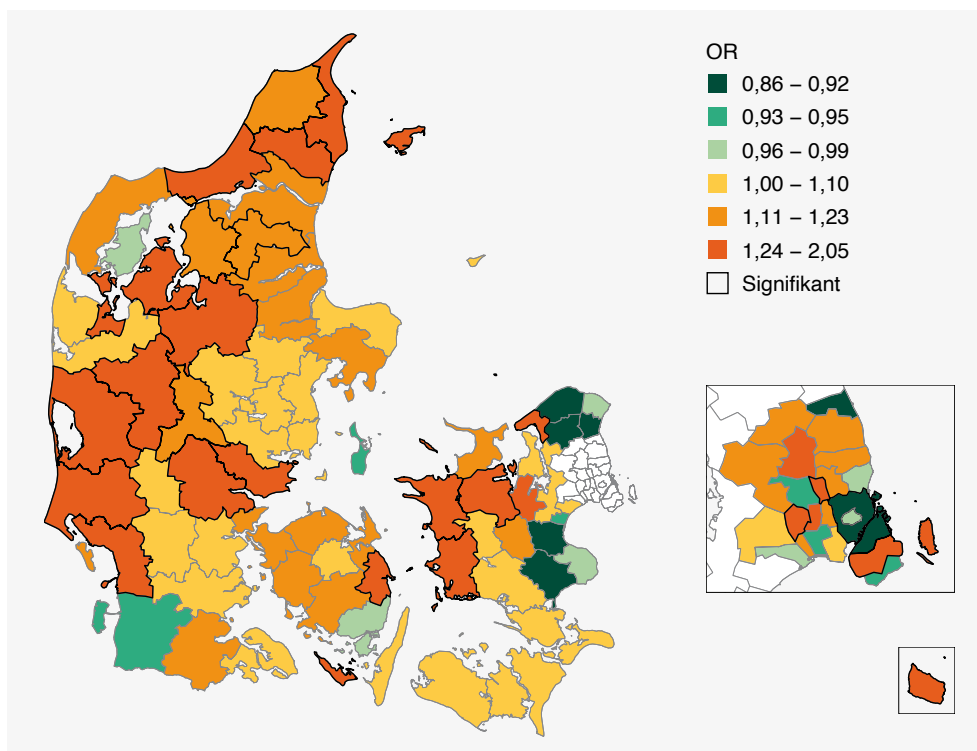
Der er 19 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har dårligt selv vurderet helbred, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i de østlige kommuner på Fyn, vestlige kommuner på Sjælland samt på øerne syd for Fyn, at der er en højere forekomst af personer med et dårligt selv vurderet helbred.

Der er 17 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har dårligt selv vurderet helbred, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver med sort omrids). Det er særligt i kommunerne nord for København samt i omegnen af Aarhus Kommune, at der er en lavere forekomst af personer med et dårligt selv vurderet helbred.

2.1.3 Kommunale forskelle i ændring af forekomsten af dårligt selvvurderet helbred

FIGUR 2.1.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der har dårligt selvvurderet helbred, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.1.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der har dårligt selvvurderet helbred, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 27 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har dårligt selvvurderet helbred, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i flere kommuner i Jylland samt vestlige kommuner på Sjælland, at forekomsten af personer med dårligt selvvurderet helbred er højere i 2017 end i 2010.

Det er kun i Københavns Kommune, at forekomsten af personer med dårligt selvvurderet helbred er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommune med mørkegrøn farve og sort omrids).

2.1.4 Sammenfatning

I 2017 er der blandt kvinder og mænd over 30 år henholdsvis 21 % og 17 %, der har et dårligt selvvurderet helbred. Der ses social ulighed, idet forekomsten af personer, der har et dårligt selvvurderet helbred, er højere med kortere fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes geografisk ulighed i forekomsten af personer, der har dårligt selvvurderet helbred, da forekomsten i godt en tredjedel af kommunerne er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i forekomsten af personer med et dårligt selvvurderet helbred, selvom der har været et fald i Københavns Kommune. Det er særligt i Jylland, at forekomsten af personer, der har dårligt selvvurderet helbred, er steget fra 2010 til 2017.

2.2 Begrænsninger i fysisk aktivitet

I dette afsnit belyses den sociale ulighed og kommunale forskelle i andelen af personer på 30 år eller derover, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet.

Begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet er i denne rapport defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010 og 2017). Definitionen af begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.2.1 Social ulighed i begrænsninger i fysisk aktivitet

TABEL 2.2.1.1

Andelen, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	11,0		148.128	11,9		154.049	
KVINDER	13,5		79.576	14,1		82.385	
Grundskole	23,7	3,22*	21.804	25,3	3,30*	18.359	1,00
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,6	1,82*	30.388	12,6	1,86*	31.873	1,09*
Videregående uddannelse	5,4	1	25.700	6,4	1	30.288	1,11*
Uoplyst	39,1	4,32*	1.684	19,2	3,37*	1.865	0,85
MÆND	8,4		68.552	9,6		71.664	
Grundskole	15,2	3,44*	15.743	16,7	3,58*	14.445	1,03
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,3	1,89*	32.034	8,7	2,03*	33.235	1,10*
Videregående uddannelse	3,7	1	19.378	4,1	1	22.106	1,05
Uoplyst	22,2	4,55*	1.397	17,6	5,56*	1.878	1,38*

§ OR er justeret for alder

* OR er statistisk signifikant

Tabel 2.2.1.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 25 %, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet. Det gælder henholdsvis 13 % og 6 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 17 %, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet. Det gælder henholdsvis 9 % og 4 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

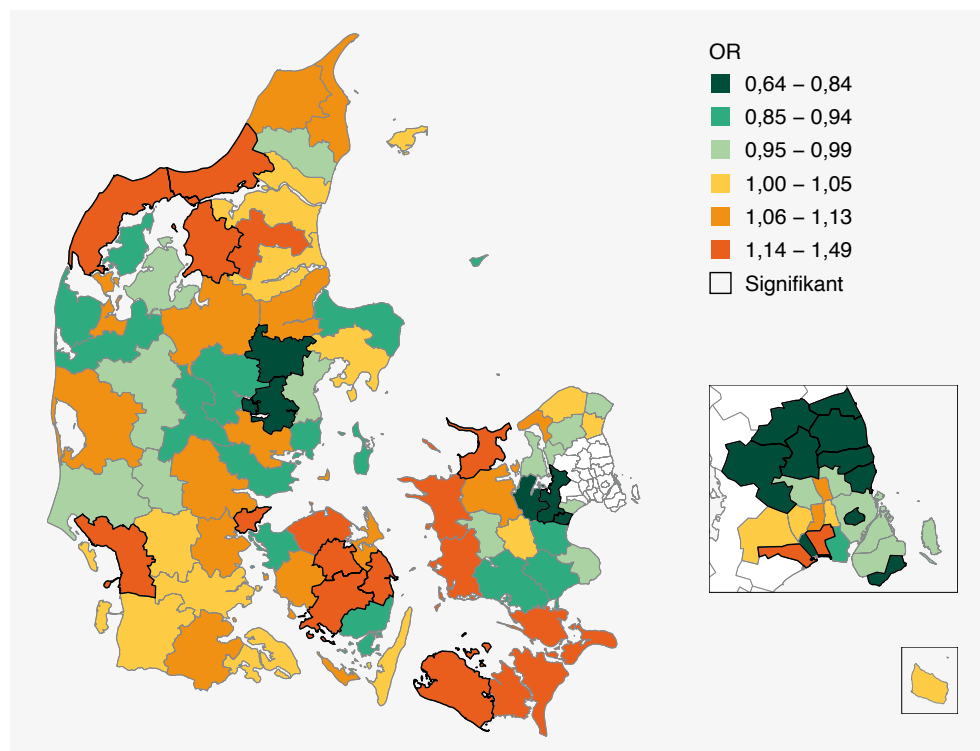
Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, er højere med kortere fuldførte uddannelse.

Justeret for alder er andelen af kvinder, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse. Justeret for alder er andelen af mænd, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse.

2.2.2 Kommunale forskelle i begrænsninger i fysisk aktivitet

FIGUR 2.2.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.2.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

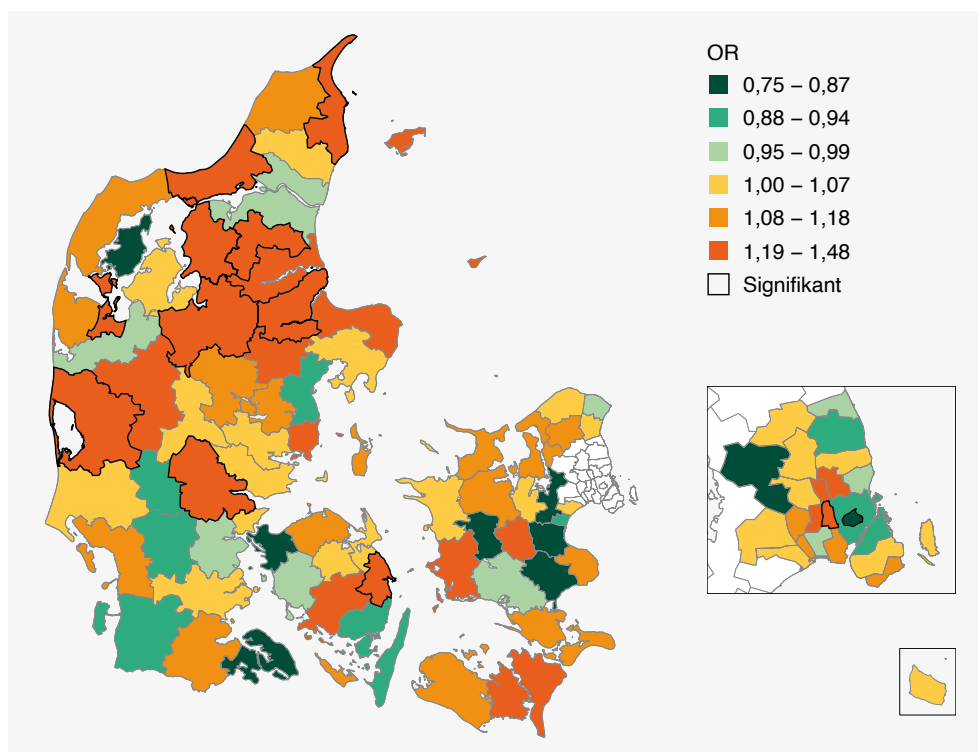
Der er 13 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farve og sort omrids). Det er særligt i de vestlige kommuner i Nordjylland og på Fyn, at der er en højere forekomst af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet.

Der er 12 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med mørkegrønfarve med sort omrids). Det er særligt i kommuner i omegnen af København og Aarhus, at der er en lavere forekomst af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet.

2.2.3 Kommunale forskelle i ændring af forekomsten af begrænsninger i fysisk aktivitet

FIGUR 2.2.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.2.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer på 30 år eller derover, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 11 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har fysiske begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farve og sort omrids). Det er særligt i flere kommuner i Jylland, at forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, er højere i 2017 end i 2010.

Det er kun i Frederiksberg Kommune, at forekomsten af personer, der har fysiske begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommune med mørkegrøn farve og sort omrids).

2.2.4 Sammenfatning

I 2017 er der blandt kvinder og mænd over 30 år henholdsvis 14 % og 10 %, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet. Der ses social ulighed, idet forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, er højere med kortere fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes geografisk ulighed i forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, da forekomsten i godt en fjerdedel af kommunerne er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Fra 2010 til 2017 ses en stigning

i forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, i visse uddannelsesgrupper. Det er særligt i dele af Jylland, at forekomsten af personer, der har begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, er steget fra 2010 til 2017.

2.3 Selvrapporterede muskel-skelet-smerter

I dette afsnit belyses den sociale ulighed og kommunale forskelle i andelen af personer på 30 år eller derover, der har haft smerter eller ubehag i muskel og skelet inden for de seneste 14 dage.

Selvrapporterede muskel-skelet-smerter er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil (2010 og 2017). Definitionen af selvrapporterede muskel-skelet-smerter er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.3.1 Social ulighed i selvrapporterede muskel-skelet-smerter

TABEL 2.3.1.1

Andelen, der har haft smerter eller ubehag i muskel og skelet inden for de seneste 14 dage, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	27,4		149.607	30,5		150.412	
KVINDER	31,8		80.445	34,7		80.622	
Grundskole	40,9	2,21*	21.931	43,6	2,15*	17.879	1,10*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	31,7	1,54*	30.763	36,1	1,59*	31.179	1,21*
Videregående uddannelse	22,9	1	26.098	26,1	1	29.808	1,19*
Uoplyst	44,4	2,22*	1.653	36,1	1,60*	1.756	0,84*
MÆND	22,8		69.162	26,1		69.790	
Grundskole	29,7	2,20*	15.852	33,6	2,25*	14.014	1,19*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	23,5	1,64*	32.359	27,4	1,69*	32.375	1,21*
Videregående uddannelse	15,4	1	19.551	18,0	1	21.658	1,20*
Uoplyst	33,0	2,56*	1.400	29,7	1,97*	1.743	0,93

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 2.3.1.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har haft smerter eller ubehag i muskel og skelet inden for de seneste 14 dage, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 44 %, der har muskel-skelet-smerter. Det gælder henholdsvis 36 % og 26 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 34 %, der har muskel-skelet-smerter. Det gælder henholdsvis 27 % og 18 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

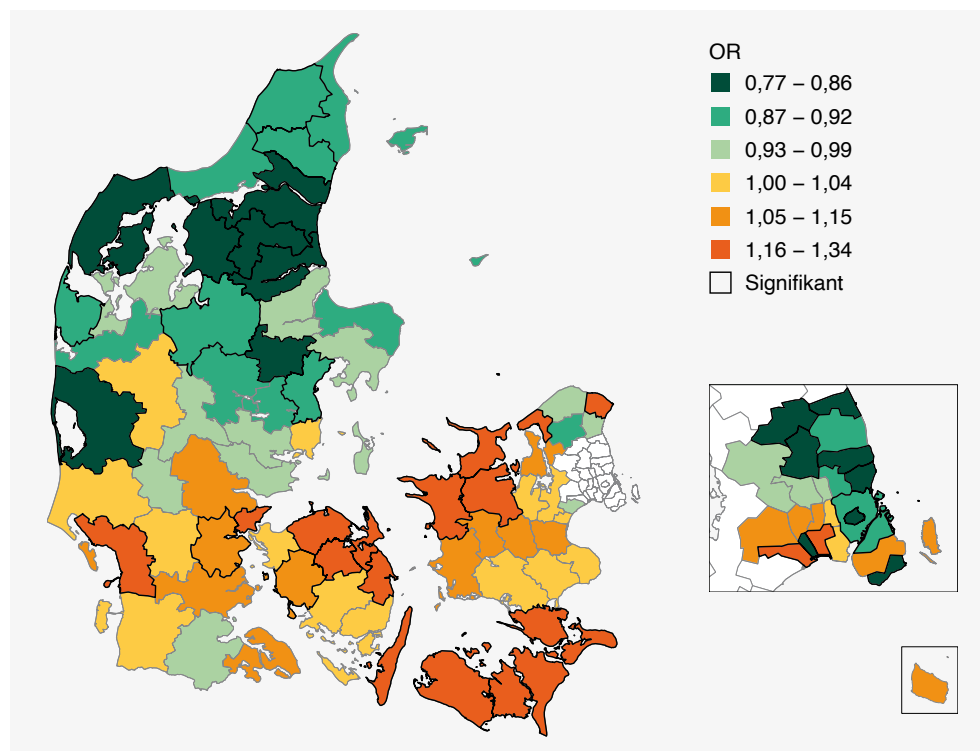
Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har muskel-skelet-smerter, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har muskel-skelet-smerter, er højere med kortere fuldførte uddannelse.

Justeret for alder er andelen af både kvinder og mænd, der har muskel-skelet-smerter, statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for alle tre uddannelsesgrupper.

2.3.2 Kommunale forskelle i selvrapporterede muskel-skelet-smerter

FIGUR 2.3.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har haft smerter eller ubehag i muskel og skelet inden for de seneste 14 dage, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.3.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har haft smerter eller ubehag i muskel og skelet inden for de seneste 14 dage, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

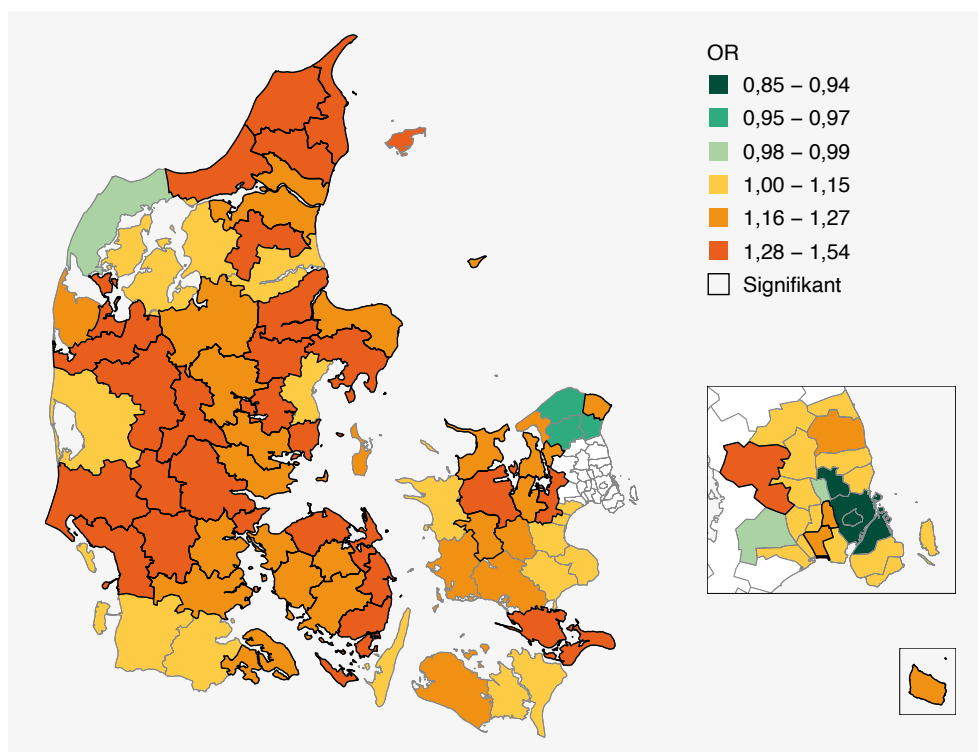
Der er 19 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har muskel-skelet-smerter, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Der er særligt i de nordøstlige kommuner på Fyn, vestlige kommuner på Sjælland samt på sydhavsøerne, at der er en højere forekomst af personer, der har muskel-skelet-smerter.

Der er 22 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har muskel-skelet-smerter, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er særligt i kommuner i Midt- og Nordjylland samt i og nord for København, at der er en lavere forekomst af personer, der har muskel-skelet-smerter.

2.3.3 Kommunale forskelle i ændring af forekomsten af selvrapporterede muskel-skelet-smerter

FIGUR 2.3.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der har haft smerter eller ubehag i muskel og skelet inden for de seneste 14 dage, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.3.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer på 30 år eller derover, der har haft smerter eller ubehag i muskel og skelet inden for de seneste 14 dage. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 50 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har muskel-skelet-smerter, er statistisk signifikant højere i 2017 end 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i kommuner i Jylland og på Fyn, at forekomsten af personer, der har muskel-skelet-smerter, er statistisk signifikant højere i 2017 end 2010.

Der er ingen kommuner, hvor forekomsten af personer, der har muskel-skelet-smerter, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010.

2.3.4 Sammenfatning

I 2017 er der blandt kvinder og mænd over 30 år henholdsvis 35 % og 26 %, der har muskel-skelet-smerter. Der ses social ulighed, idet forekomsten af personer, der har muskel-skelet-smerter, er højere med kortere fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes geografisk ulighed i forekomsten af personer, der har muskel-skelet-smerter, da forekomsten i godt 40 % af kommunerne er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Fra 2010 til 2017 ses overordnet en stigning i forekomsten af personer, der har muskel-skelet-smerter.

2.4 Dårligt mentalt helbred

I dette afsnit belyses den sociale ulighed og kommunale forskelle i andelen af personer på 30 år eller derover, der har dårligt mentalt helbred.

Dårligt mentalt helbred er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010 og 2017). Definitionen af dårligt mentalt helbred er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.4.1 Social ulighed i dårligt mentalt helbred

TABEL 2.4.1.1

Andelen, der har dårligt mentalt helbred, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	9,4		130.591	11,8		139.063	
KVINDER	11,0		68.929	13,5		73.746	
Grundskole	13,4	1,76*	16.598	16,7	1,96*	14.994	1,33*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	10,4	1,18*	27.213	13,1	1,30*	28.792	1,40*
Videregående uddannelse	9,4	1	23.882	11,4	1	28.367	1,29*
Uoplyst	17,7	1,80*	1.236	17,0	1,47*	1.593	0,96
MÆND	7,9		61.662	10,1		65.317	
Grundskole	10,2	1,71*	13.033	13,6	1,98*	12.511	1,42*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,3	1,12*	29.145	9,2	1,19*	30.369	1,35*
Videregående uddannelse	6,7	1	18.358	8,3	1	20.813	1,30*
Uoplyst	14,7	2,34*	1.126	15,5	1,92*	1.624	1,06

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 2.4.1.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har dårligt mentalt helbred, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 17 %, der har dårligt mentalt helbred. Det gælder henholdsvis 13 % og 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 14 %, der har dårligt mentalt helbred. Det gælder henholdsvis 9 % og 8 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

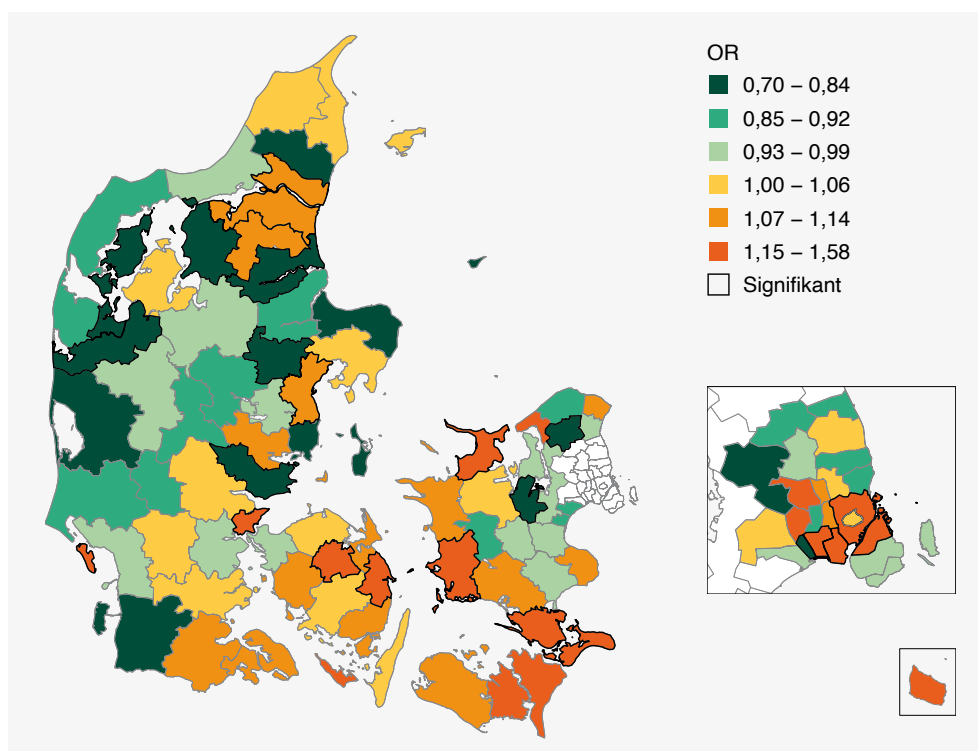
Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har dårligt mentalt helbred, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har dårligt mentalt helbred, er højere med kortere fuldførte uddannelse.

Justeret for alder er andelen af både kvinder og mænd, der har dårligt mentalt helbred, statistisk signifikant højere i 2017 end 2010 for alle tre uddannelsesgrupper.

2.4.2 Kommunale forskelle i dårligt mentalt helbred

FIGUR 2.4.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.4.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

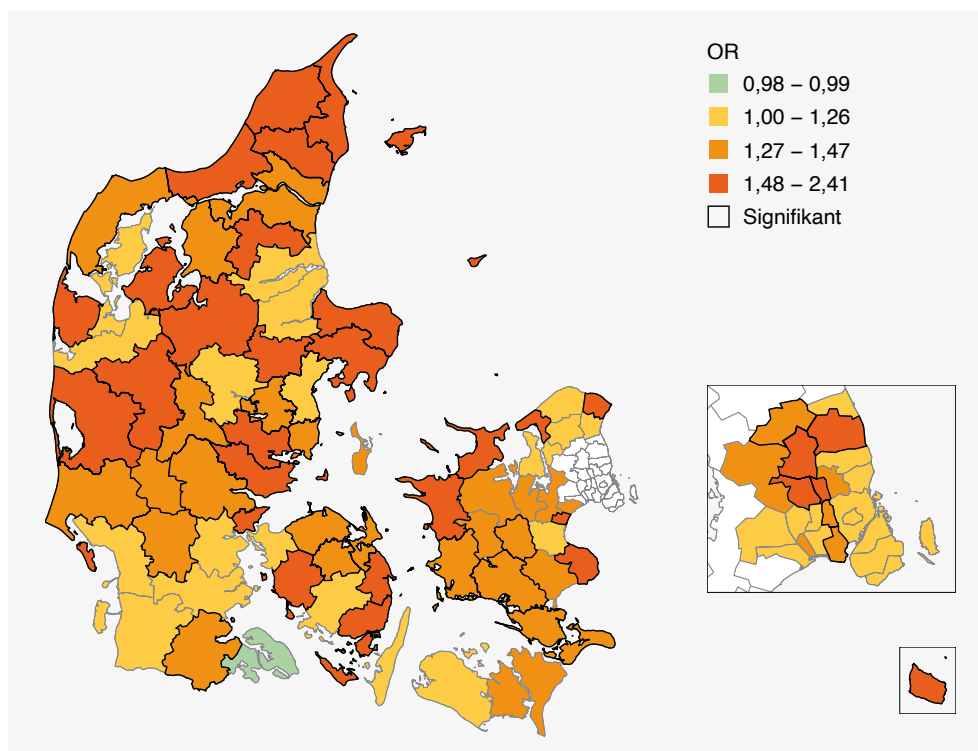
Der er 12 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er blandt andet i de fire kommuner med landets største byer (København, Aarhus, Odense, Aalborg), at forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet, men det ses også i enkelte kommuner på eksempelvis Vest- og Sydsjælland.

Der er 10 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Der er ikke noget tydeligt mønster i, hvor der er en lavere forekomst af personer med dårligt mentalt helbred.

2.4.3 Kommunale forskelle i ændring af forekomsten af dårligt mentalt helbred

FIGUR 2.4.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.4.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer på 30 år eller derover, der har dårligt mentalt helbred. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over ændringen i hver enkelt kommune.

Der er 54 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, er statistisk signifikant højere i 2017 end 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids). Der er ikke noget tydeligt mønster i, hvor forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010.

Der er ingen kommuner, hvor forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010.

2.4.4 Sammenfatning

I 2017 er der blandt kvinder og mænd over 30 år henholdsvis 14 % og 10 %, der har dårligt mentalt helbred. Der ses social ulighed, idet forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, er højere med kortere fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes geografisk ulighed i forekomsten af personer, der har dårligt mentalt helbred, da forekomsten i godt en femtedel af kommunerne er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i forekomsten af personer med dårligt mentalt helbred.

2.5 Nedtrykthed og uro

I dette afsnit belyses den sociale ulighed og kommunale forskelle i andelen af personer på 30 år eller derover, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage.

Nedtrykthed og uro er i denne rapport defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil (2010 og 2017). Definitionen af nedtrykthed og uro er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.5.1 Social ulighed i nedtrykthed og uro

TABEL 2.5.1.1

Andelen, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR ^s	N (total)	%	OR ^s	N (total)	OR ^s
ALLE	6,9		148.060	8,2		149.700	
KVINDER	8,2		79.386	9,5		80.140	
Grundskole	11,1	2,16*	21.273	12,3	2,33*	17.615	1,16*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,6	1,31*	30.527	9,3	1,46*	31.047	1,31*
Videregående uddannelse	6,1	1	25.991	7,0	1	29.733	1,20*
Uoplyst	13,6	2,53*	1.595	13,9	2,08*	1.745	0,94
MÆND	5,4		68.674	6,8		69.560	
Grundskole	7,4	1,96*	15.602	9,5	2,48*	13.933	1,38*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	4,9	1,21*	32.189	5,9	1,34*	32.273	1,26*
Videregående uddannelse	4,2	1	19.505	4,8	1	21.619	1,19*
Uoplyst	10,9	3,17*	1.378	14,1	3,18*	1.735	1,21

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 2.5.1.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 12 %, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage. Det gælder henholdsvis 9 % og 7 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 10 %, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage. Det gælder henholdsvis 6 % og 5 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

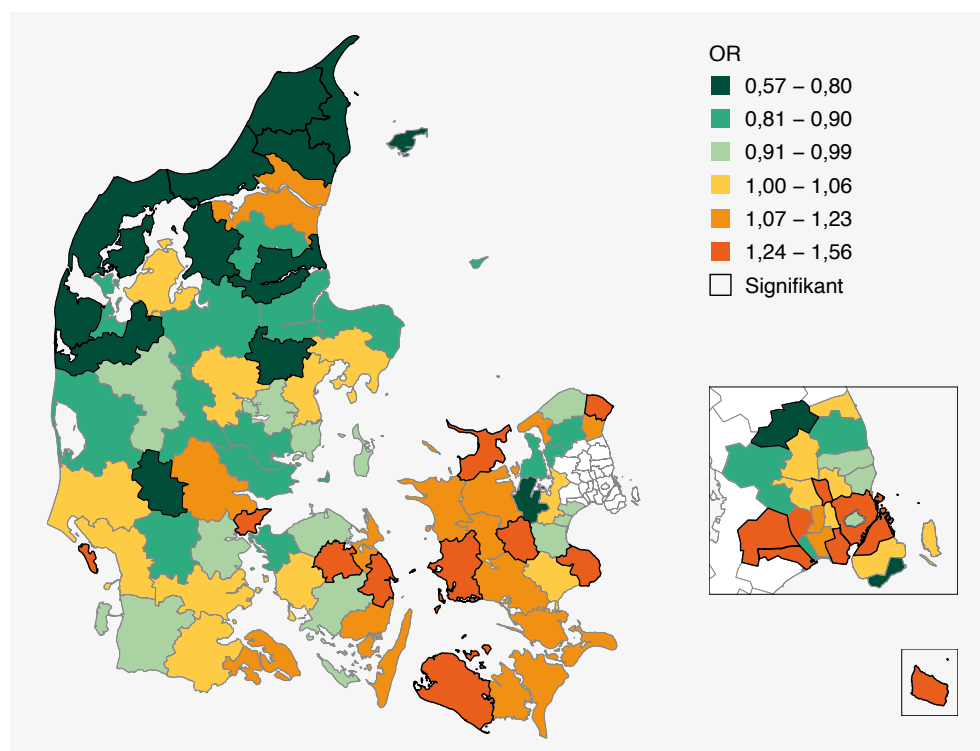
Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, er højere med kortere fuldførte uddannelse.

Justeret for alder er andelen af både kvinder og mænd, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for alle tre uddannelsesgrupper.

2.5.2 Kommunale forskelle i nedtrykthed og uro

FIGUR 2.5.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.5.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

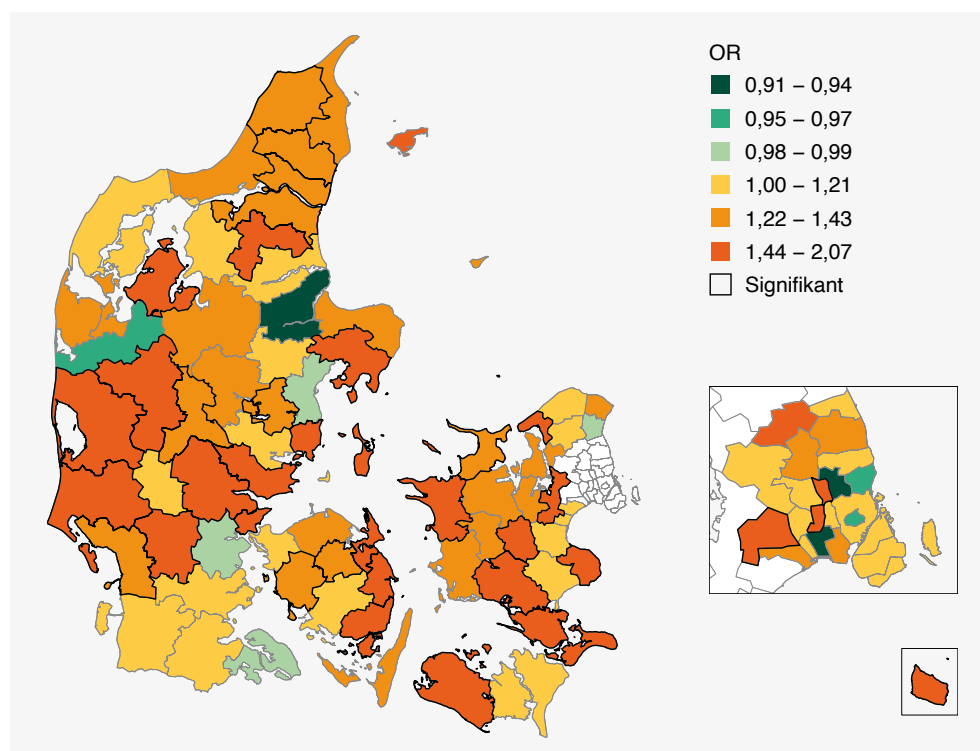
Der er 16 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farve og sort omrids). Det er særligt i kommuner i det østlige Danmark, at der er en højere forekomst af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage.

Der er 13 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med mørkegrøn farve og sort omrids). Det er særligt i kommuner i Nord- og Midtjylland, at der er en lavere forekomst af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage.

2.5.3 Kommunale forskelle i ændring af forekomsten af nedtrykthed og uro

FIGUR 2.5.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.5.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer på 30 år eller derover, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 37 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids). Der er ikke noget tydeligt mønster i, hvor forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010.

Der er ingen kommuner, hvor forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010.

2.5.4 Sammenfatning

I 2017 er der blandt kvinder og mænd over 30 år henholdsvis 10 % og 7 %, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage. Der ses social ulighed, idet forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, er højere med kortere fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes geografisk ulighed i forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage, da forekomsten i omkring en tredjedel af kommunerne er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i forekomsten af personer, der har været generet af nedtrykthed eller uro inden for de seneste 14 dage.

2.6 Kronisk/langvarig sygdom

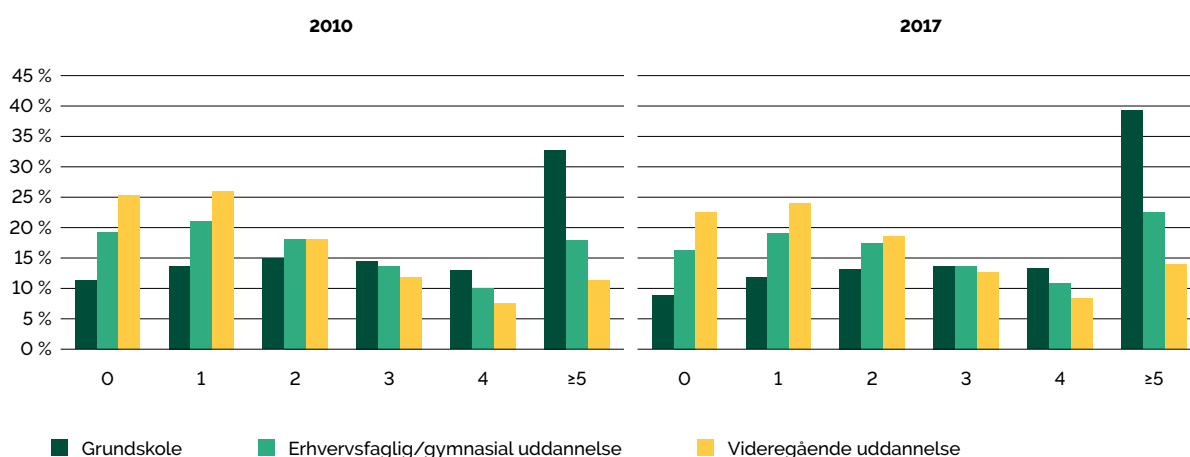
I dette afsnit belyses den sociale ulighed og kommunale forskelle i antallet af kroniske/langvarige sygdomme blandt personer på 30 år eller derover.

Kronisk/langvarig sygdom er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregistret samt spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil (2010 og 2017). Definitionen af kronisk/langvarig sygdom er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.6.1 Social ulighed i kronisk/langvarig sygdom

FIGUR 2.6.1.1

Antal kroniske/langvarige sygdomme hos kvinder på 30 år eller derover i 2010 og 2017 fordelt på længst fuldførte uddannelse

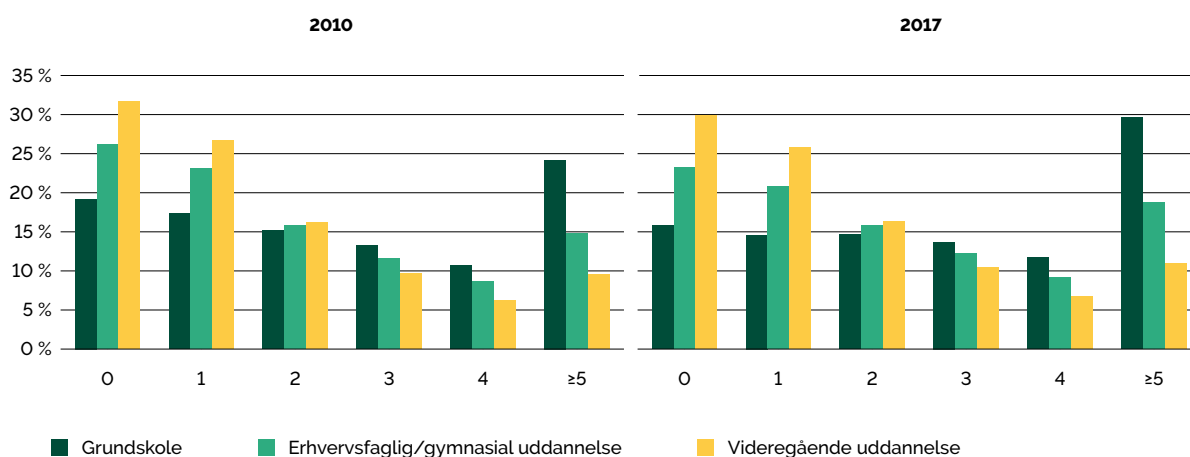


Figur 2.6.1.1 viser fordelingen af antal kroniske/langvarige sygdomme, fordelt på længst fuldførte uddannelse, hos kvinder på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I både 2010 og 2017 ses det, andelen af kvinder, der har 0 eller 1 kronisk/langvarig sygdom, er højere med længere fuldførte uddannelse, mens andelen af kvinder, der har 4 eller flere kroniske/langvarige sygdomme, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

FIGUR 2.6.1.2

Antal kroniske/langvarige sygdomme hos mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017 fordelt på længst fuldførte uddannelse



Figur 2.6.1.2 viser fordelingen af antal kroniske/langvarige sygdomme hos mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017, fordelt på længst fuldførte uddannelse.

I både 2010 og 2017 ses det, at andelen af mænd, der har 0 til 2 kroniske/langvarige sygdomme, er højere med længere fuldførte uddannelse, mens andelen af mænd, der har 3 eller flere kroniske/langvarige sygdomme, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

TABEL 2.6.1.1

Sammenhæng mellem antal kroniske/langvarige sygdomme og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010		2017		ÆNDRING 2010-2017
	OR [§]	N (total)	OR [§]	N (total)	OR [§]
KVINDER					
Grundskole	1,82*	22.492	2,05*	18.539	1,25*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1,33*	31.013	1,33*	32.038	1,11*
Videregående uddannelse	1	26.241	1	30.395	1,10*
Uoplyst	1,40*	1.749	0,85*	1.882	0,71*
MÆND					
Grundskole	1,69*	16.168	1,99*	14.596	1,24*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1,28*	32.600	1,37*	33.421	1,10*
Videregående uddannelse	1	19.654	1	22.182	1,02
Uoplyst	1,45*	1.442	1,05	1.900	0,78*

§ Baseret på ordinal logistiske regression. OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 2.6.1.1 viser sammenhængen mellem antal kroniske/langvarige sygdomme og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

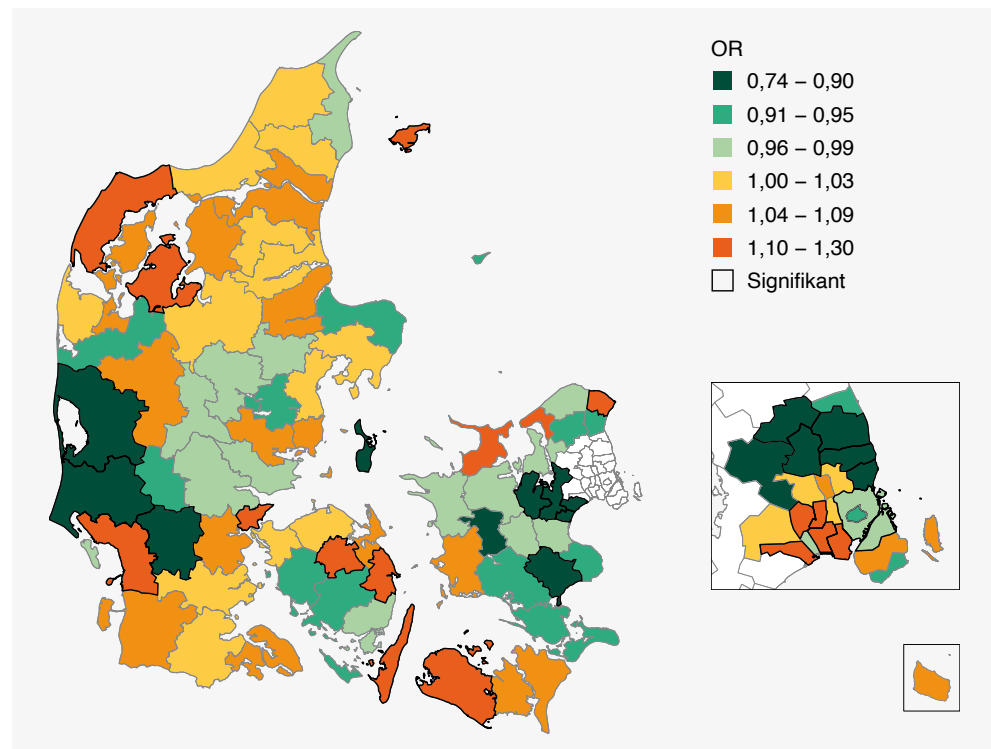
Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antal kroniske/langvarige sygdomme statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor antallet af kroniske/langvarige sygdomme er højere hos personer med kortere fuldførte uddannelse.

Justeret for alder er antallet af kroniske/langvarige sygdomme statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for kvinder uanset uddannelseslængde. Antallet af kroniske/langvarige sygdomme er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for mænd med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

2.6.2 Kommunale forskelle i kronisk/langvarig sygdom

FIGUR 2.6.2.1

Kommunale forskelle i antal kroniske/langvarige sygdomme hos personer på 30 år eller derover i 2017



Niveauet i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR), der er baseret på ordinal logistisk regression. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.6.2.1 viser kommunale forskelle i antal kroniske/langvarige sygdomme hos personer på 30 år eller derover i 2017. Antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

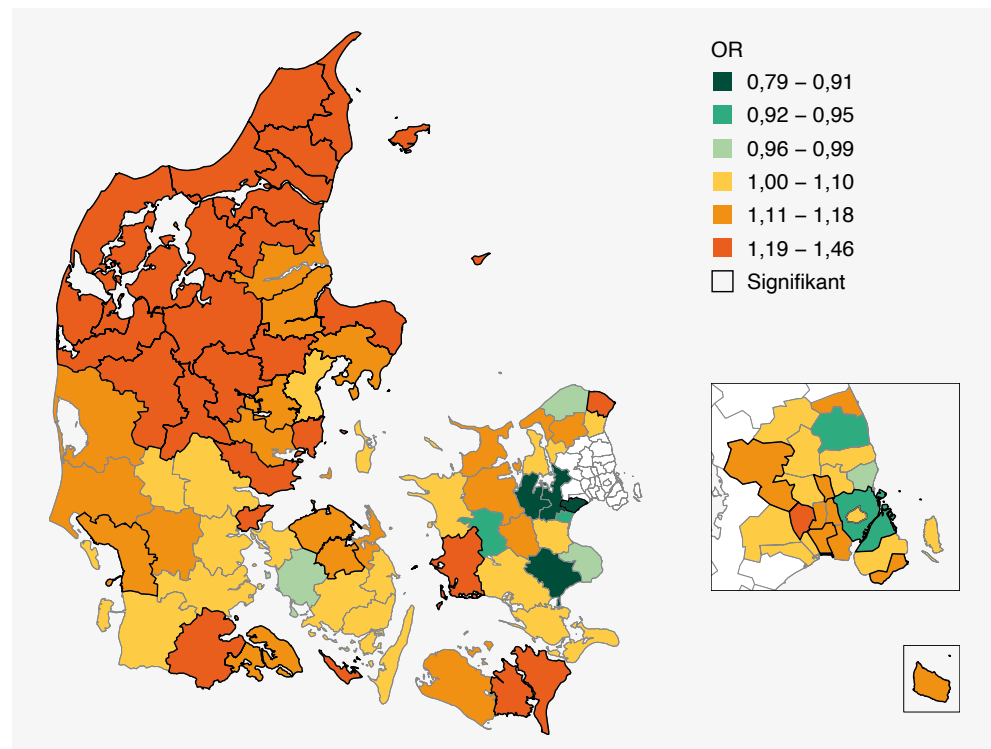
Der er 15 kommuner, hvor antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farve og sort omrids). Det er blandt andet i kommuner vest for København, at antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne er højere end landsgennemsnittet.

Der er 15 kommuner, hvor antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er særligt i kommuner nord for København og vest for Hovedstadsområdet samt i dele af det vestlige Jylland, at antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne er lavere end landsgennemsnittet.

2.6.3 Kommunale forskelle i ændring af antal kroniske/langvarige sygdomme

FIGUR 2.6.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i antal kroniske/langvarige sygdomme hos personer på 30 år eller derover



Ændringen præsenteres som odds ratio (OR) baseret på ordinal logistisk regression. De kommunale forskelle i ændringen er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.6.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i antal kroniske/langvarige sygdomme hos personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 42 kommuner, hvor antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i mange kommuner i Midt- og Nordjylland, at antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne er højere i 2017 end i 2010.

Der er kun i Københavns Kommune og Greve Kommune, at antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommuner med grønne farver og sort omrids).

2.6.4 Sammenfatning

Der ses social ulighed i kronisk/langvarig sygdom blandt både kvinder og mænd på 30 år eller derover, idet antallet af kroniske/langvarige sygdomme er højere hos personer med kortere fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes geografisk ulighed i kronisk/langvarig sygdom, da antallet af kroniske/langvarige sygdomme hos indbyggerne i knap en tredjedel af kommunerne er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i antallet af kroniske/langvarige sygdomme for mænd og kvinder i alle uddannelsesgrupperne med undtagelse af mænd med videregående uddannelse. Det er særligt hos indbyggerne

i mange kommuner i Midt- og Nordjylland, at antallet af kroniske/langvarige sygdomme er højere i 2017 end i 2010. Blandt indbyggerne i Københavns og Greve kommuner har der været i fald i antallet af kroniske/langvarige sygdomme.

2.7 Muskel- og skeletsygdom

I dette afsnit belyses den sociale ulighed og kommunale forskelle i antallet af muskel- og skeletsygdomme blandt personer på 30 år eller derover.

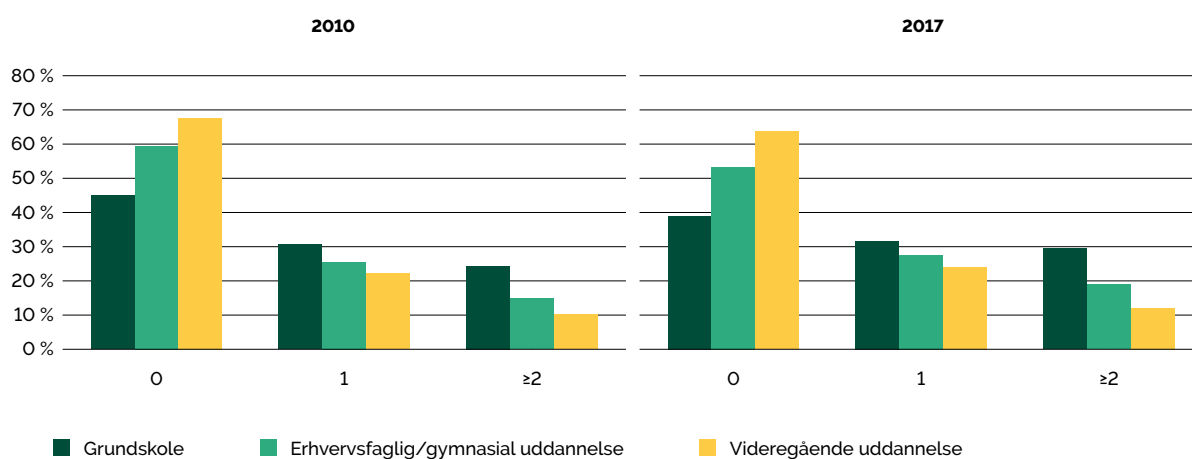
Muskel- og skeletsygdomme er inkluderet i antallet af kroniske/langvarige sygdomme i ovenstående afsnit 2.6, men i dette afsnit beskrives de separat fra andre kroniske/langvarige sygdomme.

Muskel- og skeletsygdom er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregistret samt spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil (2010 og 2017). Definitionen af muskel- og skeletsygdom er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.7.1 Social ulighed i muskel- og skeletsygdom

FIGUR 2.7.1.1

Antal muskel- og skeletsygdomme hos kvinder på 30 år eller derover i 2010 og 2017 fordelt på længst fuldførte uddannelse

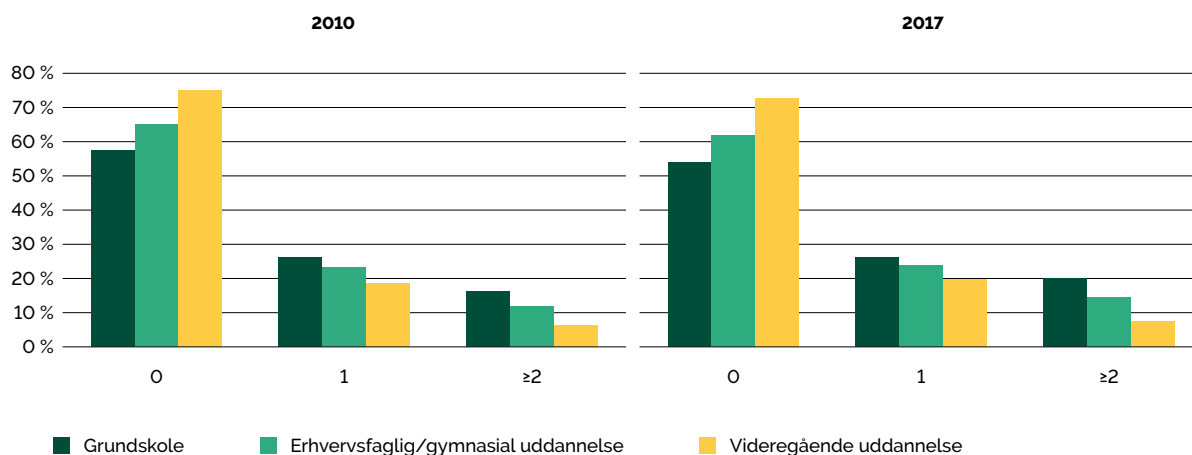


Figur 2.7.1.1 viser fordelingen af antal muskel- og skeletsygdomme, fordelt på længst fuldførte uddannelse, hos kvinder på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I både 2010 og 2017 ses det, at andelen af kvinder, der ikke har nogen muskel- og skeletsygdomme, er højere med længere fuldførte uddannelse, mens andelen af kvinder, der har 1 eller flere muskel- og skeletsygdomme, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

FIGUR 2.7.1.2

Antal muskel- og skelettsygdomme hos mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017 fordelt på længst fuldførte uddannelse



Figur 2.7.1.2 viser fordelingen af antal muskel- og skelettsygdomme hos mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017, fordelt på længst fuldførte uddannelse.

I både 2010 og 2017 ses det, at andelen af mænd, der ikke har nogen muskel- og skelettsygdomme, er højere med længere fuldførte uddannelse, mens andelen af mænd, der har 1 eller flere muskel- og skelettsygdomme, er lavere med længere fuldførte uddannelse.

TABEL 2.7.1.1

Sammenhæng mellem antal muskel- og skelettsygdomme og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010		2017		ÆNDRING 2010-2017
	OR [§]	N (total)	OR [§]	N (total)	OR [§]
KVINDER					
Grundskole	1,52*	22.492	1,64*	18.539	1,24*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1,24*	31.013	1,27*	32.038	1,14*
Videregående uddannelse	1	26.241	1	30.395	1,10*
Uoplyst	1,40*	1.749	1,05	1.882	0,87
MÆND					
Grundskole	1,83*	16.168	1,86*	14.596	1,14*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1,51*	32.600	1,51*	33.421	1,08*
Videregående uddannelse	1	19.654	1	22.182	1,06*
Uoplyst	1,66*	1.442	1,38*	1.900	0,93

§ Baseret på ordinal logistisk regression. OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 2.7.1.1 viser sammenhængen mellem antal muskel- og skelettsygdomme og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

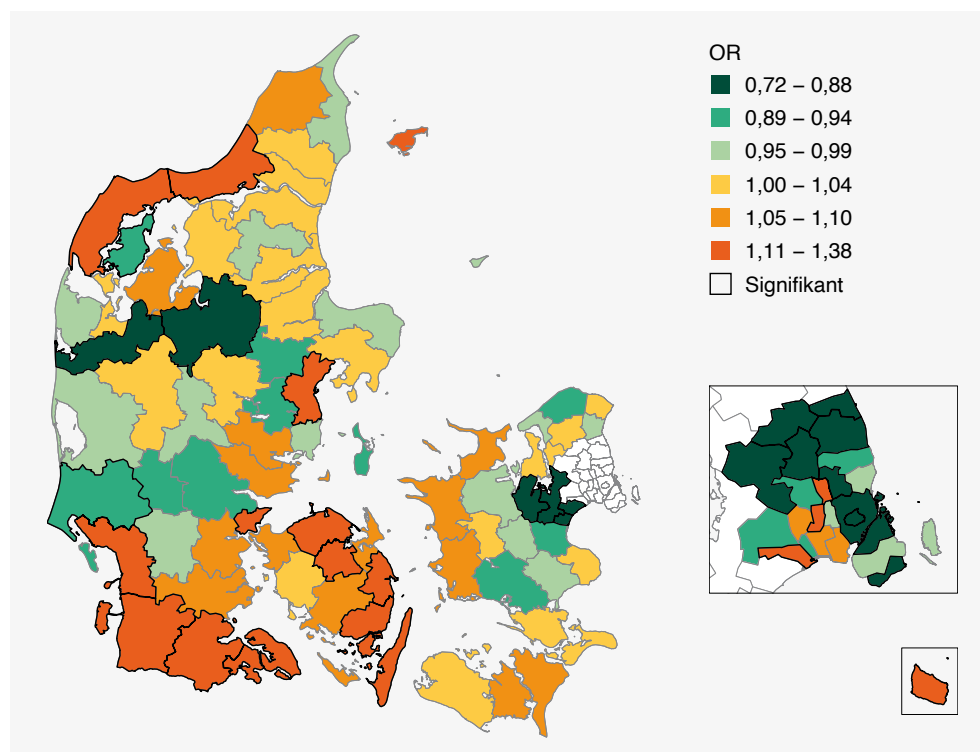
Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og antal muskel- og skeletsygdomme statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor antallet af muskel- og skeletsygdomme er højere hos personer med kortere fuldførte uddannelse.

Justeret for alder er antallet af muskel- og skeletsygdomme statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 for både kvinder og mænd uanset uddannelseslængde.

2.7.2 Kommunale forskelle i muskel- og skeletsygdom

FIGUR 2.7.2.1

Kommunale forskelle i antal muskel- og skeletsygdomme hos personer på 30 år eller derover i 2017



Niveauet i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR), der er baseret på ordinal logistisk regression. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.7.2.1 viser kommunale forskelle i antal muskel- og skeletsygdomme hos personer på 30 år eller derover i 2017. Antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

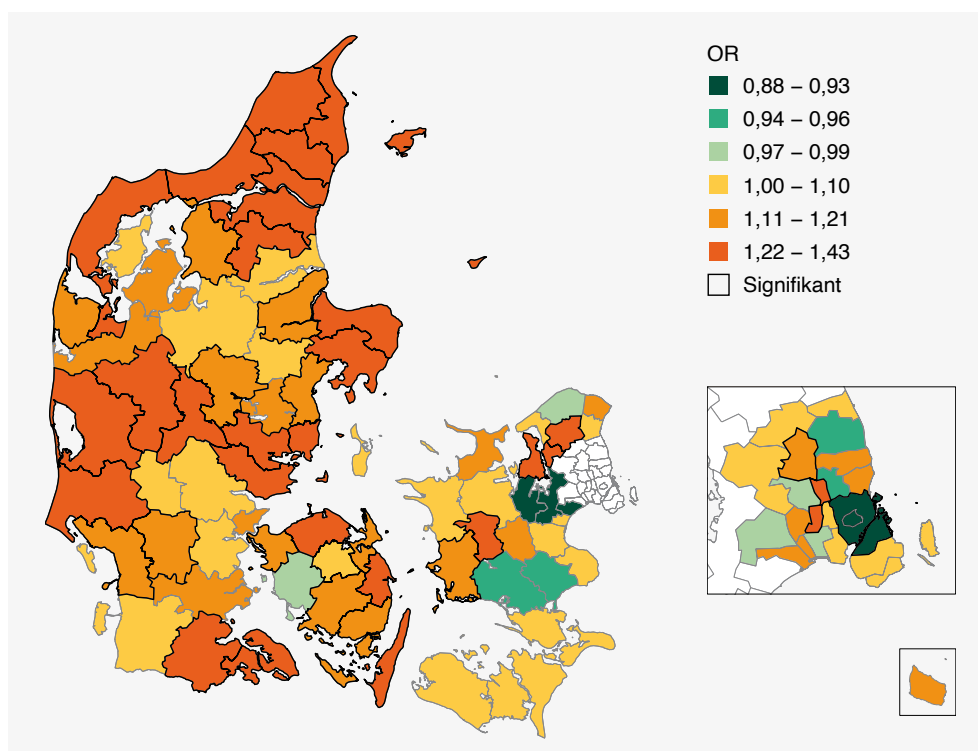
Der er 17 kommuner, hvor antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farve og sort omrids). Det er særligt på Fyn og i de nordvestlige samt sydlige kommuner i Jylland, at antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne er højere end landsgennemsnittet.

Der er 17 kommuner, hvor antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er særligt i og nord for København samt i kommunerne vest for Hovedstadsområdet, at antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne er lavere end landsgennemsnittet.

2.7.3 Kommunale forskelle i ændring af antal muskel- og skeletsygdomme

FIGUR 2.7.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i antal muskel- og skeletsygdomme hos personer på 30 år eller derover



Ændringen præsenteres som odds ratio (OR) baseret på ordinal logistisk regression. De kommunale forskelle i ændringen er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.7.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i antal muskel- og skeletsygdomme hos personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 43 kommuner, hvor antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i flere kommuner i Jylland og på Fyn, at antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne er højere i 2017 end i 2010.

Det er kun i Københavns Kommune, at antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommune med mørkegrøn farve og sort omrids).

2.7.4 Sammenfatning

Der ses social ulighed i muskel- og skeletsygdom blandt både kvinder og mænd på 30 år eller derover, idet antallet af muskel- og skeletsygdomme er højere hos personer med kortere fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes geografisk ulighed i muskel- og skeletsygdom, da antallet af muskel- og skeletsygdomme hos indbyggerne i godt en tredjedel af kommunerne er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i antallet af muskel- og skeletsygdomme, selvom der har været et fald hos indbyggerne i Københavns Kommune. Det er særligt hos indbyggerne i kommuner i Jylland og på Fyn, at antallet af muskel- og skeletsygdomme er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010.

2.8 Angst, depression og OCD

I dette afsnit belyses den sociale ulighed og kommunale forskelle i andelen af personer på 30 år eller derover, der har angst, depression og/eller OCD.

Angst, depression og OCD er inkluderet i kronisk/langvarig sygdom i ovenstående afsnit 2.6, men i dette afsnit belyses de separat.

Angst, depression og OCD er i denne rapport defineret på basis af information fra Landspatientregisteret, Lægemedelstatistikregistret samt spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil (2010 og 2017). Definitionen af angst, depression og OCD er nærmere beskrevet i Bilag 1.

2.8.1 Social ulighed i angst, depression og OCD

TABEL 2.8.1.1

Andelen, der har angst, depression og/eller OCD, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR ^s	N (total)	%	OR ^s	N (total)	OR ^s
ALLE	15,1		151.359	11,2		154.953	
KVINDER	18,3		81.495	13,8		82.854	
Grundskole	20,7	1,46*	22.492	17,2	1,91*	18.539	0,80*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	17,9	1,15*	31.013	14,1	1,36*	32.038	0,77*
Videregående uddannelse	16,3	1	26.241	11,4	1	30.395	0,67*
Uoplyst	20,4	1,29*	1.749	10,7	0,90	1.882	0,46*
MÆND	11,7		69.864	8,5		72.099	
Grundskole	14,8	1,58*	16.168	12,2	2,17*	14.596	0,81*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	11,0	1,10*	32.600	8,0	1,31*	33.421	0,72*
Videregående uddannelse	10,0	1	19.654	6,3	1	22.182	0,61*
Uoplyst	16,2	1,76*	1.442	8,9	1,43*	1.900	0,50*

§ OR er justeret for alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 2.8.1.1 viser sammenhængen mellem andelen, der har angst, depression og/eller OCD, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 17 %, der har angst, depression og/eller OCD. Det gælder henholdsvis 14 % og 11 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 12 %, der har angst, depression og/eller OCD. Det gælder henholdsvis 8 % og 6 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

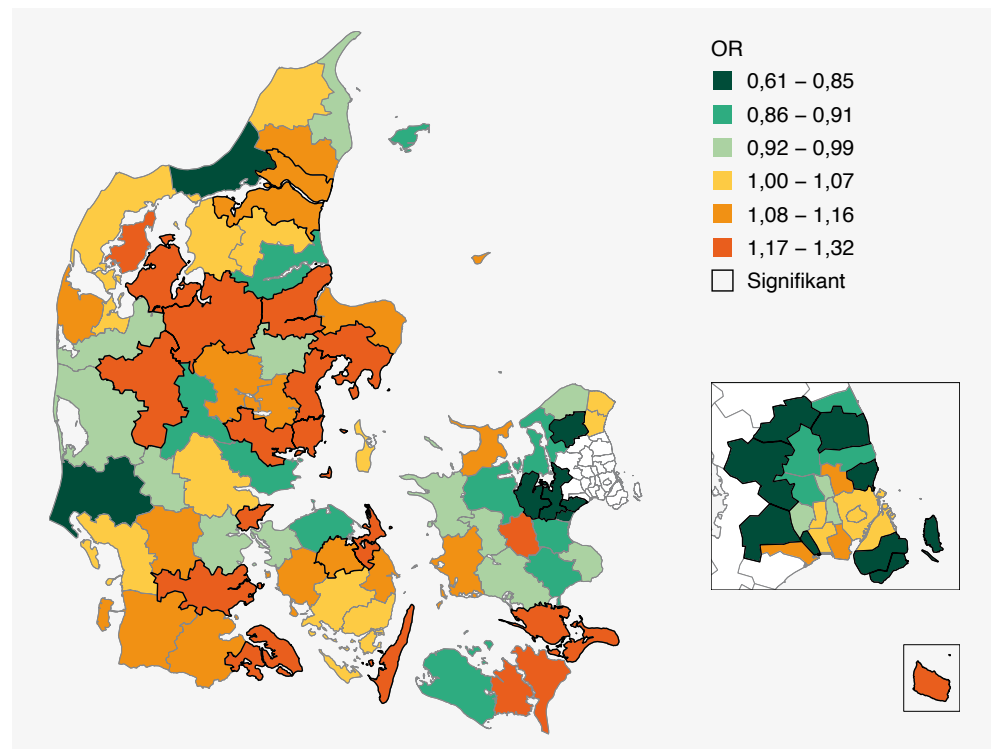
Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har angst, depression og/eller OCD, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der har angst, depression og/eller OCD, er højere med kortere fuldførte uddannelse.

Justeret for alder er andelen af både kvinder og mænd, der har angst, depression og/eller OCD, statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 for alle tre uddannelsesgrupper.

2.8.2 Kommunale forskelle i angst, depression og OCD

FIGUR 2.8.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.8.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

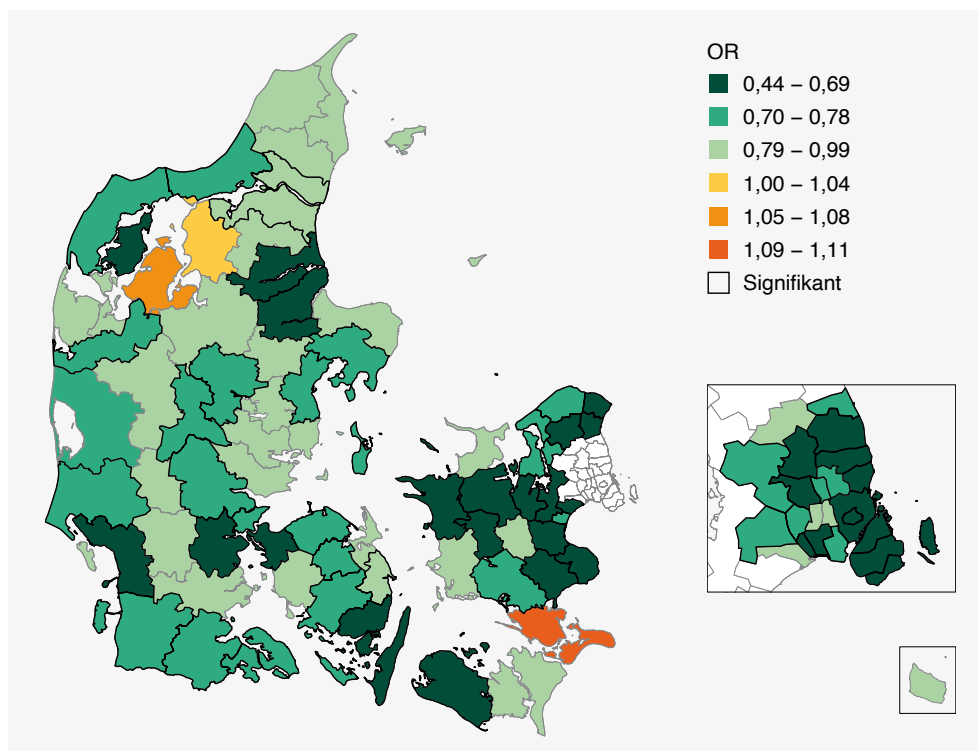
Der er 17 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i kommuner i Midtjylland, at der er en højere forekomst af personer, der har angst, depression og/eller OCD.

Der er 12 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med mørkegrøn farve og sort omrids). Det er særligt i kommuner omkring og i udkanten af Hovedstadsområdet, at der er en lavere forekomst af personer, der har angst, depression og/eller OCD.

2.8.3 Kommunale forskelle i ændring af forekomsten af angst, depression og OCD

FIGUR 2.8.3.1

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 og 2017 i forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 2.8.3.1 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer på 30 år eller derover, der har angst, depression og/eller OCD. De kommunale forskelle er justeret for længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er ingen kommuner, hvor forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010.

Der er 63 kommuner, hvor forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommuner med grønne farver og sort omrids). Der er ikke noget tydeligt mønster i, hvor forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010.

2.8.4 Sammenfatning

I 2017 er der blandt kvinder og mænd over 30 år henholdsvis 14 % og 9 %, der har angst, depression og/eller OCD. Der ses social ulighed, idet forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, er højere med kortere fuldførte uddannelse. Der ses ligeledes geografisk ulighed i forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD, da forekomsten i knap en tredjedel af kommunerne er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet et fald i forekomsten af personer, der har angst, depression og/eller OCD.

2.9 Opsummering af behov for sundhedsydelser

I dette kapitel har vi beskrevet social og geografisk ulighed i behov for sundhedsydelser, når behov opgøres ved følgende behovsmål: dårligt selv vurderet helbred, begrænsninger i fysisk aktivitet, selvrapporterede muskel- og skelet-smerter, dårligt mentalt helbred, nedtrykthed og uro, antal kroniske/langvarige sygdomme, antal muskel- og skeletsygdomme samt angst, depression og OCD (Obsessive Compulsive Disorder).

Der ses social ulighed i samtlige otte mål for behov. Behovet for sundhedsydelser er således større blandt personer med kortere fuldførte uddannelse.

Ligeledes ses der geografisk ulighed i samtlige otte mål for behov. For hvert behovsmål er der således mere end en femtedel af landets kommuner, hvor behovet for sundhedsydelser er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet.

Der ses visse geografiske mønstre på tværs af behovsmål. Eksempelvis ligger kommuner nord for København typisk lavere på fysiske behovsmål som begrænsninger i fysisk aktivitet og kronisk/langvarig sygdom, mens dette ikke i samme grad er tilfældet på mentale mål som nedtrykthed og uro. Kommuner på Vest- og Sydsjælland, Lolland-Falster samt det nordøstlige Fyn og Langeland ligger typisk højere på selvrapporterede fysiske mål som dårligt selv vurderet helbred og selvrapporterede smerter. Især på Sjælland genfindes dette billede ikke i samme grad i kronisk/langvarig sygdom, der afspejler diagnosticerede lidelser.

Fra 2010 til 2017 ses der et øget behov for sundhedsydelser i langt de fleste behovsmål. Kun i forekomsten af angst, depression og/eller OCD ses der et fald.

3

**Alment
praktiserende læge**



Almen praksis spiller en væsentlig og central rolle i forhold til borgernes sundhed, idet almen praksis er den primære indgang til sundhedsvæsenet. Det kan derfor have stor betydning for ulighed i sundhed, hvis der er geografisk og social ulighed i adgang til og brug af den primære kontakt til sundhedsvæsenet.

Der er i dag registreret ca. 3.315 læger med ydernummer fordelt på 1.635 lægepraksisser i Danmark (1). De seneste årtier er der sket en ændring i praksisform. Hvor der tidligere primært var solopraksisser, er der i dag flest læger, der indgår i kompagniskabspraksis. I Region Hovedstaden er der dog fortsat et lille overtal af solopraksisser i forhold til kompagniskabspraksis (1). Hvis der er mere end 1.600 patienter per lægekapacitet, har en praksis ret til at lukke for tilgangen af nye patienter. Hvis lukningen af tilgang medfører en væsentlig forringelse for patienter, for eksempel mere end 15 km til lægen, er det muligt at lade klinikken være åben for tilgang af nye patienter (2).

Alle borgere i Danmark kan frit henvende sig til den alment praktiserende læge. Efter kontakt til den alment praktiserende læge kan borgeren blive henvist til andre sundhedsaktører, hvis der er behov for dette. Cirka én ud af 10 kontakter til almen praksis henvises til en anden behandling (3).

En konsultation hos en alment praktiserende læge kan ske ved konsultation i lægeklinikken, men kan også foregå ved både en telefonkonsultation og en e-mail-konsultation. I overenskomsten mellem alment praktiserende læger og regionerne er det fastlagt, at patienter skal have mulighed for kontakt per telefon til lægen/lægeklinikken i tidsrummet kl. 8-16 (2). Mindst én time per dag skal være telefonisk konsultation hos lægen, mens de resterende timer for eksempel kan være kontakt til lægesekretær eller for tidsbestilling. Siden 2009 har det været obligatorisk for alment praktiserende læger at tilbyde e-mailkonsultation. Ved en e-mailkonsultation skal det være enkle og konkrete spørgsmål, patienten stiller, hvor det ikke er nødvendigt, at lægen stiller spørgsmål tilbage, og hvor lægen har mulighed for at besvare spørgsmålet med et ja/nej.

I dette kapitel beskrives social og geografisk ulighed i adgang til og brug af alment praktiserende læge. Adgang til alment praktiserende læge, brug af alment praktiserende læge og sammenhængen mellem adgang til og brug af alment praktiserende læge belyses, og kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater for alment praktiserende læge.

3.1 Adgang til alment praktiserende læge

Adgang til alment praktiserende læge er opgjort som kørselsafstand mellem bopæl og alment praktiserende læge samt som tilgængelighed. Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune.

Kørselsafstand til alment praktiserende læge er beregnet fra bopælsadresse til egen praktiserende læge. Kørselsafstand er beregnet på basis af data fra Danmarks Adresse-register, Yderregistret, Det Centrale Personregister (CPR) samt oplysninger om lægeskift og det danske vejnet. Beregning af kørselsafstand er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Tilgængelighed af alment praktiserende læge er opgjort som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune. Tilgængelighed er opgjort på basis af data fra Det Centrale Personregister (CPR), Yderregistret og Sygesikringsregisteret. Beregningen af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1.

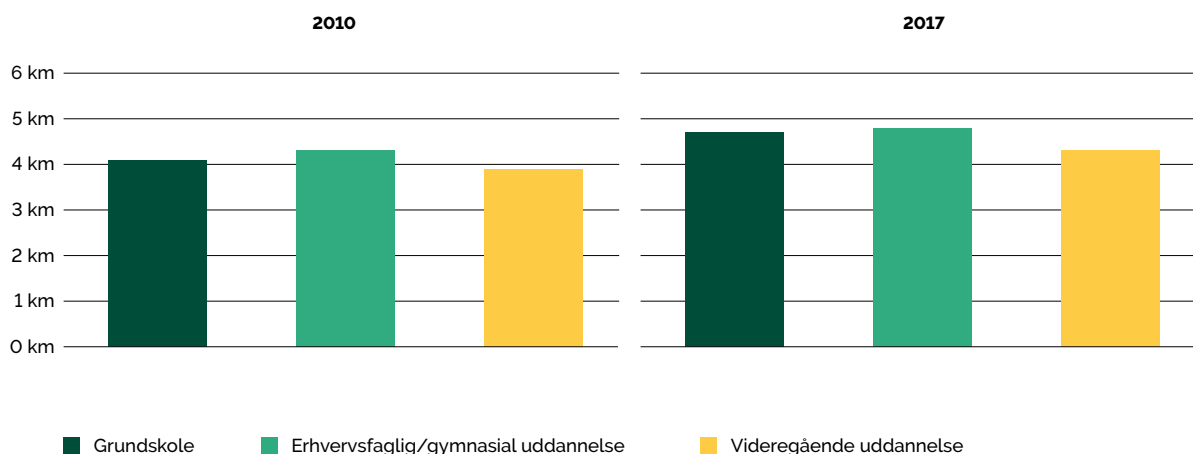
I dette afsnit belyses først kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og dernæst tilgængelighed. For kørselsafstand belyses først sammenhængen med længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau, hvorefter geografiske forskelle i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i perioden 2010-2017 belyses. For tilgængelighed belyses geografiske forskelle i 2017.

3.1.1 Kørselsafstand

I 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand fra bopælsadresse til egen alment praktiserende læge 4,6 km blandt den danske befolkning på 30 år eller derover (data ikke vist). Den gennemsnitlige kørselsafstand er steget med 500 m fra 2010 til 2017 (data ikke vist).

FIGUR 3.1.1.1

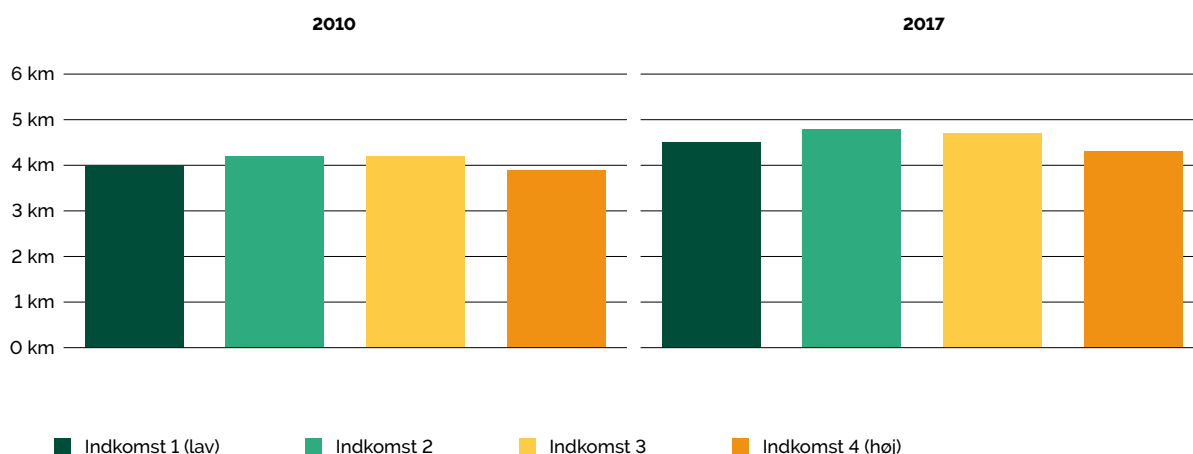
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til egen alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 3.1.1.1 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til egen alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er kortest for personer med videregående uddannelse. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis grundskole og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Fordelingen af kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, opgjort på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.1).

FIGUR 3.1.1.2

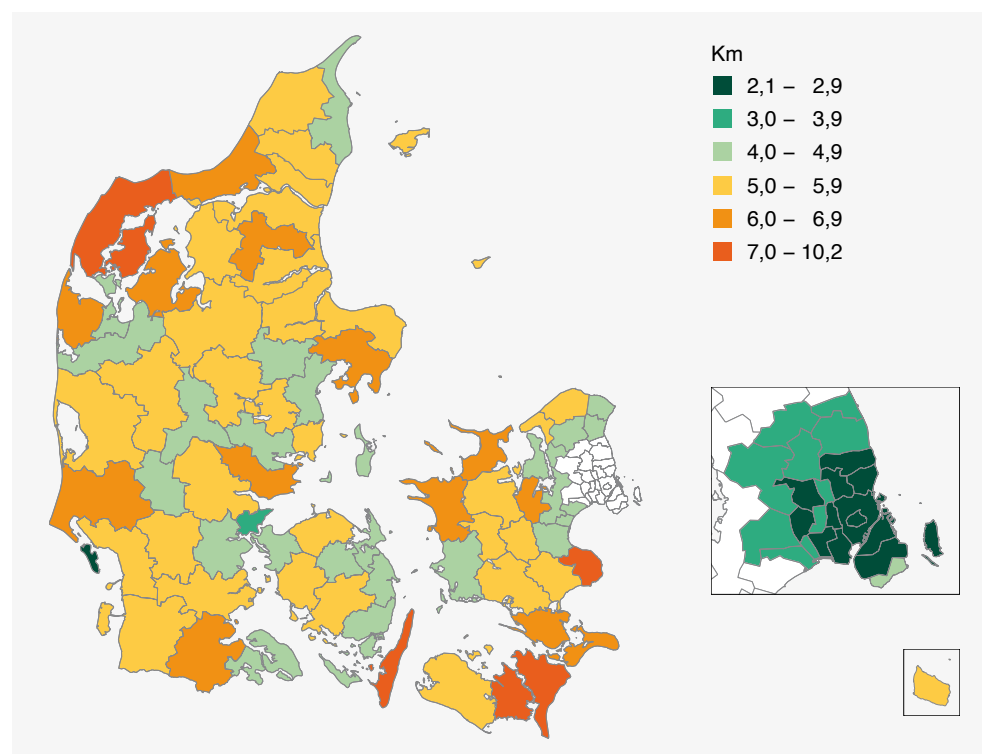
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til egen alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 3.1.1.2 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til egen alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er kortest blandt personer med højeste indkomstniveau. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis laveste og højeste indkomstniveau. Fordelingen af kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, opgjort på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.2).

FIGUR 3.1.1.3

Kommunale forskelle i gennemsnitlig kørselsafstand til egen alment praktiserende læge blandt den danske befolkning på 30 år eller derover i 2017

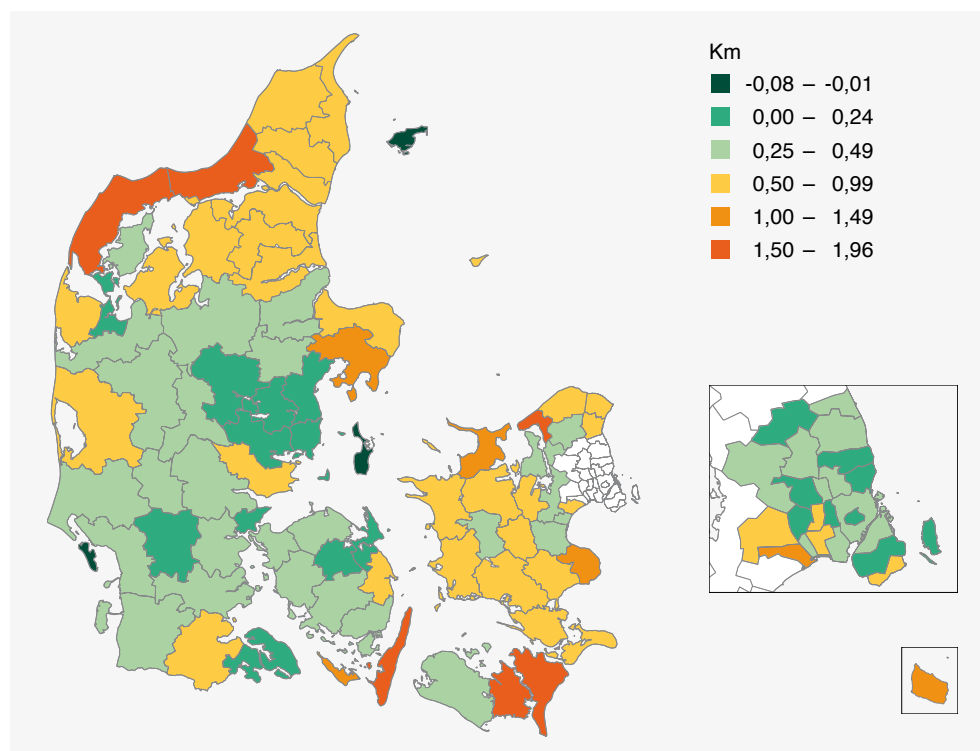


I Bilag 4 findes en oversigt over den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge i hver enkelt kommune.

Figur 3.1.1.3 viser kommunale forskelle i den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge blandt den danske befolkning på 30 år eller derover i 2017. Den gennemsnitlige kørselsafstand varierer mellem 2,1 km og 10,2 km. Personer, der bor i Hovedstadsområdet, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

FIGUR 3.1.1.4

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til egen alment praktiserende læge blandt den danske befolkning på 30 år eller derover



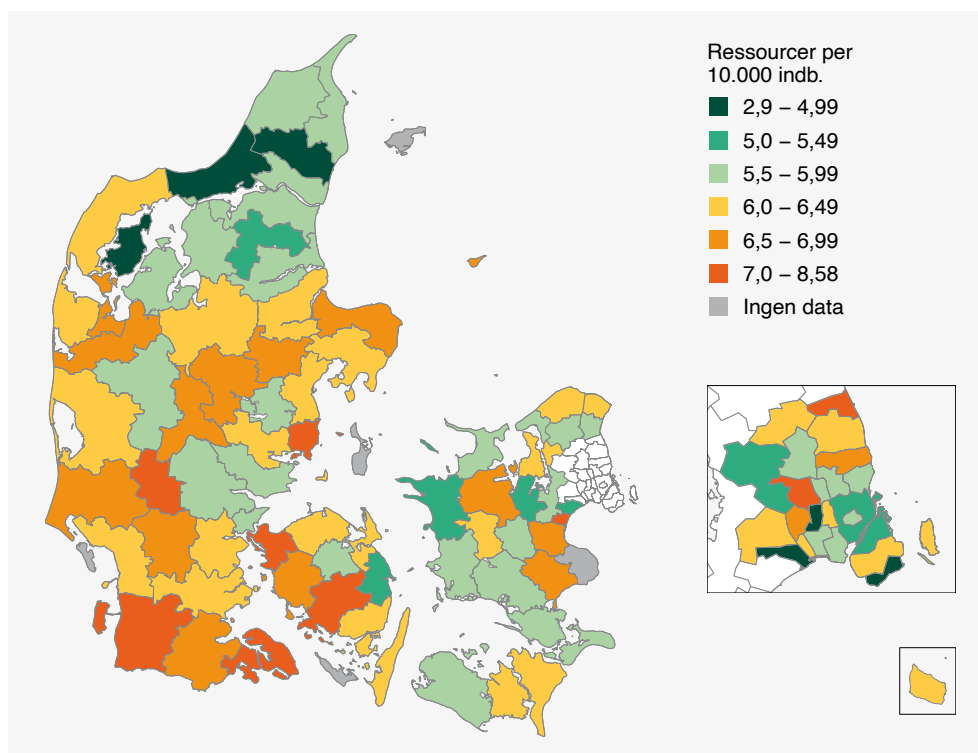
I Bilag 4 findes en oversigt over ændringen i gennemsnitlig kørselsafstand til egen alment praktiserende læge i hver enkelt kommune.

Figur 3.1.1.4 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til egen alment praktiserende læge blandt den danske befolkning på 30 år eller derover. Fra 2010 til 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge blevet mellem 0,1 km kortere og op til 2,0 km længere. Det er særligt i Nordjylland og på Sjælland (uden for Hovedstadsområdet) samt i Guldborgsund, Langeland, Ærø og Bornholms kommuner, at den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er blevet længere.

3.1.2 Tilgængelighed

FIGUR 3.1.2.1

Kommunale forskelle i tilgængelighed af alment praktiserende læge i 2017



Tilgængelighed er opgjort som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere og er nærmere beskrevet i Bilag 1. I Bilag 4 findes en oversigt over behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i hver enkelt kommune.

Figur 3.1.2.1 viser kommunale forskelle i tilgængelighed af alment praktiserende læge, opgjort som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i 2017. Behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere varierer mellem 2,9 og 8,6. De største behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere findes især på Fyn samt i Midt- og Sønderjylland. De mindste behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere findes især i Nordjylland og i dele af Hovedstadsområdet.

3.1.3 Sammenfatning af adgang til alment praktiserende læge

I 2017 er der i gennemsnit 4,6 km i kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge blevet 500 m længere. Der ses social ulighed i adgang til alment praktiserende læge, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er kortest for personer med henholdsvis videregående uddannelse eller højeste indkomstniveau. Personer, der bor i Hovedstadsområdet, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Den højeste tilgængelighed af alment praktiserende læge, opgjort som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere, findes især på Fyn samt i Midt- og Sønderjylland, mens den laveste tilgængelighed især findes i Nordjylland og i dele af Hovedstadsområdet.

3.2 Brug af alment praktiserende læge

Brug af alment praktiserende læge er opgjort som andelen af personer, der er registreret som modtager af en ydelse ved en alment praktiserende læge. Derudover opgøres andelen af personer, der er registreret som modtager af henholdsvis telefonkonsultation og e-mailkonsultation separat. Brug af alment praktiserende læge er beregnet ud fra data fra Det Centrale Personregister og Sygesikringsregistret. Beregning af brug er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Brug af alment praktiserende læge er justeret for behov. En persons behov for alment praktiserende læge er i denne rapport bestemt ud fra følgende mål for behov: selv-vurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, selvrapporterede muskel-skelet-smerter, antal kroniske eller langvarige sygdomme, selvrapporteret mentalt helbred samt selvrapporteret nedtrykthed eller uro. Justering for behov og udvælgelse af behovsmål er nærmere beskrevet i Bilag 1.

I dette afsnit belyses først sammenhængen mellem brug af alment praktiserende læge og længst fuldførte uddannelse samt indkomstniveau. Herefter belyses geografiske forskelle i brug af alment praktiserende læge i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i brug af alment praktiserende læge i perioden 2010-2017. Efterfølgende vises tilsvarende resultater for henholdsvis telefonkonsultation og e-mailkonsultation.

3.2.1 Brug af alment praktiserende læge

TABEL 3.2.1.1

Andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	87,1		151.018	87,5		154.749	
KVINDER	92,3		81.358	92,6		82.756	
Grundskole	93,6	1	22.469	94,5	1	18.527	0,99
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	92,4	1,15*	30.962	92,9	1,19*	32.004	0,99
Videregående uddannelse	90,7	1,06	26.191	91,7	1,21*	30.360	1,06
Uoplyst	93,8	0,84	1.736	87,2	0,67*	1.865	0,73
MÆND	81,6		69.660	82,2		71.993	
Grundskole	85,3	1	16.133	86,7	1	14.585	0,91
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	81,8	1,07	32.495	83,0	1,11*	33.367	0,94*
Videregående uddannelse	78,1	1,02	19.606	78,9	1,11*	22.160	0,98
Uoplyst	84,6	0,94	1.426	75,9	0,87	1.881	0,82

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 3.2.1.1 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 95 %, der gør brug af alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 93 % og 92 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 87 %, der gør brug af alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 83 % og 79 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, statistisk signifikant i 2017 for både mænd og kvinder. Det ses, at andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse ses der et statistisk signifikant fald fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af alment praktiserende læge.

TABEL 3.2.1.2

Andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	87,1		151.018	87,5		154.749	
KVINDER	92,3		81.358	92,6		82.756	
Indkomst 1 (lav)	93,0	1	16.671	93,2	1	17.322	0,93
Indkomst 2	92,9	1,17*	20.356	92,9	1,22*	21.191	0,96
Indkomst 3	92,1	1,19*	21.750	92,5	1,30*	22.234	1,01
Indkomst 4 (høj)	91,0	1,15*	22.581	91,9	1,31*	22.009	1,05
MÆND	81,6		69.660	82,2		71.993	
Indkomst 1 (lav)	83,8	1	12.294	83,1	1	12.683	0,89*
Indkomst 2	83,4	1,23*	16.545	83,1	1,21*	17.415	0,87*
Indkomst 3	81,3	1,20*	19.512	82,4	1,28*	20.220	0,94
Indkomst 4 (høj)	78,7	1,06	21.309	80,6	1,23*	21.675	1,03

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

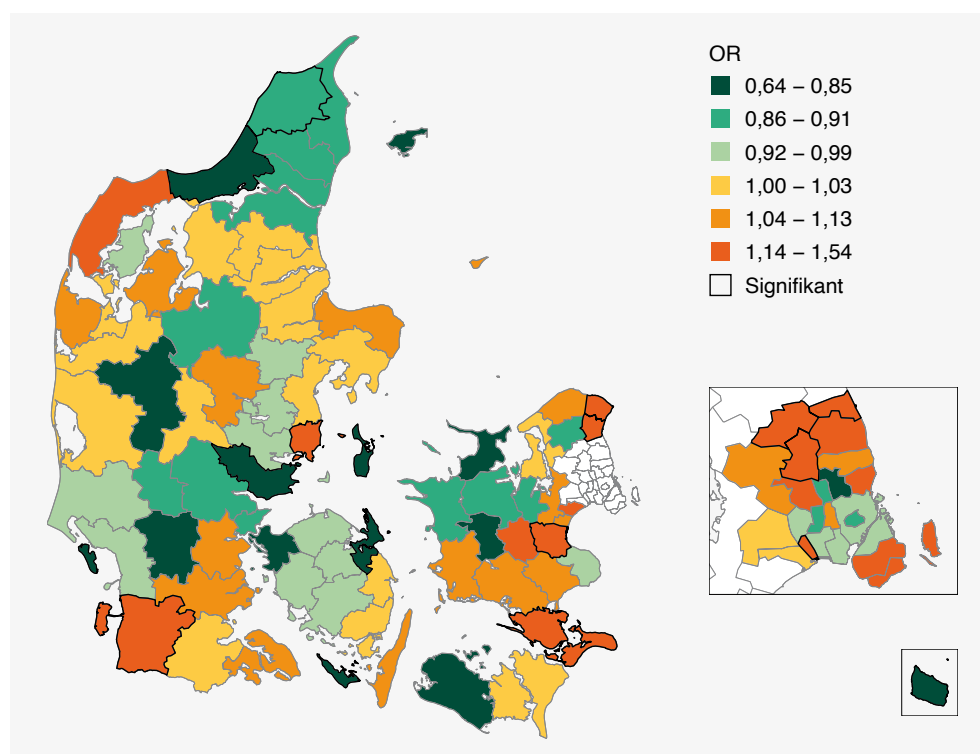
Tabel 3.2.1.2 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, og indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med laveste indkomstniveau 93 %, der gør brug af alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 93 % blandt kvinder med indkomstniveau 2 og 3, og 92 % blandt kvinder med højeste indkomstniveau. Blandt mænd med det laveste indkomstniveau er der 83 %, der gør brug af alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 83 %, 82 % og 81 % blandt mænd med indkomstniveau 2, 3 og 4.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem indkomstniveau og andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, statistisk signifikant i 2017 for både kvinder og mænd. Det ses, at andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere blandt personer med højere indkomstniveauer end blandt personer med laveste indkomstniveau. Blandt mænd med indkomstniveau 1 og 2 ses der et statistisk signifikant fald fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af alment praktiserende læge.

FIGUR 3.2.1.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

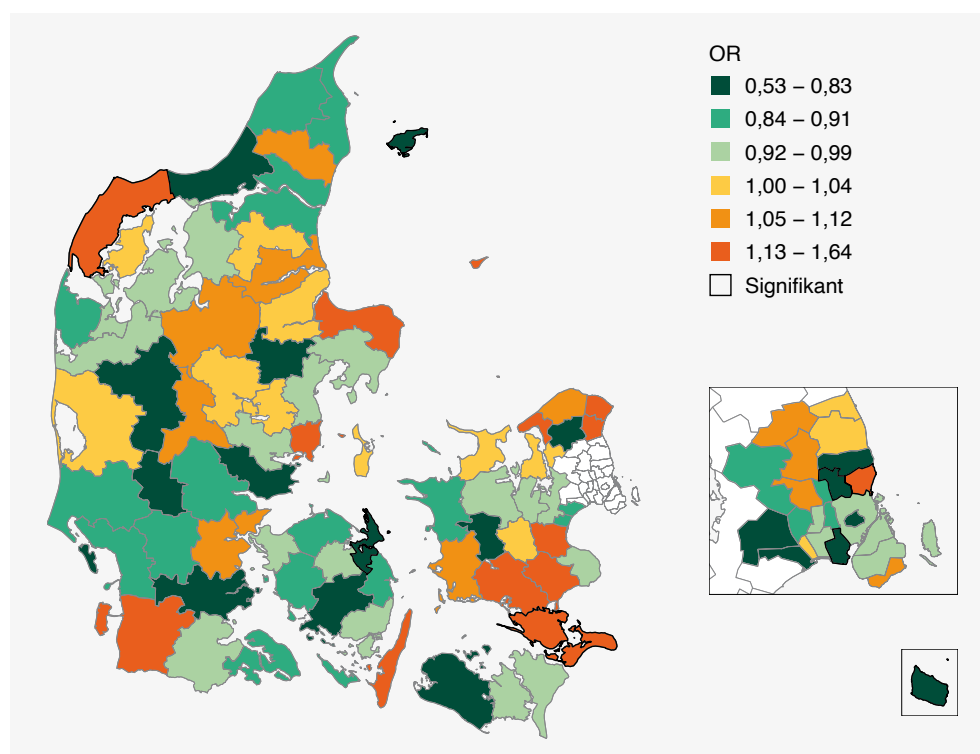
Figur 3.2.1.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 10 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farve og sort omrids). Det er særligt i de nordøstlige kommuner på Sjælland, der er en højere forekomst af personer, der gør brug af alment praktiserende læge.

Der er otte kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er blandt andet i dele af Nordjylland og i økommunerne Samsø, Fanø, og Ærø samt Bornholm, der er en lavere forekomst af personer, der gør brug af alment praktiserende læge.

FIGUR 3.2.1.2

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 3.2.1.2 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er tre kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids). Der er ikke noget tydeligt mønster i, hvor forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010.

Der er fem kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommuner med mørkegrøn farve og sort omrids). Der er ikke noget tydeligt mønster i, hvor forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010.

3.2.2 Brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge

TABEL 3.2.2.1

Andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	65,5		151.018	59,2		154.749	
KVINDER	74,1		81.358	66,6		82.756	
Grundskole	78,8	1	22.469	74,6	1	18.527	0,67*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	74,2	1,03	30.962	67,3	0,99	32.004	0,63*
Videregående uddannelse	69,3	0,92*	26.191	61,1	0,90*	30.360	0,63*
Uoplyst	77,7	0,74*	1.736	57,1	0,66*	1.865	0,58*
MÆND	56,4		69.660	51,5		71.993	
Grundskole	63,9	1	16.133	60,7	1	14.585	0,73*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	56,8	1,00	32.495	52,9	0,97	33.367	0,73*
Videregående uddannelse	49,8	0,89*	19.606	43,9	0,83*	22.160	0,71*
Uoplyst	58,3	0,75*	1.426	44,5	0,77*	1.881	0,79*

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 3.2.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 75 %, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 67 % og 61 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 61 %, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 53 % og 44 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, statistisk signifikant i begge år for både mænd og kvinder. Det ses, at andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere blandt personer med videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Blandt både mænd og kvinder er der for alle uddannelsesgrupper et statistisk signifikant fald fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge.

TABEL 3.2.2.2

Andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	65,5		151.018	59,2		154.749	
KVINDER	74,1		81.358	66,6		82.756	
Indkomst 1 (lav)	77,7	1	16.671	71,2	1	17.322	0,63*
Indkomst 2	75,9	1,04	20.356	67,9	1,01	21.191	0,62*
Indkomst 3	73,4	1,02	21.750	65,3	0,99	22.234	0,62*
Indkomst 4 (høj)	69,7	0,93*	22.581	61,6	0,92*	22.009	0,64*
MÆND	56,4		69.660	51,5		71.993	
Indkomst 1 (lav)	61,5	1	12.294	56,0	1	12.683	0,74*
Indkomst 2	58,9	1,15*	16.545	54,0	1,11*	17.415	0,73*
Indkomst 3	55,6	1,14*	19.512	50,1	1,03	20.220	0,68*
Indkomst 4 (høj)	51,4	1,00	21.309	46,9	0,97	21.675	0,74*

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

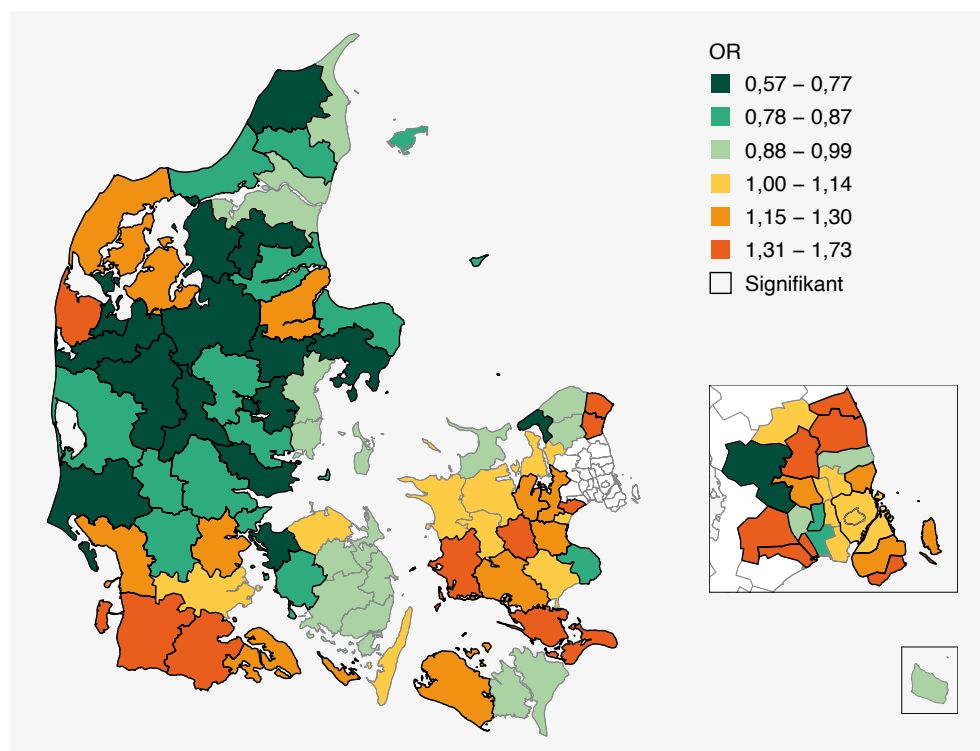
Tabel 3.2.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, og indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med det laveste indkomstniveau 71 %, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 68 %, 65 % og 62 % blandt kvinder med indkomstniveau 2, 3 og 4. Blandt mænd med det laveste indkomstniveau er der 56 %, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 54 %, 50 % og 47 % blandt mænd med indkomstniveau 2, 3 og 4.

Justeret for behov og alder er andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge i 2017, statistisk signifikant lavere blandt kvinder med det højeste indkomstniveau end blandt kvinder med det laveste indkomstniveau. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere blandt mænd med indkomstniveau 2 end blandt mænd med det laveste indkomstniveau. Både blandt kvinder og mænd ses der for alle indkomstniveauer et statistisk signifikant fald fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge.

FIGUR 3.2.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

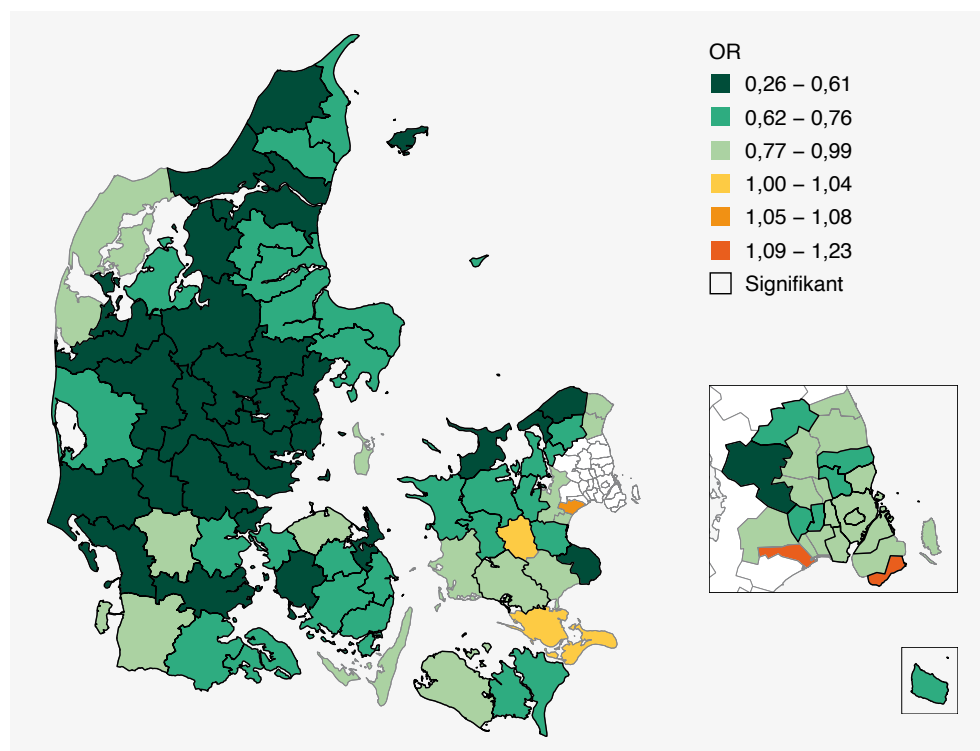
Figur 3.2.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 33 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt på Sjælland og i Sønderjylland samt det nordlige Vestjylland, der er en højere forekomst af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge.

Der er 31 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er særligt i Midt- og Nordjylland, der er en lavere forekomst af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge.

FIGUR 3.2.2.2

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 3.2.2.2 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er kun i Dragør Kommune, at forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommune med orange farve og sort omrids).

Der er 72 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010. Det gælder med enkelte undtagelser alle kommuner i Jylland og på Fyn samt en stor del af kommunerne på Sjælland.

3.2.3 Brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge

TABEL 3.2.3.1

Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR ^s	N (total)	%	OR ^s	N (total)	OR ^s
ALLE	17,9		151.018	39,5		154.749	
KVINDER	21,5		81.358	46,6		82.756	
Grundskole	12,7	1	22.469	38,6	1	18.527	4,26*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	22,2	1,64*	30.962	47,2	1,43*	32.004	3,24*
Videregående uddannelse	29,0	2,23*	26.191	53,4	1,84*	30.360	2,86*
Uoplyst	16,7	1,30*	1.736	36,9	0,94	1.865	2,90*
MÆND	14,1		69.660	32,1		71.993	
Grundskole	10,2	1	16.133	30,3	1	14.585	3,44*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13,6	1,49*	32.495	31,6	1,32*	33.367	2,77*
Videregående uddannelse	18,2	2,32*	19.606	35,9	1,92*	22.160	2,50*
Uoplyst	12,1	1,29*	1.426	21,9	0,90	1.881	2,44*

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 3.2.3.1 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 39 %, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 47 % og 53 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 30 %, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 32 % og 36 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Det ses en social gradient, hvor andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er højere med længere fuldførte uddannelse. Blandt både kvinder og mænd og for alle uddannelsesgrupper ses der en statistisk signifikant stigning fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge.

TABEL 3.2.3.2

Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	17,9		151.018	39,5		154.749	
KVINDER	21,5		81.358	46,6		82.756	
Indkomst 1 (lav)	16,3	1	16.671	40,6	1	17.322	3,62*
Indkomst 2	19,6	1,31*	20.356	45,9	1,34*	21.191	3,57*
Indkomst 3	22,7	1,65*	21.750	49,1	1,61*	22.234	3,30*
Indkomst 4 (høj)	26,9	2,07*	22.581	51,3	1,85*	22.009	2,94*
MÆND	14,1		69.660	32,1		71.993	
Indkomst 1 (lav)	10,5	1	12.294	28,1	1	12.683	3,34*
Indkomst 2	12,4	1,38*	16.545	30,4	1,30*	17.415	2,95*
Indkomst 3	15,0	1,84*	19.512	32,8	1,58*	20.220	2,62*
Indkomst 4 (høj)	17,4	2,32*	21.309	36,1	1,99*	21.675	2,59*

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

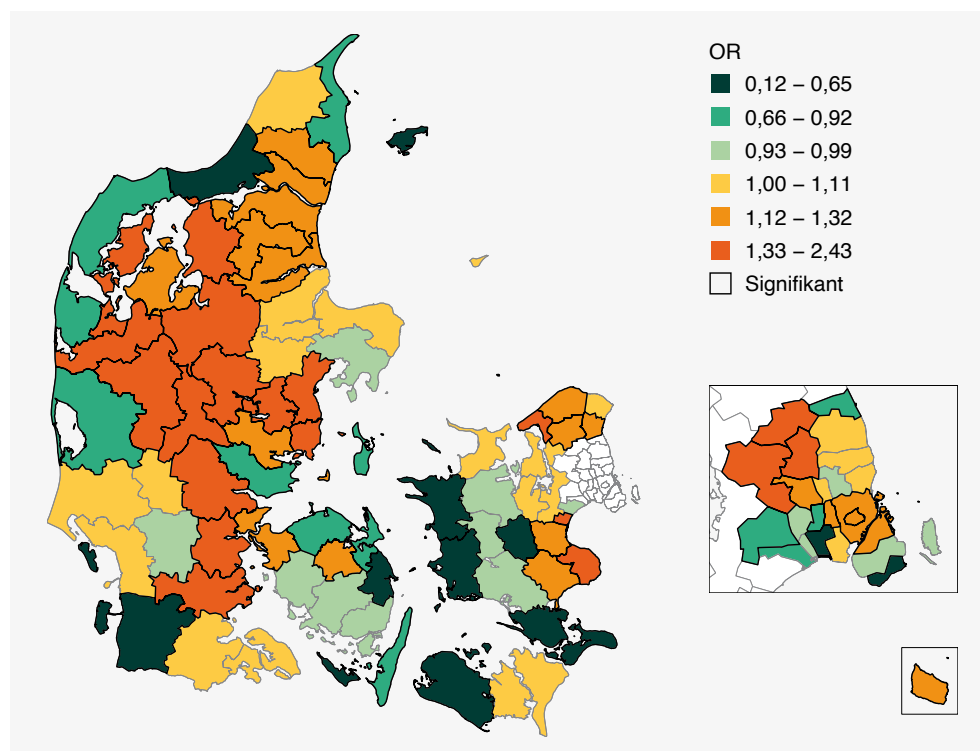
Tabel 3.2.3.2 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, og indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med det laveste indkomstniveau 41 %, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 46 %, 49 % og 51 % blandt kvinder med indkomstniveau 2, 3 og 4. Blandt mænd med det laveste indkomstniveau er der 28 %, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge. Det gælder henholdsvis 30 %, 33 % og 36 % blandt mænd med indkomstniveau 2, 3 og 4.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem indkomstniveau og andelen, der gør brug af e-mailkonsultationer ved alment praktiserende læge, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der gør brug af e-mailkonsultationer ved alment praktiserende læge, er højere med højere indkomstniveau. Blandt både kvinder og mænd og for alle indkomstniveauer ses der en statistisk signifikant stigning fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af e-mailkonsultationer ved alment praktiserende læge.

FIGUR 3.2.3.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

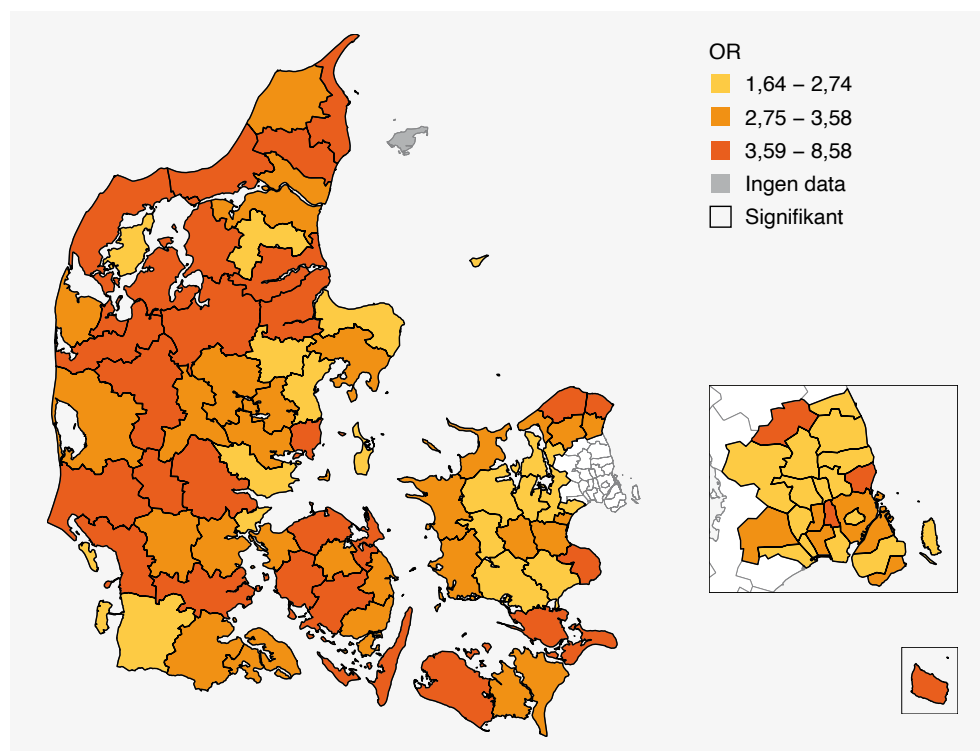
Figur 3.2.3.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 39 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i det centrale og østlige Jylland samt i den østlige del af Sjælland, der er en højere forekomst af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge.

Der er 25 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er blandt andet på det vestlige Sjælland, nordlige Fyn og i dele af Vestjylland, der er en lavere forekomst af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge.

FIGUR 3.2.3.2

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 3.2.3.2 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 97 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultationer ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids).

Der er ingen kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultationer ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010.

3.2.4 Sammenfatning af brug af alment praktiserende læge

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 93 % og 82 %, der gør brug af alment praktiserende læge. Der ses social ulighed i brug af alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses nogen geografisk ulighed i brug af alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap en femtedel af kommunerne. Fra 2010 til 2017 ses der et fald i andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse eller lavere indkomst, når der justeres for behov.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 67 % og 52 %, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge. Der ses omvendt social ulighed i brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation, er således mindre blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Desuden er brugen af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge mindre blandt kvinder med højeste indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i mere end tre ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der et fald i forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 47 % og 32 %, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge. Der ses social ulighed i brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i mere end tre ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov.

3.3 Sammenhæng mellem adgang til og brug af alment praktiserende læge

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem adgang til og brug af alment praktiserende læge. Brug af alment praktiserende læge er opdelt i tre kategorier: fremmøde-konsultation, telefonkonsultation og e-mailkonsultation. Beregning af brug er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Først belyses sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af alment praktiserende læge, hvorefter sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af alment praktiserende læge belyses. For både kørselsafstand og tilgængelighed belyses det desuden, om hvorvidt sammenhængen mellem adgang til og brug af alment praktiserende læge afhænger af længst fuldførte uddannelse eller indkomstniveau.

3.3.1 Kørselsafstand og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge

TABEL 3.3.1.1

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmøde-konsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Kørselsafstand (km)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 1,4)	90,0	1,09	22.389	77,4	1,04	18.585
Medium (1,5 - 6,9)	88,8	1,04	41.063	76,8	1,02	35.953
Lang (≥7,0)	88,0	1	18.367	77,2	1	16.539

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Tabel 3.3.1.1 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til egen alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge er sammenhængen ikke statistisk signifikant.

TABEL 3.3.1.2

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmøde-konsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Uddannelse	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Kort	93,2	1,11	5.532	82,9	0,99	3.764
	Medium	91,9	1,12	8.491	82,3	1,04	6.721
	Lang	90,1	1	4.331	81,9	1	3.936
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Kort	89,8	0,96	8.178	79,1	1,02	8.343
	Medium	89,0	0,99	15.900	77,8	1,00	16.514
	Lang	88,2	1	7.586	77,1	1	8.163
Videregående uddannelse	Kort	88,1	1,13	8.049	71,9	1,05	5.873
	Medium	86,9	1,03	15.819	72,6	1,04	11.856
	Lang	86,7	1	6.096	73,6	1	4.053

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-6,9 km, Lang: ≥7 km

Tabel 3.3.1.2 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen ikke statistisk signifikant.

TABEL 3.3.1.3

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Kørselsafstand*	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Kort	90,7	1,21*	5.392	80,0	1,25*	3.766
	Medium	90,6	1,28*	7.616	78,4	1,14	5.648
	Lang	88,4	1	4.121	77,8	1	3.114
Indkomst 2	Kort	91,0	1,25*	5.965	79,0	1,10	4.488
	Medium	88,5	1,04	9.966	78,1	1,06	8.161
	Lang	88,0	1	5.080	77,4	1	4.605
Indkomst 3	Kort	89,7	1,02	5.664	76,7	0,98	4.956
	Medium	88,6	0,97	11.273	76,9	0,97	10.212
	Lang	87,9	1	5.121	77,6	1	4.869
Indkomst 4 (høj)	Kort	88,2	0,92	5.368	73,9	0,93	5.375
	Medium	87,4	0,93	12.208	74,5	0,96	11.932
	Lang	87,8	1	4.045	75,9	1	3.951

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-6,9 km, Lang: ≥7 km

Tabel 3.3.1.3 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for både kvinder og mænd med lavere indkomst. Blandt kvinder med indkomstniveau 1 og 2 samt mænd med indkomstniveau 1 er andelen, der gør brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, statistisk signifikant højere, når der er kort kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, end når der er lang kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Blandt kvinder med indkomstniveau 1 ses et statistisk signifikant højere brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge desuden også ved medium kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

3.3.2 Tilgængelighed og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge

TABEL 3.3.2.1

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af fremmøde-konsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indb.#)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Lav (0,1 - 5,5)	87,9	1	17.537	74,9	1	15.006
Medium (5,6 - 6,4)	89,1	1,03	45.530	77,2	0,99	39.489
Høj (≥6,5)	89,2	1,04	19.689	78,4	1,03	17.498

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.2.1 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er sammenhængen ikke statistisk signifikant.

TABEL 3.3.2.2

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af fremmøde-konsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

		KVINDER			MÆND		
Uddannelse	Tilgængelighed [#]	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Lav	90,8	1	3.666	80,5	1	3.007
	Medium	92,1	1,08	9.917	82,5	1,03	7.777
	Høj	92,0	1,08	4.944	83,1	1,05	3.801
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Lav	87,5	1	6.671	76,5	1	6.716
	Medium	89,3	1,15*	17.605	78,2	1,01	18.229
	Høj	89,2	1,19*	7.728	78,1	1,00	8.422
Videregående uddannelse	Lav	87,3	1	6.772	70,0	1	4.843
	Medium	87,0	0,91	17.012	72,6	0,98	12.488
	Høj	86,9	0,92	6.576	75,4	1,09	4.829

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,1-5,5; Medium: 5,6-6,4; Høj: ≥6,5. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.2.2 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. I denne gruppe er andelen, der gør brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, statistisk signifikant højere blandt kvinder, der bor i en kommune med medium eller høj tilgængelighed af alment praktiserende læge, end blandt kvinder, der bor i en kommune med lav tilgængelighed af alment praktiserende læge.

TABEL 3.3.2.3

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Lav	89,7	1	3.543	76,3	1	2.559
	Medium	91,0	1,02	8.751	79,9	1,02	6.273
	Høj	91,2	1,06	4.174	81,4	1,06	2.982
Indkomst 2	Lav	88,1	1	4.438	77,9	1	3.544
	Medium	89,4	1,04	11.102	78,2	0,90	9.071
	Høj	89,6	1,08	5.233	78,9	0,94	4.391
Indkomst 3	Lav	87,9	1	4.550	74,9	1	3.982
	Medium	88,8	1,03	12.231	77,5	1,02	10.907
	Høj	88,8	1,03	5.138	78,5	1,03	5.005
Indkomst 4 (høj)	Lav	86,9	1	4.578	71,9	1	4.481
	Medium	87,9	1,02	12.450	75,0	1,06	12.243
	Høj	87,4	1,01	4.703	76,5	1,11	4.674

§ OR er for behov alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,1-5,5; Medium: 5,6-6,4; Høj: ≥6,5. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.2.3 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen ikke statistisk signifikant.

3.3.3 Kørselsafstand og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge

TABEL 3.3.3.1

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Kørselsafstand (km)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 1,4)	68,3	1	22.389	51,4	1	18.585
Medium (1,4 - 6,9)	65,9	0,97	41.063	50,7	1,01	35.953
Lang (≥7,0)	66,4	1,07*	18.367	53,4	1,16*	16.539

§ OR er justeret for alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Tabel 3.3.3.1 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for både kvinder og mænd. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant højere blandt personer med lang kørselsafstand til egen alment praktiserende læge end blandt personer med kort kørselsafstand.

TABEL 3.3.3.2

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

		KVINDER			MÆND		
Uddannelse	Kørselsafstand [#]	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Kort	77,0	1	5.532	61,1	1	3.764
	Medium	73,7	0,98	8.491	60,2	1,04	6.721
	Lang	73,1	1,01	4.331	61,4	1,15*	3.936
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Kort	69,1	1	8.178	53,9	1	8.343
	Medium	66,8	0,96	15.900	52,3	0,99	16.514
	Lang	66,2	1,07	7.586	52,8	1,13*	8.163
Videregående uddannelse	Kort	61,7	1	8.049	42,6	1	5.873
	Medium	60,5	0,99	15.819	43,5	1,05	11.856
	Lang	62,5	1,12*	6.096	46,8	1,23*	4.053

§ OR er justeret for alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-6,9 km, Lang: ≥7 km

Tabel 3.3.3.2 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for kvinder med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse samt for mænd uanset uddannelseslængde. Blandt disse personer er andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, statistisk signifikant højere, når der er lang kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, end når der er kort kørselsafstand.

TABEL 3.3.3.3

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Kort	72,2	1	5.392	55,4	1	3.766
	Medium	71,3	1,00	7.616	55,7	1,07	5.648
	Lang	69,8	0,99	4.121	58,1	1,15*	3.114
Indkomst 2	Kort	69,4	1	5.965	54,3	1	4.488
	Medium	67,3	0,96	9.966	53,8	0,99	8.161
	Lang	67,4	1,04	5.080	54,0	1,07	4.605
Indkomst 3	Kort	66,8	1	5.664	49,5	1	4.956
	Medium	64,7	0,98	11.273	49,2	0,98	10.212
	Lang	65,0	1,10	5.121	52,2	1,20*	4.869
Indkomst 4 (høj)	Kort	63,2	1	5.368	46,5	1	5.375
	Medium	60,6	0,96	12.208	46,2	1,02	11.932
	Lang	62,5	1,14*	4.045	49,5	1,20*	3.951

§ OR er justeret for alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-6,9 km, Lang: ≥7 km

Tabel 3.3.3.3 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for kvinder med højeste indkomstniveau samt for mænd med indkomstniveau 1, 3 og 4. Blandt disse personer er andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, statistisk signifikant højere, når der er lang kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, end når der er kort kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

3.3.4 Tilgængelighed og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge

TABEL 3.3.4.1

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indb. #)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Lav (0,1 - 5,5)	66,5	1	17.537	50,4	1	15.006
Medium (5,6 - 6,4)	66,9	0,95*	45.530	51,8	0,97	39.489
Høj (≥6,5)	65,8	0,92*	19.689	51,8	0,95	17.498

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.4.1 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen praktiserende læge er sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for kvinder. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er statistisk signifikant lavere blandt kvinder, der bor i en kommune med medium eller høj tilgængelighed af alment praktiserende læge, end blandt kvinder, der bor i en kommune med lav tilgængelighed af alment praktiserende læge.

TABEL 3.3.4.2

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Uddannelse	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Lav	74,7	1	3.666	57,7	1	3.007
	Medium	75,2	0,97	9.917	61,8	1,13*	7.777
	Høj	72,8	0,89	4.944	60,1	1,07	3.801
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Lav	66,7	1	6.671	52,6	1	6.716
	Medium	67,9	1,03	17.605	53,3	0,97	18.229
	Høj	65,9	0,98	7.728	51,9	0,95	8.422
Videregående uddannelse	Lav	62,0	1	6.772	44,1	1	4.843
	Medium	61,1	0,93*	17.012	43,5	0,90*	12.488
	Høj	60,4	0,93	6.576	45,1	0,92	4.829

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,1-5,5; Medium: 5,6-6,4; Høj: ≥6,5. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.4.2 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, statistisk signifikant lavere blandt både kvinder og mænd med videregående uddannelse og medium tilgængelighed af alment praktiserende læge end blandt kvinder og mænd med videregående uddannelse og lav tilgængelighed af alment praktiserende læge. Der ses desuden statistisk signifikant højere brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge blandt mænd med grundskole og medium tilgængelighed af alment praktiserende læge end blandt mænd med grundskole og lav tilgængelighed af alment praktiserende læge.

TABEL 3.3.4.3

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Lav	71,7	1	3.543	54,7	1	2.559
	Medium	73,5	0,99	8.751	58,2	0,99	6.273
	Høj	71,2	0,93	4.174	60,0	1,04	2.982
Indkomst 2	Lav	68,0	1	4.438	54,7	1	3.544
	Medium	68,5	0,94	11.102	54,9	0,93	9.071
	Høj	67,9	0,93	5.233	53,2	0,89	4.391
Indkomst 3	Lav	64,9	1	4.550	49,4	1	3.982
	Medium	66,1	1,01	12.231	50,6	0,97	10.907
	Høj	64,3	0,95	5.138	49,9	0,94	5.005
Indkomst 4 (høj)	Lav	61,8	1	4.578	45,4	1	4.481
	Medium	61,9	0,96	12.450	47,1	1,00	12.243
	Høj	60,6	0,95	4.703	47,9	0,99	4.674

§ OR er justeret for behov alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,1-5,5; Medium: 5,6-6,4; Høj: ≥6,5. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.4.3 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen ikke statistisk signifikant.

3.3.5 Kørselsafstand og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge

TABEL 3.3.5.1

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Kørselsafstand (km)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 1,4)	44,5	1	22.389	31,4	1	18.585
Medium (1,5 - 6,9)	47,8	1,11*	41.063	32,8	1,09*	35.953
Lang (≥7,0)	47,1	1,21*	18.367	31,4	1,19*	16.539

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 3.3.5.1 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for både kvinder og mænd. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er højere med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

TABEL 3.3.5.2

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

		KVINDER			MÆND		
Uddannelse	Kørselsafstand*	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Kort	36,7	1	5.532	30,7	1	3.764
	Medium	39,4	1,08	8.491	31,0	1,05	6.721
	Lang	39,9	1,26*	4.331	29,0	1,13	3.936
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Kort	43,8	1	8.178	30,8	1	8.343
	Medium	48,6	1,20*	15.900	32,4	1,12*	16.514
	Lang	48,5	1,28*	7.586	30,8	1,21*	8.163
Videregående uddannelse	Kort	52,6	1	8.049	34,6	1	5.873
	Medium	54,1	1,07	15.819	36,3	1,07	11.856
	Lang	53,3	1,13*	6.096	37,3	1,20*	4.053

§ OR er justeret for alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-6,9 km, Lang: ≥7 km

Tabel 3.3.5.2 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultationer ved alment praktiserende læge for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for alle andre end mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af e-mailkonsultation, er højere med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse ses et statistisk signifikant højere brug af e-mailkonsultation allerede ved medium kørselsafstand, mens der blandt personer med videregående uddannelse først ses statistisk signifikant højere brug af e-mailkonsultation ved lang kørselsafstand. Dette gælder også blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse.

TABEL 3.3.5.3

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Kort	38,6	1	5.392	28,4	1	3.766
	Medium	42,1	1,16*	7.616	28,1	1,07	5.648
	Lang	40,4	1,22*	4.121	28,1	1,20*	3.114
Indkomst 2	Kort	44,6	1	5.965	30,2	1	4.488
	Medium	46,6	1,06	9.966	31,2	1,13*	8.161
	Lang	46,4	1,16*	5.080	29,2	1,17*	4.605
Indkomst 3	Kort	47,2	1	5.664	31,0	1	4.956
	Medium	49,9	1,07	11.273	33,5	1,12*	10.212
	Lang	50,1	1,20*	5.121	33,1	1,29*	4.869
Indkomst 4 (høj)	Kort	49,6	1	5.368	36,1	1	5.375
	Medium	52,1	1,14*	12.208	36,8	1,04	11.932
	Lang	53,0	1,28*	4.045	35,2	1,09	3.951

§ OR er justeret for alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-6,9 km, Lang: ≥7 km

Tabel 3.3.5.3 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for alle andre end mænd med højeste indkomstniveau. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af e-mailkonsultation, er højere med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Blandt kvinder med laveste og højeste indkomstniveau samt blandt mænd med indkomstniveau 2 og 3 ses et statistisk signifikant højere brug af e-mailkonsultation allerede ved medium kørselsafstand, mens der blandt kvinder med indkomstniveau 2 og 3 samt blandt mænd med laveste indkomstniveau først ses statistisk signifikant højere brug af e-mailkonsultation ved lang kørselsafstand.

3.3.6 Tilgængelighed og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge

TABEL 3.3.6.1

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indb. #)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Lav (0,1 - 5,5)	46,1	1	17.537	30,2	1	15.006
Medium (5,6 - 6,4)	46,9	1,03	45.530	32,8	1,08*	39.489
Høj (≥6,5)	46,0	1,08*	19.689	31,6	1,09*	17.498

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.6.1 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for både kvinder og mænd. Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation, er statistisk signifikant højere blandt kvinder, der bor i en kommune med høj tilgængelighed af alment praktiserende læge, end blandt kvinder, der bor i en kommune med lav tilgængelighed af alment praktiserende læge. Blandt mænd ses et statistisk signifikant højere brug af e-mailkonsultation ved medium og høj tilgængelighed af alment praktiserende læge.

TABEL 3.3.6.2

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mail konsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Uddannelse	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Lav	36,1	1	3.666	27,0	1	3.007
	Medium	39,3	1,11*	9.917	31,5	1,19*	7.777
	Høj	38,9	1,19*	4.944	29,9	1,23*	3.801
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Lav	44,9	1	6.671	29,5	1	6.716
	Medium	47,6	1,07*	17.605	32,4	1,09*	18.229
	Høj	48,3	1,16*	7.728	31,1	1,11*	8.422
Videregående uddannelse	Lav	54,5	1	6.772	34,8	1	4.843
	Medium	53,4	0,95	17.012	36,3	1,01	12.488
	Høj	51,8	0,94	6.576	35,6	0,99	4.829

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,1-5,5; Medium: 5,6-6,4; Høj: ≥6,5. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.6.2 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for både kvinder og mænd med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ses især for kvinder en gradient, hvor andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er højere med højere tilgængelighed af alment praktiserende læge.

TABEL 3.3.6.3

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Lav	42,2	1	3.543	30,0	1	2.559
	Medium	41,5	0,93	8.751	30,4	0,95	6.273
	Høj	40,7	1,00	4.174	27,6	0,91	2.982
Indkomst 2	Lav	44,6	1	4.438	28,2	1	3.544
	Medium	47,1	1,11*	11.102	31,6	1,13*	9.071
	Høj	44,8	1,10	5.233	30,5	1,16*	4.391
Indkomst 3	Lav	48,2	1	4.550	29,9	1	3.982
	Medium	49,3	1,06	12.231	34,0	1,19*	10.907
	Høj	50,6	1,20*	5.138	32,2	1,18*	5.005
Indkomst 4 (høj)	Lav	51,8	1	4.578	34,5	1	4.481
	Medium	51,6	1,01	12.450	36,5	1,04	12.243
	Høj	51,0	1,03	4.703	36,7	1,09	4.674

§ OR er justeret for behov alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

OR er statistisk signifikant

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,1-5,5; Medium: 5,6-6,4; Høj: ≥6,5. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 3.3.6.3 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge statistisk signifikant for kvinder med indkomstniveau 3 og mænd med indkomstniveau 2 og 3. Blandt disse personer er andelen, der gør brug af e-mailkonsultation, statistisk signifikant højere ved høj tilgængelighed af alment praktiserende læge end ved lav tilgængelighed. Blandt kvinder med indkomstniveau 2 og mænd med indkomstniveau 2 og 3 ses desuden et statistisk signifikant højere brug af e-mailkonsultation ved medium tilgængelighed af alment praktiserende læge end ved lav tilgængelighed.

3.3.7 Sammenfatning af sammenhæng mellem adgang til og brug af alment praktiserende læge

Blandt både kvinder og mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge i gruppen med lavere indkomst. Blandt personer med lavere indkomst er andelen, der gør brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, således højere ved kortere kørselsafstand, når der justeres for behov.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse er andelen, der gør brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand. Blandt kvinder gælder dette særligt for dem med videregående uddannelse eller højere indkomstniveau, mens det blandt mænd ses uanset uddannelseslængde og for de fleste indkomstniveauer.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, således lavere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand. Blandt kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde og indkomstniveau. Blandt mænd ses det særligt blandt dem med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt dem med mellemindkomst eller lavere.

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere ved højere tilgængelighed. Denne sammenhæng ses særligt blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt personer med mellemindkomst.

3.4 Opsummering af resultater for alment praktiserende læge

I dette kapitel har vi beskrevet social og geografisk ulighed i adgang til og brug af alment praktiserende læge. Adgang til alment praktiserende læge er blevet belyst i forhold til kørselsafstand til egen alment praktiserende læge samt tilgængelighed af alment praktiserende læge, der defineres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune. Derudover har vi belyst sammenhængen mellem adgang til alment praktiserende læge og brug af alment praktiserende læge.

I 2017 er der i gennemsnit 4,6 km i kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til egen læge blevet 500 m længere. Der ses social ulighed i adgang til alment praktiserende læge, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er kortest for personer med henholdsvis længst fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. Personer, der bor i Hovedstadsområdet, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til egen

alment praktiserende læge. Den højeste tilgængelighed af alment praktiserende læge findes især på Fyn samt i Midt- og Sønderjylland, mens den laveste tilgængelighed især findes i Nordjylland og i dele af Hovedstadsområdet.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 93 % og 82 %, der gør brug af alment praktiserende læge. Der ses social ulighed i brug af alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses nogen geografisk ulighed i brug af alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap en femtedel af kommunerne. Fra 2010 til 2017

ses der et fald i andelen, der gør brug af alment praktiserende læge, blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse eller lavere indkomst, når der justeres for behov.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 67 % og 52 %, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge. Der ses omvendt social ulighed i brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation, er således mindre blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Desuden er brugen af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge mindre blandt kvinder med højeste indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i mere end tre ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der et fald i forekomsten af personer, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 47 % og 32 %, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge. Der ses social ulighed i brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i mere end tre ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov.

Blandt både kvinder og mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge i gruppen med lavere indkomst. Blandt personer med lavere indkomst er andelen, der gør brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, således højere ved kortere kørselsafstand, når der justeres for behov.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse er andelen, der gør brug af fremmødekonsultation ved alment praktiserende læge, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand. Blandt kvinder gælder dette særligt for dem med videregående uddannelse eller højere indkomstniveau, mens det blandt mænd ses uanset uddannelseslængde og for de fleste indkomstniveauer.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge blandt kvinder. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af telefonkonsultation ved alment praktiserende læge, således lavere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand. Blandt kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde og indkomstniveau. Blandt mænd ses det særligt blandt dem med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt dem med mellemindkomst eller lavere.

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge, er således højere ved højere tilgængelighed. Denne sammenhæng ses særligt blandt personer med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt personer med mellemindkomst.

Referencer

1. Praktiserende Lægers Organisation. Læge- og praksispopulation 1977-2021. Nøgletal fra medlemsregistret. n.d. [Available from: https://laeger.dk/media/3kkkk-p1l/laege-_og_praksispopulationen_1977-2022.pdf]
2. Regionernes Lønnings-og Takstnævn. Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst om almen praksis. §50. Revideret pr. 31. januar 2022. [Available from: <https://okportal.dk/GetDocumentById?mediaNodeid=36298>]
3. Vedsted P OK, Sørensen TH, Bech M, Gyrd-Hansen D. Henvisningsmønstret i almen praksis. En litteraturgennemgang. København; 2008.

4

Vægtlæge og
akuttelefon 1813



Ved sygdom opstået udenfor den alment praktiserende læges åbningstider (dvs. i tidsrummet kl. 16-08 samt i weekenden) kan alle borgere få lægehjælp ved brug af lægevagten. I Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland er lægevagtordningen en del af overenskomsten om almen praksis. Det vil sige, at læger i almen praksis også indgår i lægevagten i regionerne ved siden af deres arbejde i almen praksis. I Region Hovedstaden har lægevagten siden 2014 været en del af akuttelefonen 1813, som er en del af Akutberedskabet. I Akutberedskabet er der både ansat læger med speciale i almen medicin samt sygeplejersker (1).

Der er forskelle i organisering og arbejdsopgaver mellem henholdsvis lægevagten og akuttelefonen 1813. Lægevagten varetager eksempelvis både hjemmebesøg samt fysisk eller telefonisk konsultation, mens kun telefonisk konsultation er en mulighed ved akuttelefonen 1813. I Region Hovedstaden foregår fysisk konsultation på sygehuset.

Antallet af borgere per aktiv vagtlæge varierer mellem ca. 1.580 i Region Midtjylland og Region Sjælland og 2.250 i Region Nordjylland (1). Det tilsvarende tal kan ikke opgøres for akuttelefon 1813.

Vagtlæge skal som nævnt bruges til sygdom opstået uden for den alment praktiserende læges åbningstider. Der kan dog i et vist omfang også være kontakt til vagtlægen, hvis adgang til egen alment praktiserende læge ikke er mulig i løbet af dagtimerne, eller hvis det ikke er muligt at få en snarlig ledig tid (2).

Lægevagten holder ofte fysisk til på hospitalerne i regionen, og kontakten er oftest telefonisk. Derudover er der i regionerne et større eller mindre antal delvist bemandede konsultationssteder eller ad hoc konsultationssteder, hvor der ingen fast åbningstider er.

I dette kapitel beskrives social og geografisk ulighed i brug af vagtlæge og akuttelefon 1813. Desuden belyses sammenhængen mellem adgang til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge og akuttelefon 1813. Kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater.

4.1 Brug af vagtlæge og akuttelefon 1813

Brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 er opgjort som andelen af personer, der er registreret som modtager af en ydelse ved en vagtlæge eller akuttelefon 1813 uden for normal arbejdstid. Brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 er beregnet ud fra data fra Det Centrale Personregister, Sygesikringsregisteret samt data fra Akutberedskabet i Region Hovedstaden. Beregning af brug er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 er justeret for behov ud fra de samme mål for behov som brug af alment praktiserende læge. Det vil sige selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, selvrapporterede muskel-skelet-smerter, antal kroniske eller langvarige sygdomme, mentalt helbred samt selvrapporteret nedtrykt eller urolig. Justering for behov og udvælgelse af behovsmål er nærmere beskrevet i Bilag 1.

I dette afsnit belyses først sammenhængen mellem brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 og længst fuldførte uddannelse samt indkomstniveau. Herefter belyses geografiske forskelle i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 i perioden 2010-2017.

TABEL 4.1.1

Andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	18,7		151.018	19,9		154.749	
KVINDER	20,6		81.358	21,4		82.756	
Grundskole	21,2	1	22.469	23,8	1	18.527	1,12*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	19,8	0,94	30.962	21,2	0,95	32.004	1,09*
Videregående uddannelse	20,3	1,00	26.191	19,7	0,90*	30.360	0,95
Uoplyst	27,3	1,09	1.736	22,1	0,86	1.865	0,83
MÆND	16,8		69.660	18,3		71.993	
Grundskole	19,0	1	16.133	21,2	1	14.585	1,08*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	16,4	0,94	32.495	18,2	0,95	33.367	1,10*
Videregående uddannelse	15,2	0,90*	19.606	16,2	0,88*	22.160	1,07*
Uoplyst	21,4	0,91	1.426	18,8	0,80*	1.881	0,94

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 4.1.1 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 24 %, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813. Det gælder henholdsvis 21 % og 20 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 21 %, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813. Det gælder henholdsvis 18 % og 16 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for behov og alder er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 i 2017, statistisk signifikant lavere blandt både kvinder og mænd med videregående uddannelse end blandt kvinder og mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Fra 2010 til 2017 ses der en statistisk signifikant stigning i andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, for alle andre end kvinder med videregående uddannelse.

TABEL 4.1.2

Andelen, der gør brug af vægtlæge/akuttelefon 1813, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	18,7		151.018	19,9		154.749	
KVINDER	20,6		81.358	21,4		82.756	
Indkomst 1 (lav)	24,2	1	16.671	24,8	1	17.322	1,01
Indkomst 2	21,4	0,95	20.356	22,1	0,98	21.191	1,04
Indkomst 3	19,5	0,92*	21.750	20,1	0,95	22.234	1,04
Indkomst 4 (høj)	17,6	0,85*	22.581	18,3	0,89*	22.009	1,05
MÆND	16,8		69.660	18,3		71.993	
Indkomst 1 (lav)	20,3	1	12.294	20,3	1	12.683	0,97
Indkomst 2	17,6	1,01	16.545	19,9	1,17*	17.415	1,12*
Indkomst 3	16,2	0,98	19.512	17,5	1,07	20.220	1,06
Indkomst 4 (høj)	14,0	0,86*	21.309	16,1	1,02	21.675	1,14*

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

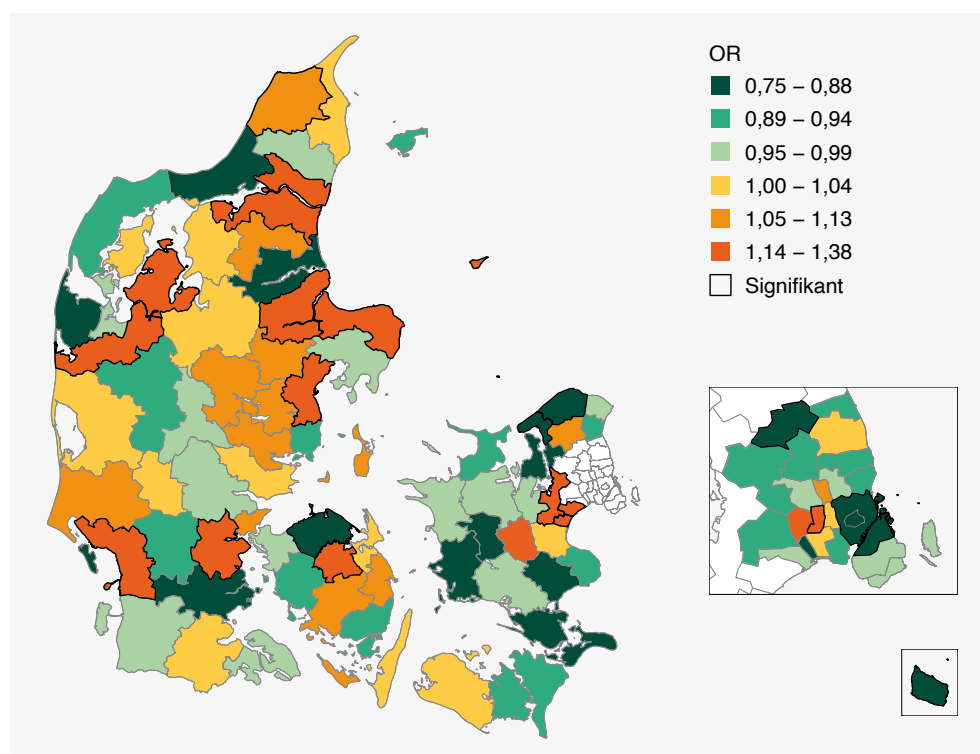
Tabel 4.1.2 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, og indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med det laveste indkomstniveau 25 %, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813. Det gælder henholdsvis 22 %, 20 % og 18 % blandt kvinder med indkomstniveau 2, 3 og 4. Blandt mænd med det laveste indkomstniveau er der 20 %, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813. Det gælder henholdsvis 20 %, 18 % og 16 % blandt mænd med indkomstniveau 2, 3 og 4.

Justeret for behov og alder er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 i 2017, statistisk signifikant lavere blandt kvinder med højeste indkomstniveau end blandt kvinder med laveste indkomstniveau. Desuden er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, statistisk signifikant højere blandt mænd med indkomstniveau 2 end blandt mænd med laveste indkomstniveau. Blandt mænd ses der for enkelte indkomstniveauer en statistisk signifikant stigning fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813.

FIGUR 4.1.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefons 1813, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

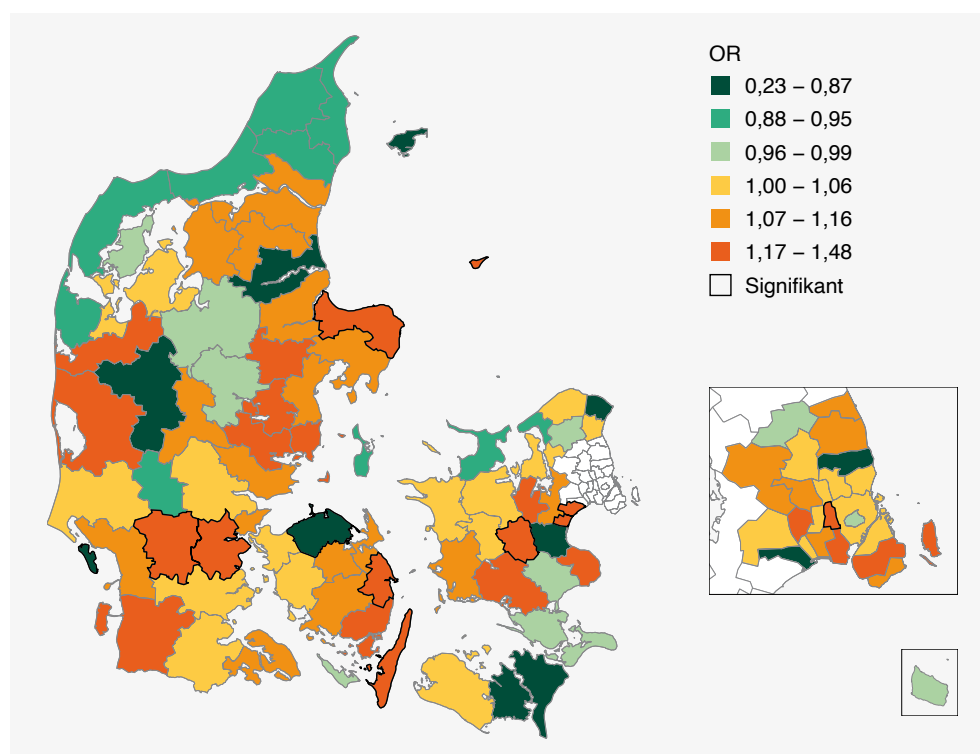
Figur 4.1.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefons 1813, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 14 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefons 1813, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er blandt andet i kommunerne med de største byer på Fyn og i Jylland (Odense, Aarhus, Aalborg, Esbjerg, Randers, Kolding), at der er en højere forekomst af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefons 1813.

Der er seks kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefons 1813, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med mørkegrøn farve og sort omrids). Det er særligt i Hovedstadsområdet samt kommuner i det nordlige Sjælland, der er en lavere forekomst af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefons 1813.

FIGUR 4.1.2

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 4.1.2 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er ni kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farve og sort omrids). Der er ikke noget tydeligt mønster i, hvor forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, er statistisk signifikant højere i 2017.

Der er to kommuner, Fanø Kommune og Nordfyns Kommune, hvor forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommuner med mørkegrøn farve og sort omrids).

Sammenfatning af brug af vagtlæge/akuttefon 1813

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 21 % og 18 %, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813. Der ses omvendt social ulighed i brug af vagtlæge/akuttefon 1813, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, er således mindre blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses der desuden mindre brug af vagtlæge/akuttefon 1813 med højere indkomstniveau.

Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af vagtlæge/akuttefon 1813, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i to ud af fem kommuner.

Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, for alle andre end kvinder med videregående uddannelse, når der justeres for behov.

4.2 Sammenhæng mellem adgang til alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem adgang til alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813. Først belyses sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, hvorefter sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 belyses. For både kørselsafstand og tilgængelighed belyses det desuden, om hvorvidt sammenhængen mellem adgang til og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 afhænger af længst fuldførte uddannelse eller indkomstniveau.

4.2.1 Kørselsafstand til alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813

TABEL 4.2.1.1

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Kørselsafstand (km)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 1,4)	21,3	1	22.389	17,6	1	18.585
Medium (1,5 - 6,9)	21,2	1,04	41.063	18,4	1,08*	35.953
Lang (≥7,0)	22,2	1,17*	18.367	19,2	1,17*	16.539

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Tabel 4.2.1.1 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 statistisk signifikant for både kvinder og mænd. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, er højere med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Blandt mænd ses et statistisk signifikant højere brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 allerede ved medium kørselsafstand, mens der blandt kvinder først ses et statistisk signifikant højere brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 ved lang kørselsafstand.

TABEL 4.2.1.2

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Uddannelse	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Kort	23,1	1	5.532	21,4	1	3.764
	Medium	24,0	1,08	8.491	21,1	1,04	6.721
	Lang	24,5	1,15*	4.331	21,4	1,09	3.936
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Kort	20,8	1	8.178	17,6	1	8.343
	Medium	21,1	1,07	15.900	18,2	1,07	16.514
	Lang	22,0	1,23*	7.586	19,1	1,17*	8.163
Videregående uddannelse	Kort	19,7	1	8.049	14,8	1	5.873
	Medium	19,2	1,00	15.819	16,7	1,15*	11.856
	Lang	21,2	1,15*	6.096	17,3	1,27*	4.053

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-6,9 km, Lang: ≥7 km

Tabel 4.2.1.2 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 statistisk signifikant for kvinder uanset uddannelseslængde samt for mænd med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse. Blandt både kvinder og mænd i disse grupper er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, statistisk signifikant højere, når der er lang kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, end når der er kort kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Blandt mænd med videregående uddannelse ses desuden et statistisk signifikant højere brug af vagtlæge/akuttefon 1813 også ved medium kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

TABEL 4.2.1.3

Sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Kort	24,4	1	5.392	18,7	1	3.766
	Medium	25,4	1,07	7.616	20,7	1,14	5.648
	Lang	24,0	1,09	4.121	21,3	1,27*	3.114
Indkomst 2	Kort	22,0	1	5.965	18,9	1	4.488
	Medium	21,8	1,01	9.966	20,2	1,13*	8.161
	Lang	23,0	1,15*	5.080	20,3	1,19*	4.605
Indkomst 3	Kort	19,7	1	5.664	17,6	1	4.956
	Medium	19,9	1,06	11.273	17,5	0,98	10.212
	Lang	21,2	1,20*	5.121	17,6	1,03	4.869
Indkomst 4 (høj)	Kort	17,8	1	5.368	15,1	1	5.375
	Medium	18,0	1,02	12.208	16,1	1,10	11.932
	Lang	20,2	1,26*	4.045	17,7	1,26*	3.951

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af alment praktiserende læge

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-6,9 km, Lang: ≥7 km

Tabel 4.2.1.3 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 statistisk signifikant for kvinder med indkomstniveau 2, 3 og 4 samt for mænd med indkomstniveau 1, 2 og 4. Blandt disse personer er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, statistisk signifikant højere, når der er lang kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, end når der er kort kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. Blandt mænd med indkomstniveau 2 ses desuden et statistisk signifikant højere brug af vagtlæge/akuttefon 1813 også ved medium kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

4.2.2 Tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813

TABEL 4.2.2.1

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indb.)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Lav (0,1 - 5,5)	20,4	1	17.537	17,3	1	15.006
Medium (5,6 - 6,4)	21,7	1,06*	45.530	18,7	1,02	39.489
Høj (≥6,5)	21,5	1,07*	19.689	18,3	1,00	17.498

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 4.2.2.1 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge er sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 statistisk signifikant for kvinder. Andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, er statistisk signifikant højere blandt kvinder, der bor i en kommune med medium eller høj tilgængelighed af alment praktiserende læge, end blandt kvinder, der bor i en kommune med lav tilgængelighed af alment praktiserende læge.

TABEL 4.2.2.2

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Uddannelse	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Lav	22,1	1	3.666	19,2	1	3.007
	Medium	24,0	1,09	9.917	21,7	1,05	7.777
	Høj	24,5	1,14	4.944	21,4	1,06	3.801
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Lav	20,9	1	6.671	17,8	1	6.716
	Medium	21,6	1,03	17.605	18,3	0,98	18.229
	Høj	20,3	0,99	7.728	18,5	1,02	8.422
Videregående uddannelse	Lav	18,9	1	6.772	15,5	1	4.843
	Medium	19,9	1,07	17.012	16,7	1,03	12.488
	Høj	19,7	1,11	6.576	15,5	0,95	4.829

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,1-5,5; Medium: 5,6-6,4; Høj: ≥6,5. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 4.2.2.2 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen ikke statistisk signifikant.

TABEL 4.2.2.3

Sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Lav	23,4	1	3.543	19,5	1	2.559
	Medium	25,6	1,06	8.751	20,7	0,97	6.273
	Høj	24,6	1,07	4.174	20,4	0,95	2.982
Indkomst 2	Lav	20,4	1	4.438	17,9	1	3.544
	Medium	22,9	1,13*	11.102	20,7	1,10	9.071
	Høj	21,9	1,08	5.233	19,4	1,06	4.391
Indkomst 3	Lav	18,5	1	4.550	16,9	1	3.982
	Medium	20,3	1,12*	12.231	17,5	0,98	10.907
	Høj	20,6	1,16*	5.138	18,7	1,07	5.005
Indkomst 4 (høj)	Lav	19,1	1	4.578	15,6	1	4.481
	Medium	18,0	0,92	12.450	16,2	1,01	12.243
	Høj	17,9	0,97	4.703	15,6	0,95	4.674

§ OR er for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

* OR er statistisk signifikant

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,1-5,5; Medium: 5,6-6,4; Høj: ≥6,5. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 4.2.2.3 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, statistisk signifikant højere blandt kvinder med indkomstniveau 2 og medium tilgængelighed af alment praktiserende læge end blandt kvinder med indkomstniveau 2 og lav tilgængelighed af alment praktiserende læge. Blandt kvinder med indkomstniveau 3 ses et statistisk signifikant højere brug af vagtlæge/akuttefon 1813 ved medium eller høj tilgængelighed af alment praktiserende læge.

4.2.3 Sammenfatning af sammenhæng mellem adgang til alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. For kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde, mens det særligt ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse. Opgjort på indkomst ses der ligeledes højere brug af vagtlæge/akuttefon 1813 med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge i de fleste indkomstniveauer.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813 blandt kvinder. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttefon 1813, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov. Dette ses særligt blandt kvinder med mellemindkomst.

4.3 Opsummering af resultater for vagtlæge og akuttelefon 1813

I dette kapitel har vi beskrevet social og geografisk ulighed i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813. Derudover har vi belyst sammenhængen mellem adgang til alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 21 % og 18 %, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813. Der ses omvendt social ulighed i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, er således mindre blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses der desuden mindre brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 med højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i to ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, for alle andre end kvinder med videregående uddannelse, når der justeres for behov.

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til egen alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, er således højere blandt personer med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge. For kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde, mens det særligt ses blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial eller videregående uddannelse. Opgjort på indkomst ses der ligeledes højere brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge i de fleste indkomstniveauer.

Der ses udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 blandt kvinder. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af vagtlæge/akuttelefon 1813, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov. Dette ses særligt blandt kvinder med mellemløst indkomst.

Referencer

1. Vinge SR, Susanne Reindahl. Regionale lægevagter og akuttelefon 1813 – En kortlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi. VIVE; 2018.
2. Huibers L, Carlsen AH, Moth G, Christensen HC, Riddervold IS, Christensen MB. Patient motives for contacting out-of-hours care in Denmark: a cross-sectional study. BMC Emerg Med. 2020;20(1):20.

5

Praktiserende tandlæge og tandplejer



Tandlæger og tandplejere arbejder med forebyggelse og behandling af tand- og mundsygdomme, eksempelvis ved vejledning i forebyggelse af tandkødsbetændelse og behandling af caries og parodontose. I 2015 var der 4.740 tandlæger i Danmark, og i perioden fra 2006-2015 er antallet af tandlæger faldet med 10 % (1). Antallet af tandplejere var i 2015 2.347 (1). Antallet af tandplejere er i perioden 2006-2015 steget med 32 % (1). De fleste tandlæger og tandplejere er ansat i privat praksis, men arbejder også inden for eksempelvis kommunal tandpleje, undervisning eller er ansat ved hospitaler (1-2).

Der kræves ingen henvisning for at få behandling hos en praktiserende tandlæge eller tandplejer, og der er frit valg af tandlæge og tandplejer (3). Patienter betaler selv nogle af de ydelser, de modtager hos praktiserende tandlæge eller tandplejer, mens der er regionalt tilskud til nogle typer af ydelser, for eksempel undersøgelse, tandrensning, individuel forebyggende behandling og tandfyldning (3). Tilskud til ydelser hos praktiserende tandlæge og tandplejer udgør mellem 15 % og 65 % af tandlægens samlede honorar, og for ydelser hos tandplejere udgør tilskuddet mellem 30 % og 65 % (3). Der er særlige tilskudsregler til tandpleje i praksis for visse grupper af udsatte borgere, eksempelvis borgere, der modtager førtids- eller folkepension, kontant- eller uddannelseshjælpsmodtagere samt støtte til tandpleje for borgere i behandling for kræft, med Sjögrens syndrom eller sjældne sygdomme (4). Herudover er der kommunale tandplejeordninger målrettet borgere med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse og handicap (omsorgstandpleje, specialtandpleje) samt socialt udsatte borgere (socialtandpleje).

I dette kapitel beskrives social og geografisk ulighed i adgang til og brug af praktiserende tandlæge og tandplejer. Adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer, brug af praktiserende tandlæge og tandplejer og sammenhængen mellem adgang til og brug af praktiserende tandlæge og tandplejer belyses, og kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater.

5.1 Adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer

Adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer er opgjort som kørselsafstand fra bopælsadresse til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer. Kørselsafstand er beregnet på basis af data fra Danmarks Adresseregister, Yderregistret, Det Centrale Personregister (CPR) samt oplysninger om det danske vejnet. Beregning af kørselsafstand er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Tilgængelighed, der opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune, er ikke opgjort for praktiserende tandlæge og tandplejer, da oplysninger om behandlingsressourcer ikke findes i Yderregistret. Tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1.

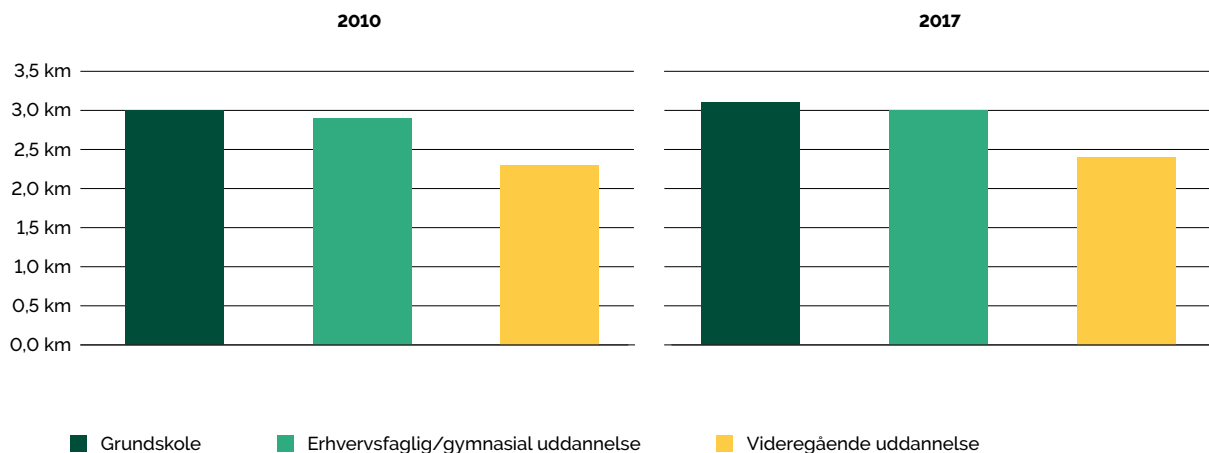
I dette afsnit belyses kørselsafstand til praktiserende tandlæge eller tandplejer. Først belyses sammenhængen med længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau, hvorefter geografiske forskelle i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i perioden 2010-2017 belyses.

5.1.1 Kørselsafstand

I 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand fra bopælsadresse til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer 2,7 km blandt den danske befolkning (data ikke vist). Den gennemsnitlige kørselsafstand er steget med 100 m fra 2010 til 2017 (data ikke vist).

FIGUR 5.1.1.1

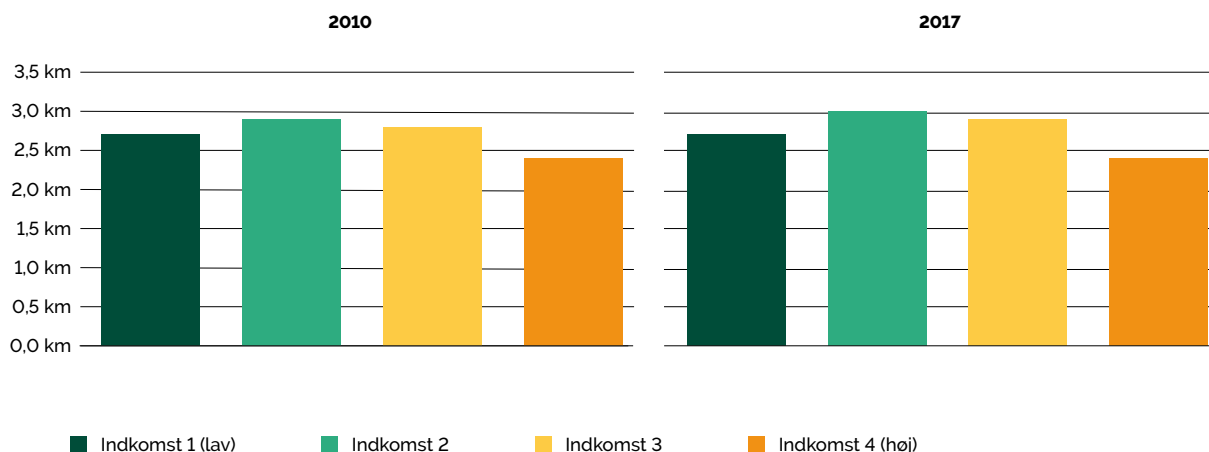
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 5.1.1.1 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer falder med længere fuldførte uddannelse. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis grundskole og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Fordelingen af kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge, opgjort på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 til 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.3).

FIGUR 5.1.1.2

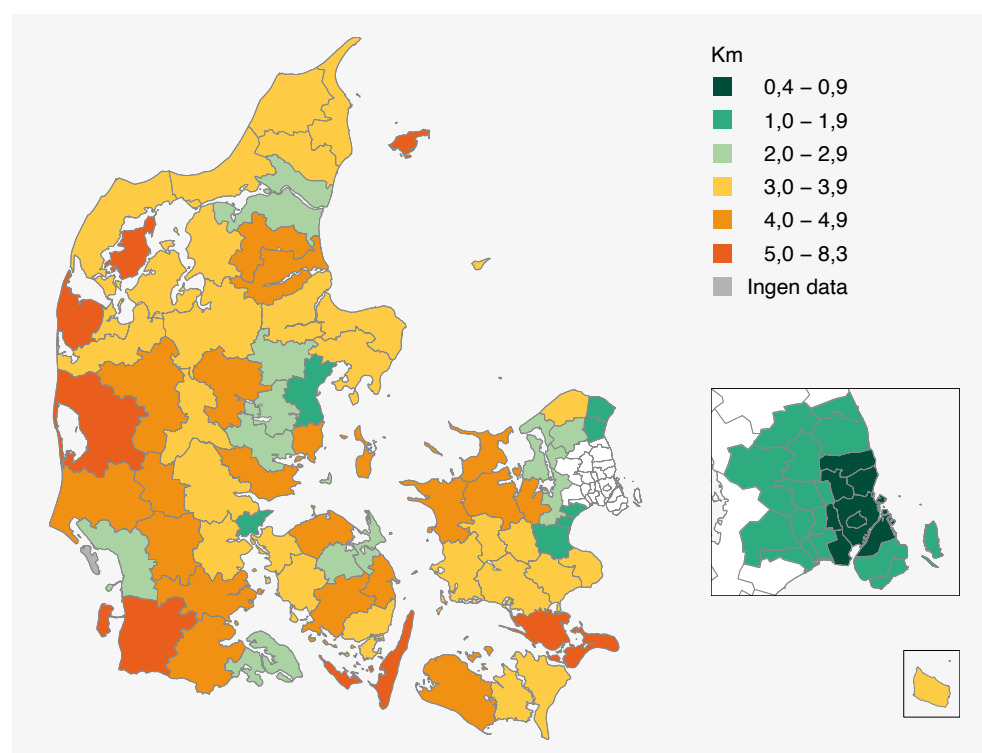
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 5.1.1.2 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer er kortest blandt personer med højeste indkomstniveau. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis laveste og højeste indkomstniveau. Fordelingen af kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, opgjort på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.4).

FIGUR 5.1.1.3

Kommunale forskelle i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer blandt den danske befolkning i 2017

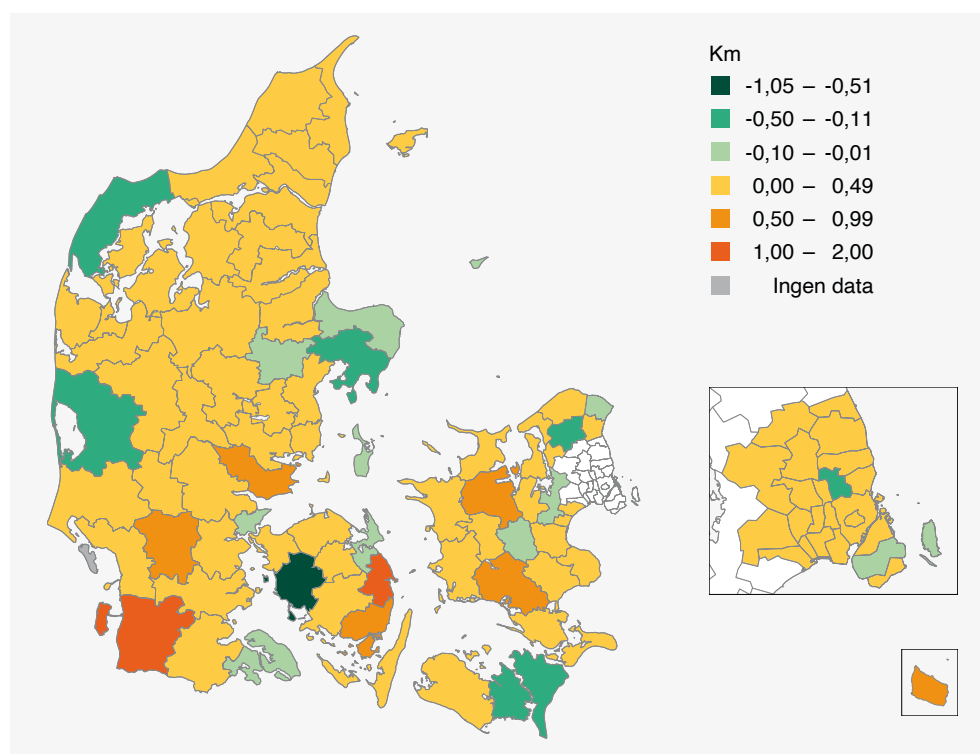


I Bilag 4 findes en oversigt over den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer i hver enkelt kommune.

Figur 5.1.1.3 viser kommunale forskelle i den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer blandt den danske befolkning i 2017. Den gennemsnitlige kørselsafstand varierer mellem 0,4 km og 8,3 km. Personer, der bor i kommuner med større byer og i Hovedstadsområdet, har generelt kortere kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer end personer, der bor i kommuner, hvor der er færre store byer.

FIGUR 5.1.1.4

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste tandlæge eller tandplejer blandt den danske befolkning



I Bilag 4 findes en oversigt over ændringen i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer i hver enkelt kommune.

Figur 5.1.1.4 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer blandt den danske befolkning. Fra 2010 til 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer blevet mellem 1,1 km kortere og op til 2,0 km længere. Det er kun i Assens Kommune, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer er reduceret med mere end 500 m fra 2010 til 2017. Der er ikke noget tydeligt mønster i, hvor der er sket en stigning på mere end 500 m i den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer.

5.1.2 Sammenfatning af adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer

I 2017 er der i gennemsnit 2,7 km i kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer blevet 100 m længere. Der ses social ulighed i adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer end i kommuner med færre større byer.

5.2 Brug af praktiserende tandlæge og tandplejer

Brug af praktiserende tandlæge og tandplejer er opgjort som andelen af personer, der er registreret som modtager af en ydelse ved en tandlæge eller tandplejer i praksis-sektoren. Brug af praktiserende tandlæge og tandplejer er beregnet ud fra Det Centrale Personregister og Sygesikringsregisteret. Beregning af brug er nærmere beskrevet i Bilag 1. Brug af praktiserende tandlæge og tandplejer er ikke justeret for behov, da det anbefales, at alle danskere går til regelmæssig kontrol mindst hvert andet år. Derfor er brug af praktiserende tandlæge og tandplejer også opgjort i 2-årsperioder (2010-2011 og 2017-2018).

I dette afsnit belyses først sammenhængen mellem brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer og længst fuldførte uddannelse samt indkomstniveau. Herefter belyses geografiske forskelle i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer i 2017-2018 og ændringer i geografiske forskelle i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer mellem perioderne 2010-2011 og 2017-2018.

TABEL 5.2.1

Andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010-2011			2017-2018			ÆNDRING 2010/11-2017/18
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	77,5		151.018	75,4		154.749	
KVINDER	79,5		81.358	78,4		82.756	
Grundskole	68,2	1	22.469	69,7	1	18.527	1,03
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	84,6	2,26*	30.962	81,8	1,91*	32.004	0,76*
Videregående uddannelse	87,2	2,69*	26.191	85,7	2,76*	30.360	0,87*
Uoplyst	44,8	0,45*	1.736	47,1	0,45*	1.865	0,96
MÆND	75,4		69.660	72,2		71.993	
Grundskole	65,2	1	16.133	64,4	1	14.585	0,89*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	77,6	1,77*	32.495	75,0	1,74*	33.367	0,83*
Videregående uddannelse	82,2	2,34*	19.606	79,4	2,37*	22.160	0,83*
Uoplyst	48,7	0,54*	1.426	41,0	0,45*	1.881	0,71*

§ OR er justeret for alder

* OR er statistisk signifikant

Tabel 5.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017-2018 er der blandt kvinder med grundskole 70 %, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Det gælder henholdsvis 82 % og 86 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 64 %, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Det gælder henholdsvis 75 % og 79 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

Justeret for alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, statistisk signifikant begge år for både mænd og kvinder. Der ses en social gradient, hvor andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er højere med længere fuldførte uddannelse. Både blandt mænd og kvinder er der for de fleste uddannelsesgrupper et statistisk signifikant fald over tid i andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer.

TABEL 5.2.2

Andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010-2011			2017-2018			ÆNDRING 2010/11-2017/18
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	77,5		151.018	75,4		154.749	
KVINDER	79,5		81.358	78,4		82.756	
Indkomst 1 (lav)	68,3	1	16.671	65,2	1	17.322	0,83*
Indkomst 2	77,4	1,69*	20.356	77,3	1,87*	21.191	0,93*
Indkomst 3	83,0	2,46*	21.750	83,8	2,82*	22.234	0,98
Indkomst 4 (høj)	88,7	3,78*	22.581	88,6	4,20*	22.009	0,95
MÆND	75,4		69.660	72,2		71.993	
Indkomst 1 (lav)	57,9	1	12.294	53,4	1	12.683	0,81*
Indkomst 2	73,2	2,03*	16.545	69,9	2,02*	17.415	0,80*
Indkomst 3	80,1	2,92*	19.512	78,4	3,15*	20.220	0,87*
Indkomst 4 (høj)	85,5	4,27*	21.309	83,6	4,46*	21.675	0,85*

§ OR er justeret for alder

* OR er statistisk signifikant

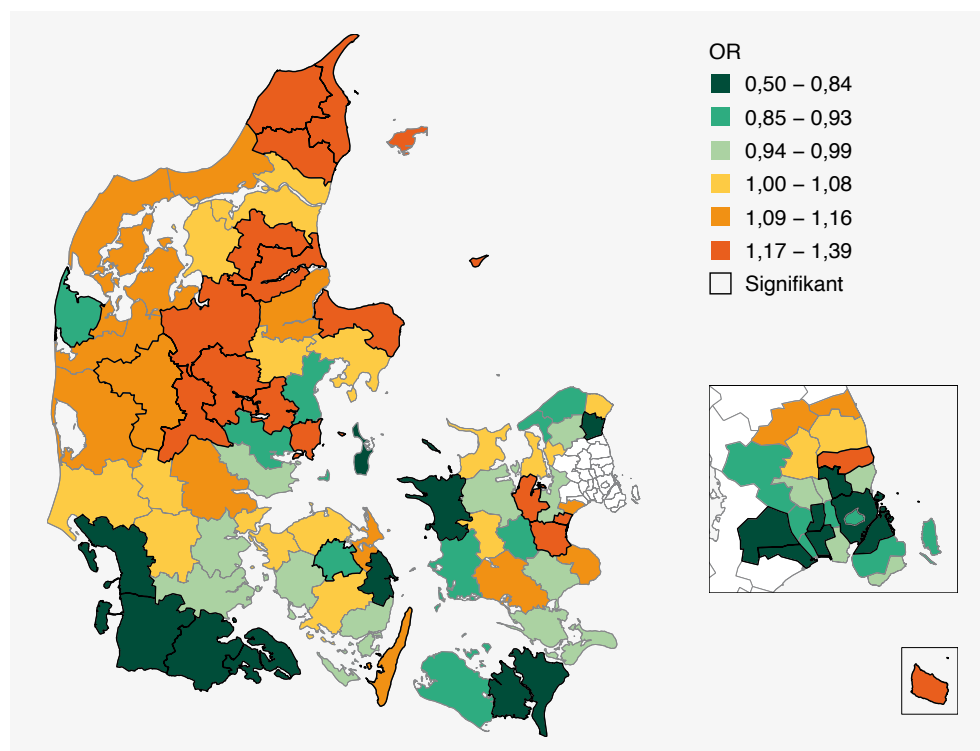
Tabel 5.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, og indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017-2018 er der blandt kvinder med det laveste indkomstniveau 65 %, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Det gælder henholdsvis 77 %, 84 % og 89 % blandt kvinder med indkomstniveau 2, 3 og 4. Blandt mænd med det laveste indkomstniveau er der 53 %, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Det gælder henholdsvis 70 %, 78 % og 84 % blandt mænd med indkomstniveau 2, 3 og 4.

Justeret for alder er sammenhængen mellem indkomstniveau og andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, statistisk signifikant begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er højere med højere indkomstniveau. Blandt kvinder er der for de to laveste indkomstniveauer et statistisk signifikant fald over tid i andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Blandt mænd er der for alle indkomstniveauer et statistisk signifikant fald over tid i andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer.

FIGUR 5.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer i 2017-2018, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

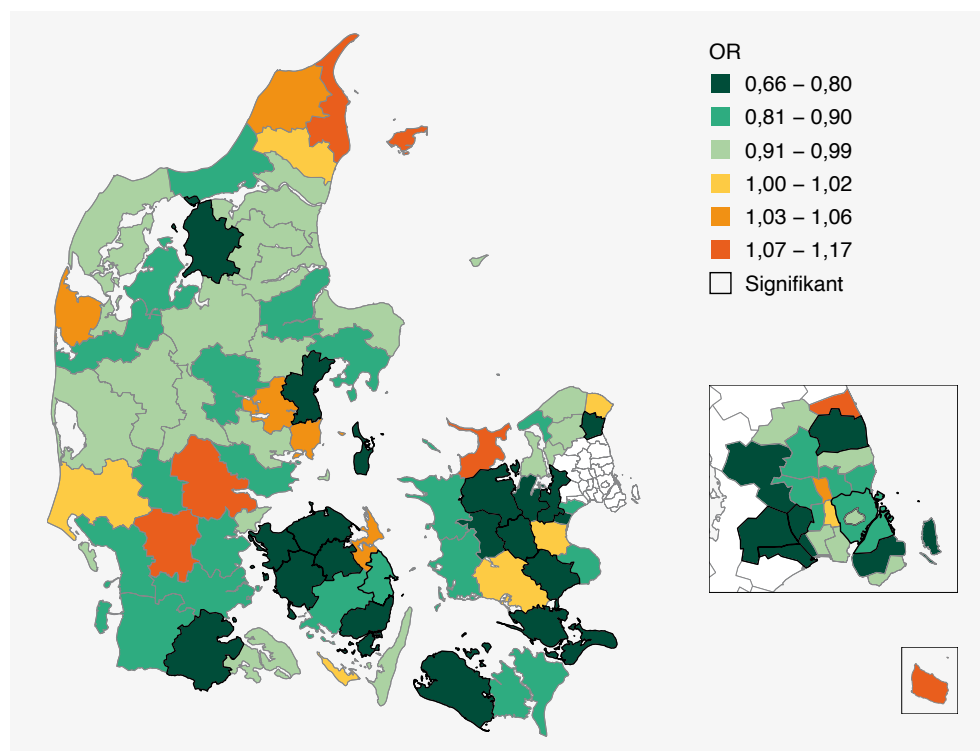
Figur 5.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer i 2017-2018, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 18 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i Midt- og Nordjylland, at der er en højere forekomst af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer.

Der er 16 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er særligt i kommuner i det sydligste Sønderjylland samt Hovedstadsområdet, at der er en lavere forekomst af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer.

FIGUR 5.2.2

Kommunale forskelle i ændringen mellem perioderne 2010-2011 og 2017-2018 i forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 5.2.2 viser kommunale forskelle i ændringen mellem perioderne 2010-2011 og 2017-2018 i forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er ingen kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er statistisk signifikant højere i 2017-2018 end i 2010-2011.

Der er 22 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er statistisk signifikant lavere i 2017-2018 end i 2010-2011 (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er særligt i kommuner på Fyn og Sjælland, at forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er statistisk signifikant lavere i 2017-2018 end i 2010-2011.

Sammenfatning af brug af tandlæge og tandplejer

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 78 % og 72 %, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Der ses social ulighed i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau.

Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i godt en tredjedel af kommunerne.

Fra perioden 2010-2011 til 2017-2018 ses der overordnet et fald i forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Det gælder dog ikke for kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse eller kvinder med højere indkomstniveau.

5.3 Sammenhæng mellem adgang til og brug af praktiserende tandlæge og tandplejer

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Det belyses desuden, om hvorvidt sammenhængen afhænger af længst fuldførte uddannelse eller indkomstniveau.

5.3.1 Kørselsafstand og brug af praktiserende tandlæge og tandplejer

TABEL 5.3.1.1

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer i 2017-2018 blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

	KVINDER			MÆND		
Kørselsafstand (km)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 0,4)	76,5	1,03	10.025	67,7	1,03	8.052
Medium (0,5 - 4,9)	79,0	1,01	54.310	73,0	1,06	46.948
Lang (≥5)	77,9	1	17.742	72,7	1	16.397

§ OR er justeret for alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj og urbaniseringsgrad

* OR er statistisk signifikant

Tabel 5.3.1.1 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af tandlæge eller tandplejer i 2017-2018 blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj og urbaniseringsgrad er sammenhængen ikke statistisk signifikant.

TABEL 5.3.1.2

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer i 2017-2018, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

		KVINDER			MÆND		
Uddannelse	Kørselsafstand [#]	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Kort	67,4	1,11	2.158	58,3	1,06	1.446
	Medium	70,8	1,15*	11.667	65,6	1,20*	8.826
	Lang	67,8	1	4.567	64,3	1	4.201
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Kort	79,4	0,93	3.299	70,4	0,95	3.270
	Medium	82,1	0,93	21.237	75,2	0,95	21.607
	Lang	82,7	1	7.217	77,0	1	8.269
Videregående uddannelse	Kort	84,4	0,94	4.234	76,0	1,14	3.039
	Medium	85,9	0,89	20.237	80,2	1,12	15.306
	Lang	86,5	1	5.619	79,8	1	3.578

§ OR er justeret for alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj og urbaniseringsgrad

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-0,4 km, Medium: 0,5-4,9 km, Lang: ≥5 km

Tabel 5.3.1.2 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge og tandplejer i 2017-2018 for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for alder og andre faktorer er andelen af kvinder og mænd med grundskole, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, statistisk signifikant højere, når der er medium afstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, end når der er lang afstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer.

TABEL 5.3.1.3

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer i 2017-2018, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

		KVINDER			MÆND		
Indkomst	Kørselsafstand [#]	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Kort	65,0	1,06	2.620	51,5	1,13	1.910
	Medium	65,4	1,06	10.414	52,8	1,05	7.364
	Lang	64,5	1	4.134	57,0	1	3.279
Indkomst 2	Kort	77,8	1,11	2.636	66,6	0,95	1.798
	Medium	77,0	0,99	13.136	69,5	0,97	10.605
	Lang	77,7	1	5.234	72,3	1	4.884
Indkomst 3	Kort	80,6	0,89	2.308	75,0	1,03	1.893
	Medium	84,3	1,06	14.865	79,2	1,12*	13.345
	Lang	84,0	1	4.882	78,2	1	4.811
Indkomst 4 (høj)	Kort	87,6	0,96	2.461	79,7	0,97	2.451
	Medium	88,7	0,89	15.895	84,4	1,13	15.634
	Lang	89,1	1	3.492	83,6	1	3.423

§ OR er justeret for alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj og urbaniseringsgrad

* OR er statistisk signifikant

Kort: 0-0,4 km, Medium: 0,5-4,9 km, Lang: ≥5 km

Tabel 5.3.1.3 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer i 2017-2018 for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for alder og andre faktorer er andelen af mænd med indkomstniveau 3, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, statistisk signifikant højere, når der er medium afstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, end når der er lang afstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer.

5.3.2 Sammenfatning af sammenhængen mellem adgang til og brug af praktiserende tandlæge og tandplejer

Overordnet ses der ikke en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, hverken for mænd eller kvinder.

5.4 Opsummering af resultater for praktiserende tandlæge og tandplejer

I dette kapitel har vi beskrevet social og geografisk ulighed i adgang til og brug af praktiserende tandlæge og tandplejer. Adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer er blevet belyst i forhold til kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer. Derudover har vi belyst sammenhængen mellem afstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer.

I 2017 er der i gennemsnit 2,7 km i kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer blevet 100 m længere. Der ses social ulighed i adgang til praktiserende tandlæge og tandplejer, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer end i kommuner med færre større byer.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 78 % og 72 %, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Der ses social ulighed i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Andelen, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, er statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i godt en tredjedel af kommunerne. Fra perioden 2010-2011 til 2017-2018 ses der overordnet et fald i forekomsten af personer, der gør brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer. Det gælder dog ikke for kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse eller kvinder med højere indkomstniveau.

Overordnet ses der ikke en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer og brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer, hverken for mænd eller kvinder.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Tandplejeprogno­se 2018-2040. Udbuddet af personale i tandplejen: Sundhedsstyrelsen; 2019 [Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/Tandplejeprogno­se-2018-2040>]
2. Danske Tandplejere. Fakta om faget. n.d. [Available from: <https://www.dansketandplejere.dk/faget-og-professionen/om-tandplejere-fakta-om-faget/?L=0>]
3. Sundhed.dk. Tandlæge og Tandpleje. 2012 [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/sygesikring-og-laegevalg/gratis-behandling-og-tilskud/tandlaege-og-tandpleje/>]
4. Tandlægeforeningen. Voksne. n.d. [Available from: <https://www.tandlaegeforeningen.dk/til-patienter/priser-og-tilskudsmuligheder/tilskud-til-tandpleje/voksne/>]

6

Fysioterapeut



Fysioterapeuter kan forebygge eller behandle lidelser i kroppen, der særligt er rettet mod bevægeapparatet, såsom muskler, led, nervesystemet og kredsløbet. Fysioterapeuter benytter behandlingsmetoder eller aktiviteter, der hjælper den enkelte med at fungere bedre (1). Antallet af fysioterapeuter tilknyttet praksissektoren er steget i perioden 2007-2019 og udgør i 2019 576 klinikker og 1.735 ydernumre (2).

Der kræves ingen henvisning til behandling hos en fysioterapeut. En alment praktiserende læge kan dog henvise til fysioterapi, hvorefter der kan opnås tilskud fra sygesikringen. Tilskuddet fra sygesikringen udgør knap 40 % af fysioterapeutens honorar (3). Lægen kan desuden henvise til vederlagsfri fysioterapi, der er et tilbud om gratis fysioterapi til specifikke patientgrupper med varig lidelse. Vederlagsfri fysioterapi kan bestå af behandling hos en privatpraktiserende fysioterapeut eller i et kommunalt tilbud. Endelig tilbydes også ridefysioterapi. Vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi indgår ikke i denne rapport.

I dette kapitel beskrives social og geografisk ulighed i adgang til og brug af fysioterapeut med henvisning (ikke vederlagsfri eller ridefysioterapi). Adgang til fysioterapeut, brug af fysioterapeut og sammenhængen mellem adgang til og brug af fysioterapeut belyses, og kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater for fysioterapeut.

6.1 Adgang til fysioterapeut

Adgang til fysioterapeut er opgjort som kørselsafstand mellem bopæl og fysioterapeut samt som tilgængelighed. Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune.

Kørselsafstand til fysioterapeut er beregnet fra bopælsadresse til nærmeste aktive fysioterapeut i praksissektoren. Kørselsafstand er beregnet på basis af data fra Danmarks Adresseregister, Yderregistret, Det Centrale Personregister (CPR) samt oplysninger om det danske vejnet. Beregning af kørselsafstand er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune. Tilgængelighed er opgjort på basis af data fra Det Centrale Personregister (CPR), Yderregistret og Sygesikringsregisteret. Beregning af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1.

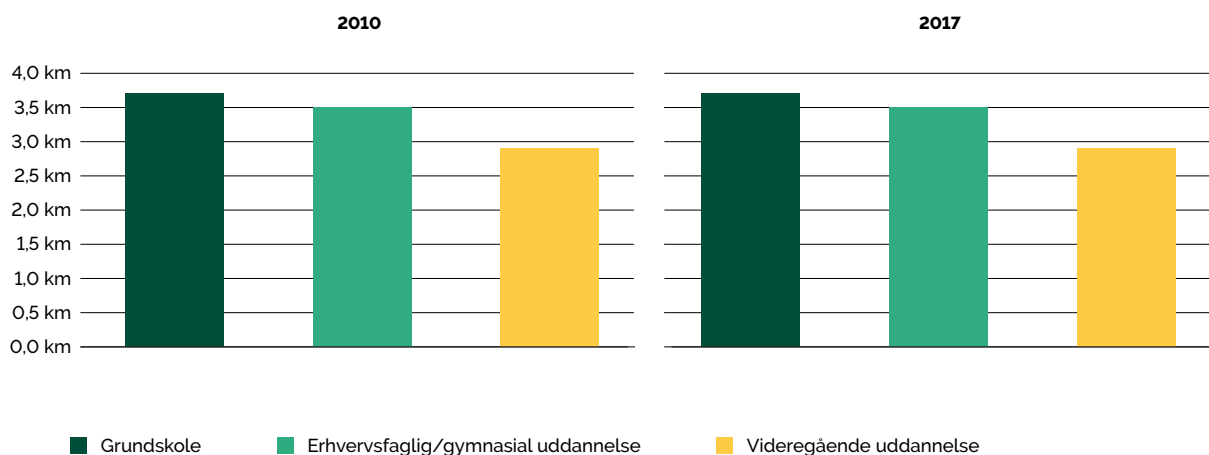
I dette afsnit belyses først kørselsafstand til fysioterapeut og dernæst tilgængelighed. For kørselsafstand belyses først sammenhængen med længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau, hvorefter geografiske forskelle i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i perioden 2010-2017 belyses. For tilgængelighed belyses geografiske forskelle i 2017.

6.1.1 Kørselsafstand

I 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand fra bopælsadresse til nærmeste fysioterapeut 3,3 km blandt den danske befolkning (data ikke vist). Den gennemsnitlige kørselsafstand er faldet med 100 m fra 2010 til 2017 (data ikke vist).

FIGUR 6.1.1.1

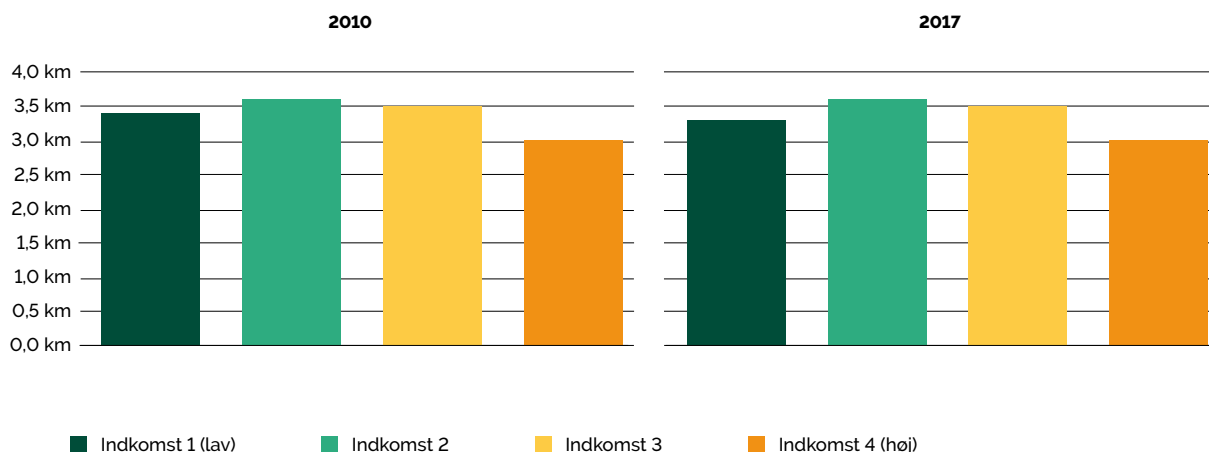
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 6.1.1.1 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut falder med længere fuldførte uddannelse. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis grundskole og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Fordelingen af kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, opgjort på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.5).

FIGUR 6.1.1.2

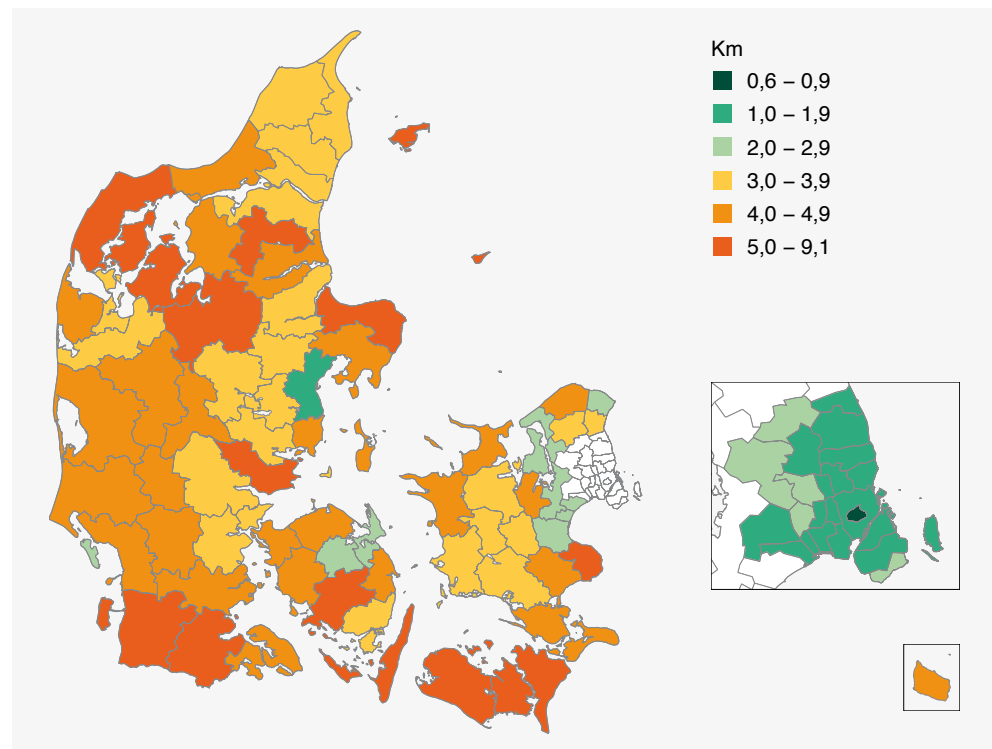
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste fysioterapeut, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 6.1.1.2 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste fysioterapeut, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut er kortest blandt personer med højeste indkomstniveau. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis laveste og højeste indkomstniveau. Fordelingen af kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, opgjort på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.6).

FIGUR 6.1.1.3

Kommunale forskelle i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blandt den danske befolkning i 2017

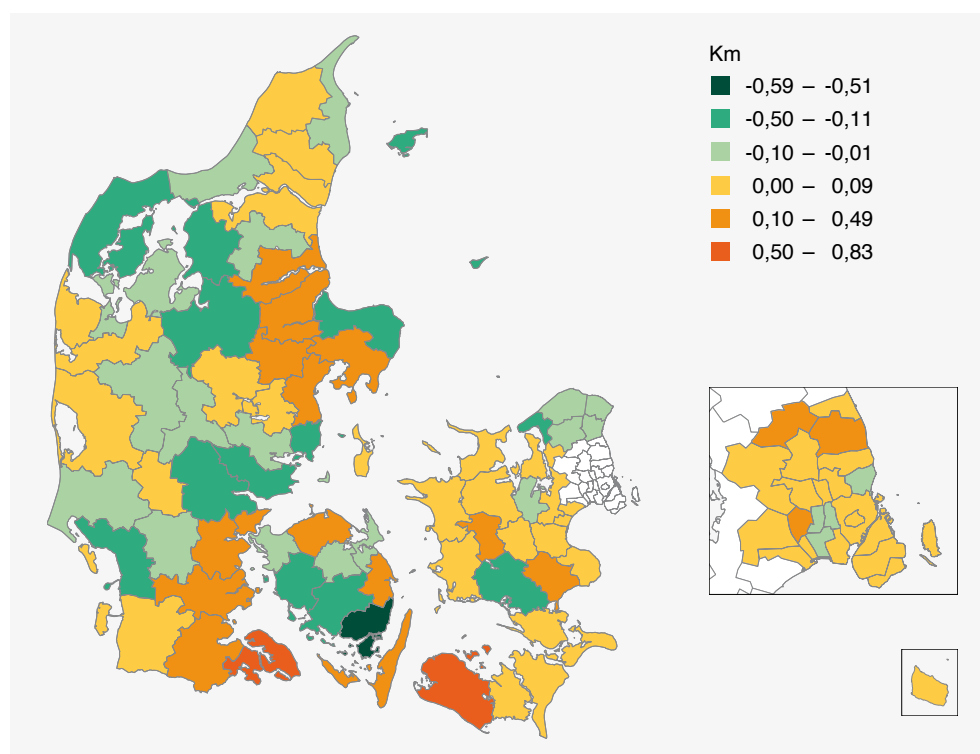


I Bilag 4 findes en oversigt over den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut i hver enkelt kommune.

Figur 6.1.1.3 viser kommunale forskelle i den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blandt den danske befolkning i 2017. Den gennemsnitlige kørselsafstand varierer mellem 0,6 km og 9,1 km. Personer, der bor i og omkring Hovedstadsområdet samt i Aarhus Kommune og Odense Kommune, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut.

FIGUR 6.1.1.4

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blandt den danske befolkning



I Bilag 4 findes en oversigt over ændringen i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut i hver enkelt kommune.

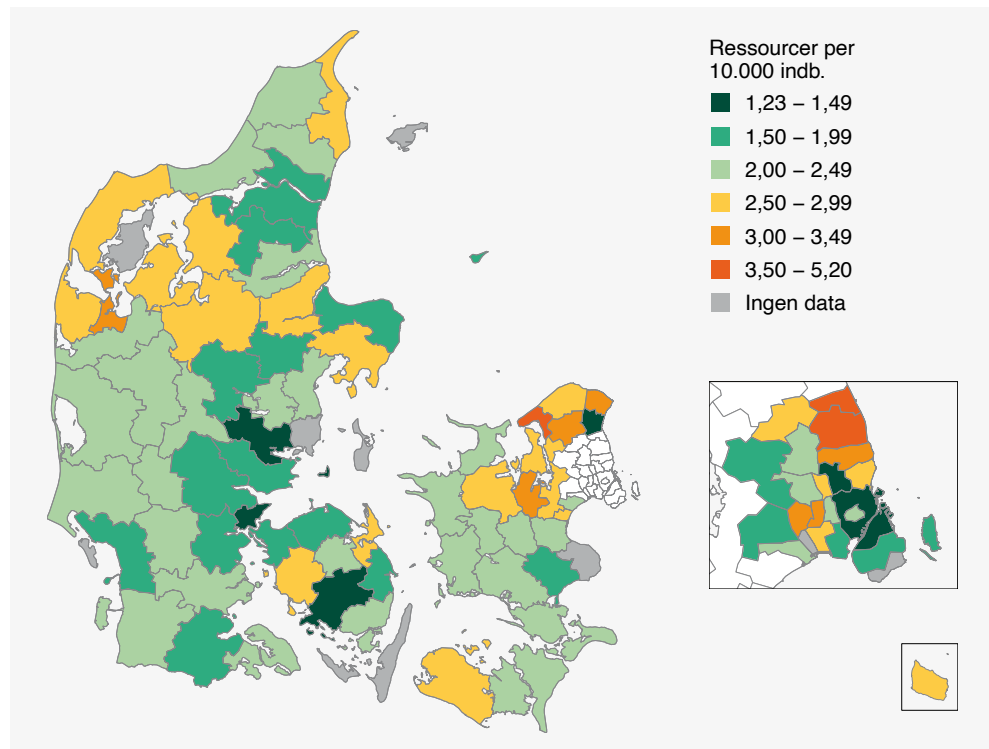
Figur 6.1.1.4 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blandt den danske befolkning.

Fra 2010 til 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blevet mellem 0,6 km kortere og op til 0,8 km længere. Det er kun i Svendborg Kommune, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut er reduceret med mere end 500 meter. I Lolland Kommune og Sønderborg Kommune er der sket en stigning på mere end 500 m i den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut.

6.1.2 Tilgængelighed

FIGUR 6.1.2.1

Kommunale forskelle i tilgængelighed af fysioterapeut i 2017



Tilgængelighed er opgjort som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere, og er nærmere beskrevet i Bilag 1. I Bilag 4 findes en oversigt over behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i hver enkelt kommune.

Figur 6.1.2.1 viser kommunale forskelle i tilgængelighed af fysioterapeut, opgjort som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i 2017.

Behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere varierer mellem 1,2 og 5,2. De største behandlingsressourcer findes især nord for København, i omegnen af Hovedstadsområdet og omkring den vestlige del af Limfjorden.

6.1.3 Sammenfatning af adgang til fysioterapeut

I 2017 er der i gennemsnit 3,3 km i kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blevet 100 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til fysioterapeut, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. Personer, der bor i og omkring Hovedstadsområdet samt i Aarhus Kommune og Odense Kommune, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut. Den højeste tilgængelighed af fysioterapeut findes især nord for København, i omegnen af Hovedstadsområdet og omkring den vestlige del af Limfjorden.

6.2 Brug af fysioterapeut

Brug af fysioterapeut er opgjort som andelen af personer, der er registreret som modtager af en ydelse ved en fysioterapeut i praksissektoren. Brug af fysioterapeut er beregnet ud fra data fra Det Centrale Personregister og Sygesikringsregisteret. Beregning af brug er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Brug af fysioterapeut er justeret for behov. En persons behov for fysioterapeut er i denne rapport bestemt ud fra følgende mål for behov: selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, selvrapporterede muskel-skelet-smerter, antal kroniske eller langvarige muskel- og skeletsygdomme samt antal af andre kroniske eller langvarige sygdomme. Justering for behov og udvælgelse af behovsmål er nærmere beskrevet i Bilag 1.

I dette afsnit belyses først sammenhængen mellem brug af fysioterapeut og længst fuldførte uddannelse samt indkomstniveau. Herefter belyses geografiske forskelle i brug af fysioterapeut i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i brug af fysioterapeut i perioden 2010-2017.

TABEL 6.2.1

Andelen, der gør brug af fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	9,9		151.018	11,5		154.749	
KVINDER	12,5		81.358	14,4		82.756	
Grundskole	11,0	1	22.469	13,5	1	18.527	1,19*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	13,1	1,35*	30.962	15,2	1,33*	32.004	1,11*
Videregående uddannelse	13,4	1,57*	26.191	15,0	1,53*	30.360	1,08*
Uoplyst	8,9	1,00	1.736	9,1	0,89	1.865	0,99
MÆND	7,3		69.660	8,5		71.993	
Grundskole	6,3	1	16.133	8,0	1	14.585	1,20*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	7,5	1,27*	32.495	8,8	1,20*	33.367	1,13*
Videregående uddannelse	7,9	1,50*	19.606	8,8	1,39*	22.160	1,09*
Uoplyst	4,9	0,81	1.426	6,1	0,91	1.881	1,27

§ OR er justeret for behov og alder

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 6.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af fysioterapeut, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 14 %, der gør brug af fysioterapeut. Det gælder 15 % blandt kvinder med både erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 8 %, der gør brug af fysioterapeut. Det gælder 9 % blandt mænd med både erhvervsfaglig/gymnasial og videregående uddannelse.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der gør brug af fysioterapeut, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der gør brug af fysioterapeut, er højere med længere fuldførte uddannelse. Både blandt kvinder og mænd og for alle uddannelsesgrupper ses der en statistisk signifikant stigning fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af fysioterapeut.

TABEL 6.2.2

Andelen, der gør brug af fysioterapeut, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	9,9		151.018	11,5		154.749	
KVINDER	12,5		81.358	14,4		82.756	
Indkomst 1 (lav)	10,6	1	16.671	11,8	1	17.322	1,06
Indkomst 2	11,9	1,26*	20.356	14,5	1,41*	21.191	1,21*
Indkomst 3	13,1	1,51*	21.750	15,2	1,56*	22.234	1,13*
Indkomst 4 (høj)	14,1	1,77*	22.581	16,5	1,85*	22.009	1,15*
MÆND	7,3		69.660	8,5		71.993	
Indkomst 1 (lav)	5,6	1	12.294	6,2	1	12.683	1,06
Indkomst 2	6,7	1,25*	16.545	8,3	1,41*	17.415	1,21*
Indkomst 3	7,9	1,65*	19.512	9,3	1,69*	20.220	1,12*
Indkomst 4 (høj)	8,3	1,84*	21.309	9,8	1,93*	21.675	1,15*

§ OR er justeret for behov og alder

* OR er statistisk signifikant.

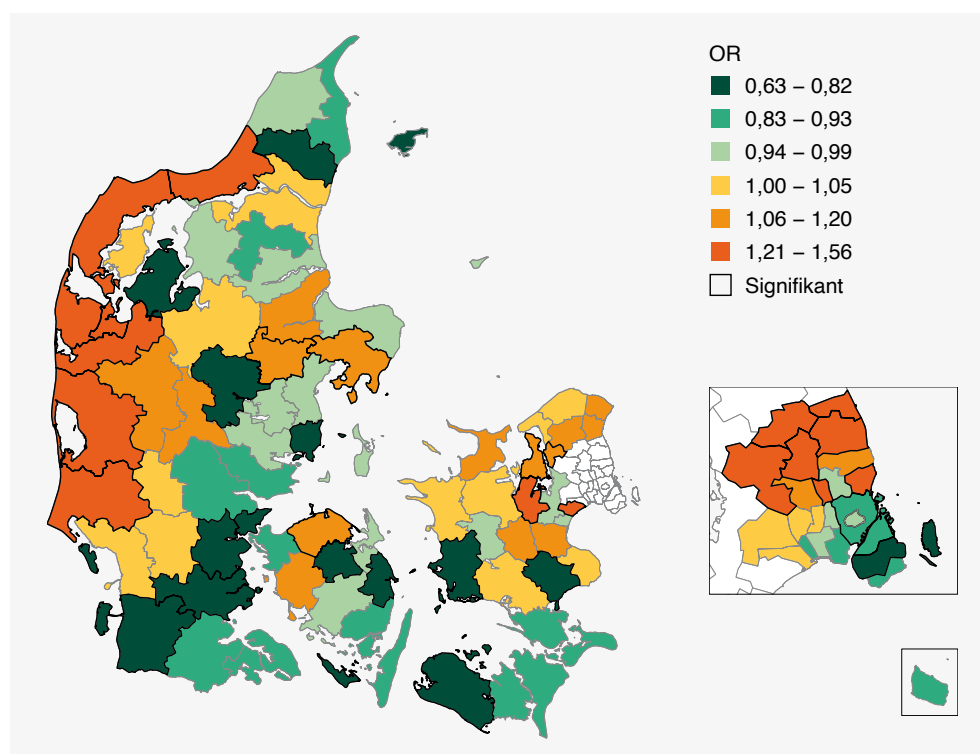
Tabel 6.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af fysioterapeut, og indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med det laveste indkomstniveau 12 %, der gør brug af fysioterapeut. Det gælder 15 % for indkomstniveau 2 samt 3 og 17 % for indkomstniveau 4. Blandt mænd med det laveste indkomstniveau er der 6 %, der gør brug af fysioterapeut. Det gælder henholdsvis 8 %, 9 % og 10 % blandt mænd med indkomstniveau 2, 3 og 4.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem indkomstniveau og andelen, der gør brug af fysioterapeut, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der gør brug af fysioterapeut, er højere med højere indkomstniveau. Både blandt kvinder og mænd ses der for indkomstniveauerne 2-4 en statistisk signifikant stigning fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af fysioterapeut.

FIGUR 6.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

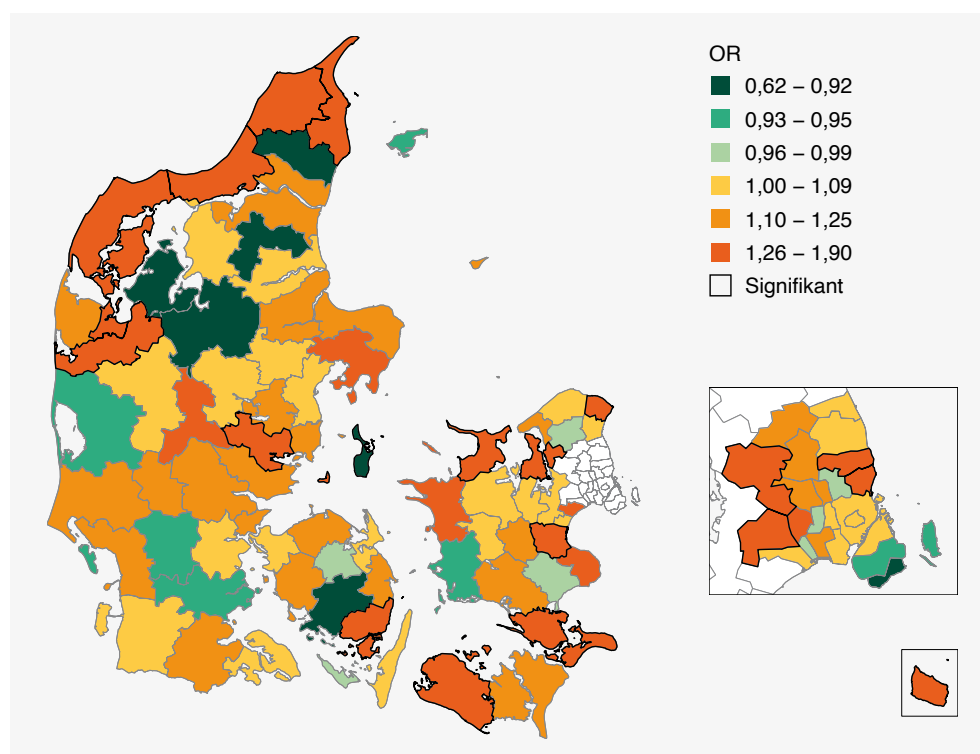
Figur 6.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 20 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i de vestlige kommuner i Jylland og nord for København, at der er en højere forekomst af personer, der gør brug af fysioterapeut.

Der er 17 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Der ses ikke noget tydeligt mønster i, hvor der er en lavere forekomst af personer, der gør brug af fysioterapeut.

FIGUR 6.2.2

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 6.2.2 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 20 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farve og sort omrids). Det er særligt i kommuner nord for Limfjorden og på Sjælland, at der er højere forekomst af personer, der gør brug af fysioterapeut.

Det er kun i Samsø Kommune, at forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommune med mørkegrøn farve og sort omrids).

Sammenfatning af brug af fysioterapeut

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 14 % og 9 %, der gør brug af fysioterapeut. Der ses social ulighed i brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af fysioterapeut, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau.

Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap to ud af fem kommuner.

Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut. Det gælder dog ikke blandt kvinder og mænd med laveste indkomstniveau.

6.3 Sammenhæng mellem adgang til og brug af fysioterapeut

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem adgang til og brug af fysioterapeut. Først belyses sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut, hvorefter sammenhængen mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut belyses. For både kørselsafstand og tilgængelighed belyses det desuden, om hvorvidt sammenhængen mellem adgang til og brug af fysioterapeut afhænger af længst fuldførte uddannelse eller indkomstniveau.

6.3.1 Kørselsafstand og brug af fysioterapeut

TABEL 6.3.1.1

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Kørselsafstand (km)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 0,9)	14,9	1,23*	16.272	8,0	1,10	13.149
Medium (1,0 - 5,4)	14,5	1,13*	47.184	8,7	1,09	40.983
Lang (≥5,5)	13,3	1	18.997	8,3	1	17.601

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af fysioterapeut

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 6.3.1.1 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af fysioterapeut er sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut statistisk signifikant for kvinder. Der ses en gradient, hvor andelen af kvinder, der gør brug af fysioterapeut, er højere med kortere kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut.

TABEL 6.3.1.2

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Uddannelse	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Kort	14,9	1,27*	3.736	6,8	0,99	2.457
	Medium	13,2	1,06	9.784	8,4	1,15	7.592
	Lang	12,2	1	4.913	7,8	1	4.467
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Kort	15,5	1,16*	5.720	8,4	1,15	5.580
	Medium	15,4	1,10	18.435	9,2	1,17*	18.811
	Lang	14,2	1	7.735	8,0	1	8.870
Videregående uddannelse	Kort	15,1	1,31*	6.360	8,6	1,02	4.652
	Medium	15,2	1,26*	17.938	8,7	0,93	13.561
	Lang	13,6	1	5.976	9,7	1	3.874

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af fysioterapeut

* OR er statistisk signifikant.

Kort: 0-0,9 km, Medium: 1,0-5,4, Lang: ≥5,5 km.

Tabel 6.3.1.2 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut statistisk signifikant for kvinder, uanset uddannelseslængde. Blandt kvinder med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse ses et statistisk signifikant højere brug af fysioterapeut ved medium eller kort kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, mens der blandt kvinder med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse først ses et statistisk signifikant højere brug af fysioterapeut ved kort kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut.

Blandt mænd med en erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er andelen, der gør brug af fysioterapeut, statistisk signifikant højere, når der er medium afstand til nærmeste fysioterapeut, end når der er lang afstand til nærmeste fysioterapeut.

TABEL 6.3.1.3

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Kort	12,2	1,13	4.090	6,4	1,33*	2.872
	Medium	11,7	1,05	8.739	6,1	1,19	6.300
	Lang	11,1	1	4.403	5,9	1	3.430
Indkomst 2	Kort	15,8	1,35*	4.236	8,0	1,16	3.029
	Medium	14,0	1,09	11.316	8,4	1,14	9.177
	Lang	13,6	1	5.549	7,9	1	5.143
Indkomst 3	Kort	16,4	1,32*	3.958	8,5	0,90	3.334
	Medium	15,0	1,16*	12.982	9,2	0,94	11.600
	Lang	13,7	1	5.223	10,1	1	5.227
Indkomst 4 (høj)	Kort	15,9	1,11	3.988	9,2	1,17	3.914
	Medium	16,9	1,17*	14.147	10,1	1,20*	13.906
	Lang	15,3	1	3.822	8,9	1	3.801

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af fysioterapeut

* OR er statistisk signifikant.

Kort: 0-0,9 km, Medium: 1,0-5,4, Lang: ≥5,5 km.

Tabel 6.3.1.3 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut statistisk signifikant for kvinder med indkomstniveau 2 eller 3 samt mænd med laveste indkomstniveau. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af fysioterapeut, er højere med kortere kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut. Blandt kvinder med indkomstniveau 3 ses et statistisk signifikant højere brug af fysioterapeut allerede ved medium kørselsafstand, mens der blandt kvinder med indkomstniveau 2 samt mænd med indkomstniveau 1 først ses statistisk signifikant højere brug af fysioterapeut ved kort kørselsafstand.

Blandt kvinder og mænd med højeste indkomstniveau er andelen, der gør brug af fysioterapeut, statistisk signifikant højere ved medium kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut end ved lang kørselsafstand.

6.3.2 Tilgængelighed og brug af fysioterapeut

TABEL 6.3.2.1

Sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indb.#)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Lav (0,01 - 1,64)	12,3	1	10.339	7,5	1	8.885
Medium (1,65 - 2,64)	14,1	1,07	49.196	8,4	1,00	43.253
Høj (≥2,65)	16,4	1,24*	23.140	9,3	1,07	19.822

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut

* OR er statistisk signifikant.

Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 6.3.2.1 viser sammenhængen mellem tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af fysioterapeut blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut er sammenhængen mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut statistisk signifikant for kvinder. Andelen, der gør brug af fysioterapeut, er statistisk signifikant højere blandt kvinder, der bor i en kommune med høj tilgængelighed af fysioterapeut, end blandt kvinder, der bor i en kommune med lav tilgængelighed.

TABEL 6.3.2.2

Sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

		KVINDER			MÆND		
Uddannelse	Tilgængelighed [#]	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Lav	10,8	1	1.779	7,8	1	1.477
	Medium	13,3	1,25*	11.572	8,1	1,04	9.183
	Høj	15,0	1,39*	5.137	7,4	0,89	3.917
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Lav	13,2	1	3.414	7,3	1	3.434
	Medium	15,2	1,09	19.681	8,8	1,04	20.860
	Høj	16,2	1,19*	8.885	9,7	1,17	9.057
Videregående uddannelse	Lav	13,2	1	4.832	8,1	1	3.661
	Medium	14,3	0,98	16.897	8,6	0,95	12.154
	Høj	18,2	1,26*	8.618	10,2	1,07	6.338

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut

* OR er statistisk signifikant.

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,01-1,64; Medium: 1,65-2,64; Høj: ≥2,65. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 6.3.2.2 viser sammenhængen mellem tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af fysioterapeut for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut statistisk signifikant for kvinder uanset uddannelseslængde. Andelen, der gør brug af fysioterapeut, er statistisk signifikant højere blandt kvinder, der bor i en kommune med høj tilgængelighed af fysioterapeut, end blandt kvinder, der bor i en kommune med lav tilgængelighed. Blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse ses et statistisk signifikant højere brug af fysioterapeut allerede ved medium tilgængelighed af fysioterapeut.

TABEL 6.3.2.3

Sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Lav	10,5	1	2.003	5,9	1	1.558
	Medium	12,3	1,09	9.908	6,6	0,98	7.091
	Høj	13,0	1,19	4.547	6,3	0,92	3.159
Indkomst 2	Lav	13,2	1	2.467	8,2	1	1.891
	Medium	14,3	1,04	12.725	8,0	0,83	10.624
	Høj	16,1	1,21*	5.558	9,0	0,97	4.483
Indkomst 3	Lav	12,7	1	2.599	9,0	1	2.250
	Medium	15,0	1,11	13.532	9,4	1,00	12.542
	Høj	17,8	1,36*	5.762	9,4	0,94	5.099
Indkomst 4 (høj)	Lav	14,4	1	2.956	7,8	1	2.873
	Medium	16,0	1,05	11.985	9,7	1,18	11.940
	Høj	18,9	1,22*	6.773	11,2	1,34*	6.571

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut.

* OR er statistisk signifikant.

Ressourcer per 10.000 indb. Lav: 0,01-1,64; Medium: 1,65-2,64; Høj: ≥2,65. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 6.3.2.3 viser sammenhængen mellem tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af fysioterapeut for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut statistisk signifikant for kvinder med indkomstniveau 2-4 samt for mænd med højeste indkomstniveau. Blandt disse personer er andelen, der gør brug af fysioterapeut, statistisk signifikant højere ved høj tilgængelighed af fysioterapeut end ved lav tilgængelighed af fysioterapeut.

6.3.3 Sammenfatning af sammenhæng mellem adgang til og brug af fysioterapeut

Blandt kvinder ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved kortere kørselsafstand. Dette gælder uanset uddannelseslængde, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt kvinder med mellemindkomst.

Blandt mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut i gruppen med lavere indkomst. Blandt mænd med lavere indkomst er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved kortere kørselsafstand, når der justeres for behov.

Blandt kvinder ses der ligeledes en sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved højere tilgængelighed. Dette gælder uanset uddannelseslængde og indkomstniveau. Blandt mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut i gruppen med højere indkomst. Blandt mænd med højere indkomst er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

6.4 Opsummering af resultater for fysioterapeut

I dette kapitel har vi beskrevet social og geografisk ulighed i adgang til og brug af fysioterapeut. Adgang til fysioterapeut er blevet belyst i forhold til kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut samt i forhold til tilgængelighed af fysioterapeut, der opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune. Derudover har vi belyst sammenhængen mellem adgang til fysioterapeut og brug af fysioterapeut.

I 2017 er der i gennemsnit 3,3 km i kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut blevet 100 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til fysioterapeut, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. Personer, der bor i og omkring Hovedstadsområdet samt i Aarhus Kommune og Odense Kommune, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut. Den højeste tilgængelighed af fysioterapeut findes især nord for København, i omegnen af Hovedstadsområdet og omkring den vestlige del af Limfjorden.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 14 % og 9 %, der gør brug af fysioterapeut. Der ses social ulighed i brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af fysioterapeut, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap to ud af fem kommuner. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Det gælder dog ikke blandt kvinder og mænd med laveste indkomstniveau.

Blandt kvinder ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved kortere kørselsafstand. Dette gælder uanset uddannelseslængde, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses blandt kvinder med mellemindkomst. Blandt mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut og brug af fysioterapeut i gruppen med lavere indkomst. Blandt mænd med lavere indkomst er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved kortere kørselsafstand, når der justeres for behov.

Blandt kvinder ses der ligeledes en sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut, når der justeres for behov. Blandt kvinder er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved højere tilgængelighed. Dette gælder uanset uddannelseslængde og indkomstniveau. Blandt mænd ses der udelukkende en sammenhæng mellem tilgængelighed af fysioterapeut og brug af fysioterapeut i gruppen med højere indkomst. Blandt mænd med højere indkomst er andelen, der gør brug af fysioterapeut, således højere ved højere tilgængelighed, når der justeres for behov.

Referencer

1. Patienthåndbogen sd. Fysioterapi. 07.02.2023 [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/behandling/fysioterapi/>]
2. VIVE. Fysioterapi i Danmark – Analyse af praksissektoren. København: VIVE; 2021.
3. Sundhed.dk. Fysioterapi. 11.01.2023 [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/sygesikring-og-laegevalg/gratis-behandling-og-tilskud/fysioterapi/>]

7 | **Psycholog**



Psykologer hjælper personer, der har det psykisk dårligt. Det kan være personer, der lider af angst, depression, stress, har været udsat for et traume (som for eksempel en trafikulykke, tab af nær familie), sygdom, har nedsat funktionsevne eller kroniske smerter (1). Psykologer hjælper gennem rådgivning, vejledning, samtaleterapi eller til at lære nogle strategier, som kan bruges fremover. I 2017 var der knap 900 psykologer med et ydernummer (2).

Der kræves ingen henvisning til behandling hos en psykolog. For 11 specifikke grupper af psykiske problemer kan alment praktiserende læge dog give en henvisning til psykologbehandling, hvorefter der kan opnås tilskud fra sygesikringen. Det gælder psykiske problemer i forbindelse med røveri, vold, voldtægt, forsøg på selvmord, incest, provokeret abort efter 12. svangerskabsuge, personer ramt af alvorligt invaliderende sygdom eller personer, der har let til moderat depression eller angst (inklusive OCD), samt visse grupper af pårørende (1,3). Behandlingen består af én eller flere samtaler. Med en henvisning til psykologbehandling udgør tilskuddet fra sygesikringen 60 % af psykologens honorar. Unge mellem 18 og 24 år kan dog få gratis psykologhjælp, hvis de er henvist for angst eller depression (4). Der er ofte ventetid til psykologbehandling med støtte fra sygesikringen.

I dette kapitel beskrives social og geografisk ulighed i adgang til og brug af psykolog med henvisning. Adgang til psykolog, brug af psykolog og sammenhængen mellem adgang til og brug af psykolog belyses, og kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater for psykolog.

7.1 Adgang til psykolog

Adgang til psykolog er opgjort som kørselsafstand mellem bopæl og psykolog samt som tilgængelighed. Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune.

Kørselsafstand til psykolog er beregnet fra bopælsadresse til nærmeste aktive psykolog i praksissektoren. Kørselsafstand er beregnet på basis af data fra Danmarks Adresse-register, Yderregistret, Det Centrale Personregister (CPR) samt oplysninger om det danske vejnet. Beregning af kørselsafstand er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Tilgængelighed af psykolog opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune. Tilgængelighed er opgjort på basis af data fra Det Centrale Personregister (CPR), Yderregistret og Sygesikringsregisteret. Beregning af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1.

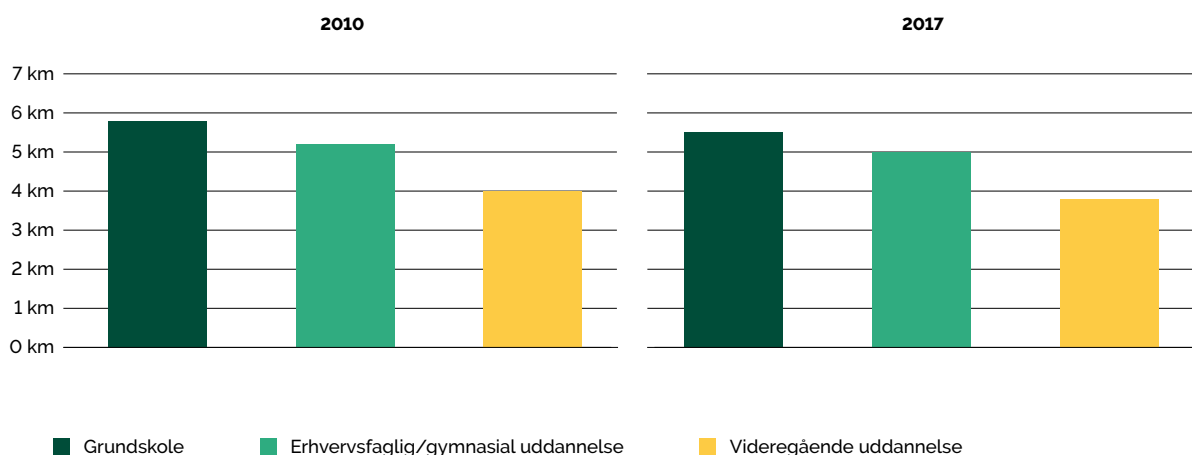
I dette afsnit belyses først kørselsafstand til psykolog og dernæst tilgængelighed. For kørselsafstand belyses først sammenhængen med længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau, hvorefter geografiske forskelle i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i perioden 2010-2017 belyses. For tilgængelighed belyses geografiske forskelle i 2017.

7.1.1 Kørselsafstand

I 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand fra bopælsadresse til nærmeste psykolog 4,8 km blandt den danske befolkning (data ikke vist). Den gennemsnitlige kørselsafstand er faldet med 300 m fra 2010 til 2017 (data ikke vist).

FIGUR 7.1.1.1

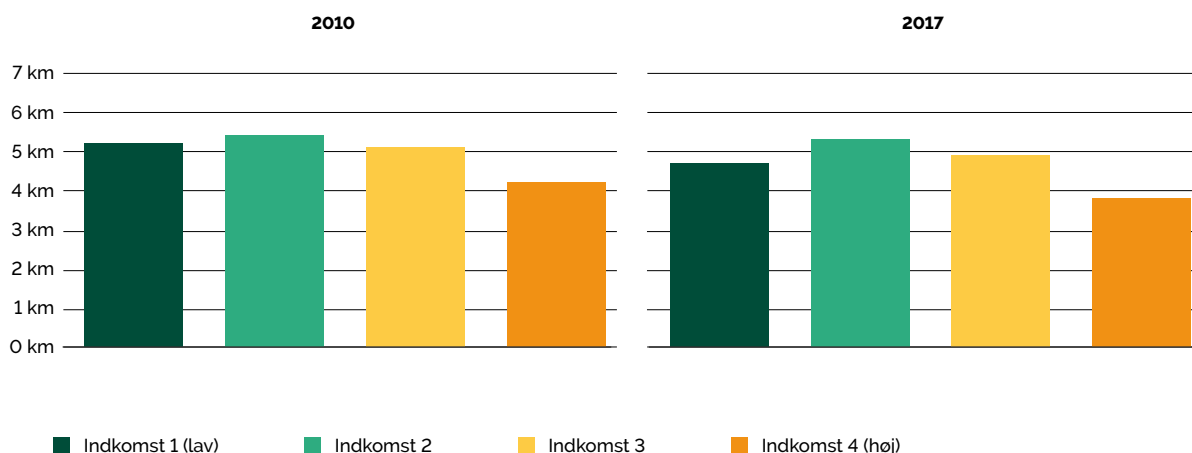
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste psykolog, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 7.1.1.1 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste psykolog, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog falder med længere fuldførte uddannelse. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis grundskole og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Fordelingen af kørselsafstand til nærmeste psykolog, opgjort på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.7).

FIGUR 7.1.1.2

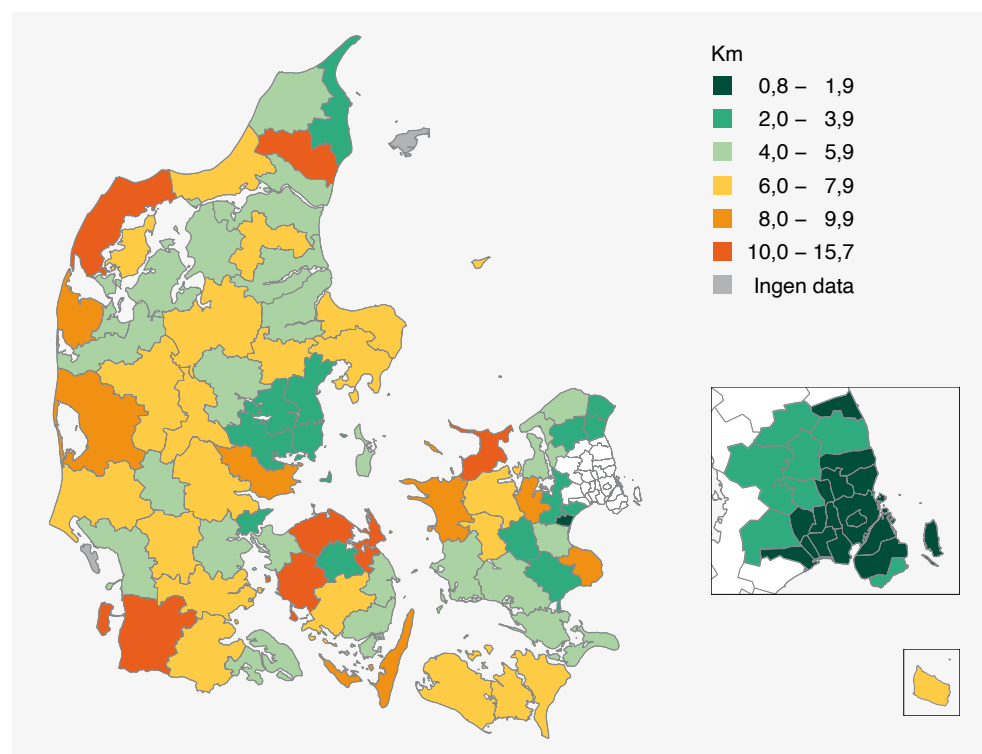
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste psykolog, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 7.1.1.2 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste psykolog, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog er kortest blandt personer med højeste indkomstniveau. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis laveste og højeste indkomstniveau. Fordelingen af kørselsafstand til nærmeste psykolog, opgjort på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.8).

FIGUR 7.1.1.3

Kommunale forskelle i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste psykolog blandt den danske befolkning i 2017

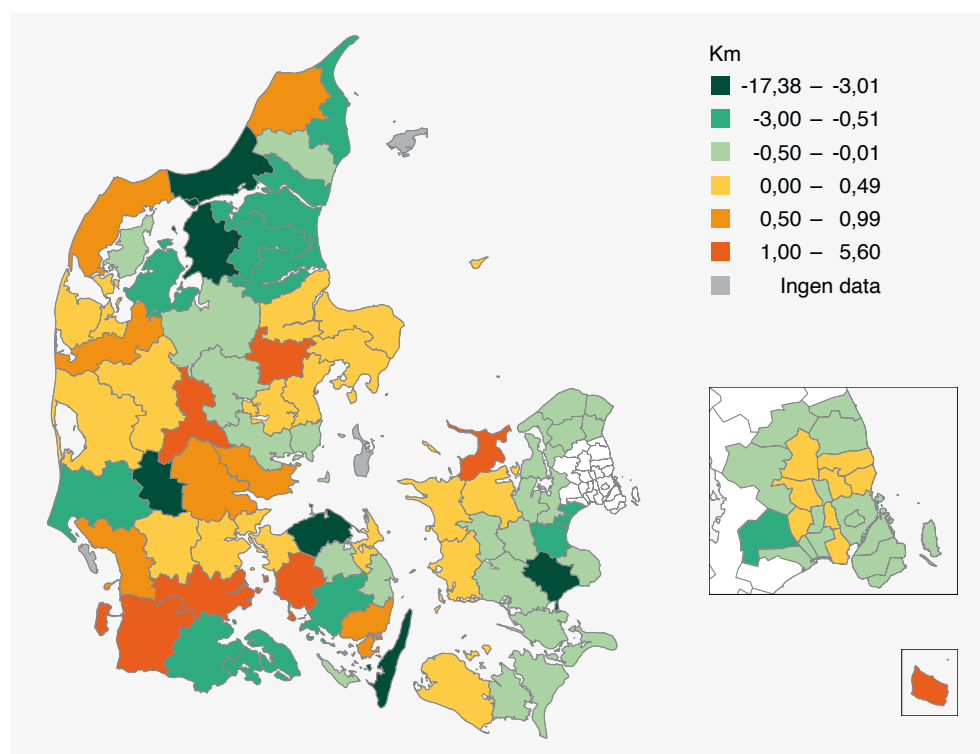


I Bilag 4 findes en oversigt over den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog i hver enkelt kommune.

Figur 7.1.1.3 viser kommunale forskelle i den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog blandt den danske befolkning i 2017. Den gennemsnitlige kørselsafstand varierer mellem 0,8 km og 15,7 km. Personer, der bor i kommuner med større byer og i Hovedstadsområdet, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste psykolog end personer, der bor i kommuner, hvor der er færre store byer.

FIGUR 7.1.1.4

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste psykolog blandt den danske befolkning



I Bilag 4 findes en oversigt over ændringen i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste psykolog i hver enkelt kommune.

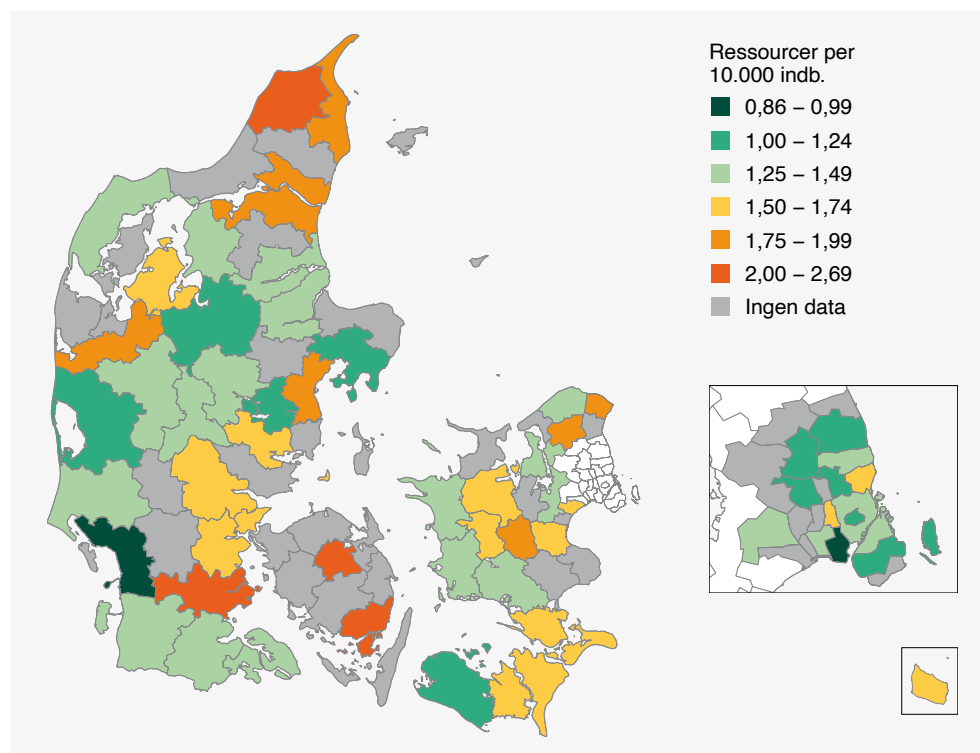
Figur 7.1.1.4 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste psykolog blandt den danske befolkning.

Fra 2010 til 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog blevet mellem 17,4 km kortere og op til 5,6 km længere. Det er blandt andet i og omkring Aalborg Kommune, den gennemsnitlige kørselsafstand er reduceret med mere end 500 m. Det er primært uden for Sjælland, at der er sket en stigning på mere end 500 m.

7.1.2 Tilgængelighed

FIGUR 7.1.2.1

Kommunale forskelle i tilgængelighed af psykolog i 2017



Tilgængelighed er opgjort som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere, og er nærmere beskrevet i Bilag 1. I Bilag 4 findes en oversigt over behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i hver enkelt kommune.

Figur 7.1.2.1 viser kommunale forskelle i tilgængelighed af psykolog opgjort som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i 2017.

Behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere varierer mellem 0,86 og 2,69. Der ses ikke noget tydeligt geografisk mønster i fordelingen af behandlingsressourcer.

7.1.3 Sammenfatning af adgang til psykolog

I 2017 er der i gennemsnit 4,8 km i kørselsafstand til nærmeste psykolog. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog blevet 300 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til psykolog, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste psykolog end i kommuner med færre større byer. Der ses ikke noget tydeligt geografisk mønster i tilgængelighed af psykolog.

7.2 Brug af psykolog

Brug af psykolog er opgjort som andelen af personer, der er registeret som modtager af en ydelse ved en psykolog i praksissektoren. Brug af psykolog er beregnet ud fra data fra Det Centrale Personregister og Sygesikringsregisteret. Beregning af brug er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Brug af psykolog er justeret for behov. En persons behov for psykolog er i denne rapport bestemt ud fra følgende mål for behov: selvvurderet helbred, mentalt helbred, selvrapporteret nedtrykt eller urolig samt depression, angst eller OCD og desuden antal af andre kroniske eller langvarige sygdomme. Justering for behov og udvælgelse af behovsmål er nærmere beskrevet i Bilag 1.

I dette afsnit belyses først sammenhængen mellem brug af psykolog og længst fuldførte uddannelse samt indkomstniveau. Herefter belyses geografiske forskelle i brug af psykolog i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i brug af psykolog i perioden 2010-2017.

TABEL 7.2.1

Andelen, der gør brug af psykolog, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	1,2		151.018	1,5		154.749	
KVINDER	1,8		81.358	2,2		82.756	
Grundskole	1,0	1	22.469	1,4	1	18.527	1,44*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	1,7	1,38*	30.962	2,0	1,37*	32.004	1,28*
Videregående uddannelse	2,8	2,17*	26.191	3,1	2,17*	30.360	1,22*
Uoplyst				1,2	0,81	1.865	
MÆND	0,6		69.660	0,9		71.993	
Grundskole	0,4	1	16.133	0,6	1	14.585	1,52*
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	0,6	1,39	32.495	0,9	1,74*	33.367	1,78*
Videregående uddannelse	0,9	1,98*	19.606	1,1	2,07*	22.160	1,38*
Uoplyst				0,7	1,17	1.881	

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 7.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af psykolog, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 1,4 %, der gør brug af psykolog. Det gælder 2,0 % blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 3,1 % blandt kvinder med videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 0,6 %, der gør brug af psykolog. Det gælder 0,9 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og 1,1 % blandt mænd med videregående uddannelse.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der gør brug af psykolog, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Der ses en social gradient, hvor andelen, der gør brug af psykolog, er højere med længere fuldførte uddannelse. Både blandt kvinder og mænd og for alle uddannelsesgrupper ses der en statistisk signifikant stigning fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af psykolog.

TABEL 7.2.2

Andelen, der gør brug af psykolog, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	1,2		151.018	1,5		154.749	
KVINDER	1,8		81.358	2,2		82.756	
Indkomst 1 (lav)	1,9	1	16.671	2,6	1	17.322	1,44*
Indkomst 2	2,0	1,39*	20.356	2,3	1,18	21.191	1,22*
Indkomst 3	1,8	1,39*	21.750	2,1	1,25*	22.234	1,30*
Indkomst 4 (høj)	1,5	1,29*	22.581	1,7	1,08	22.009	1,21*
MÆND	0,6		69.660	0,9		71.993	
Indkomst 1 (lav)	0,8	1	12.294	1,0	1	12.683	1,21
Indkomst 2	0,7	1,17	16.545	1,0	1,71*	17.415	1,63*
Indkomst 3	0,6	1,09	19.512	1,0	1,94*	20.220	1,91*
Indkomst 4 (høj)	0,4	0,94	21.309	0,6	1,44*	21.675	1,62*

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

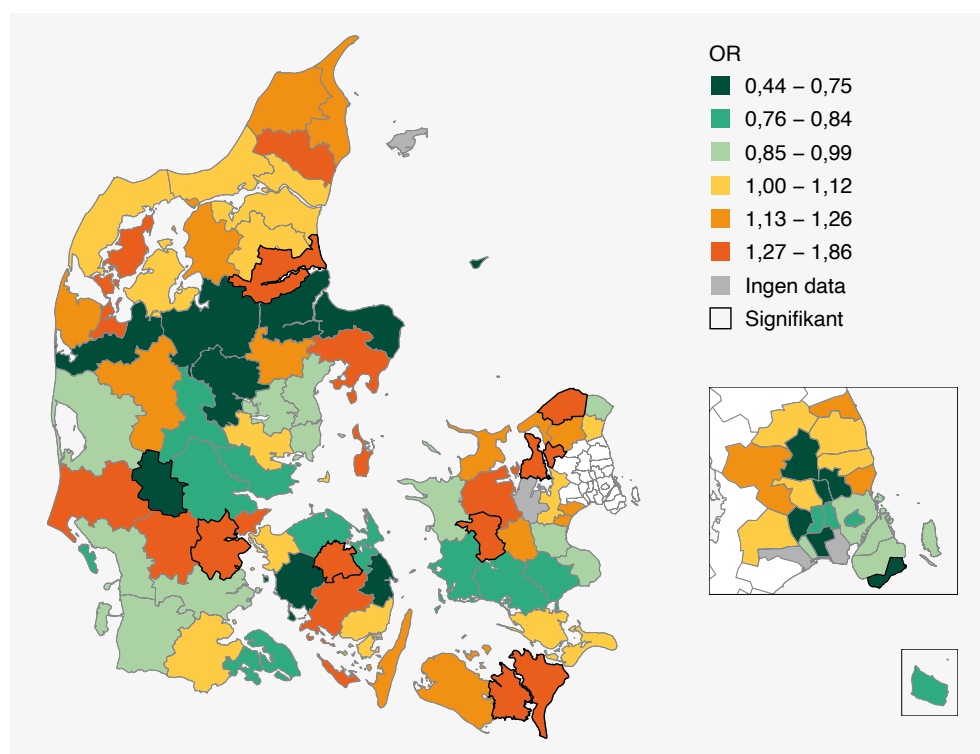
Tabel 7.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af psykolog, og indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med det laveste indkomstniveau 2,6 %, der gør brug af psykolog. Det gælder 2,3 % for indkomstniveau 2, 2,1 % for indkomstniveau 3 og 1,7 % for indkomstniveau 4. Blandt mænd med indkomstniveau 1-3 er der 1,0 %, der gør brug af psykolog. Det gælder 0,6 % blandt mænd med indkomstniveau 4.

Justeret for behov og alder er andelen, der gør brug af psykolog i 2017, statistisk signifikant højere blandt kvinder med indkomstniveau 3 end blandt kvinder med indkomstniveau 1. Blandt mænd er andelen, der gør brug af psykolog i 2017, statistisk signifikant højere for indkomstniveau 2-4 end for indkomstniveau 1. Blandt alle andre end mænd med indkomstniveau 1 ses der en statistisk signifikant stigning fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af psykolog.

FIGUR 7.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der stor usikkerhed i denne analyse. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

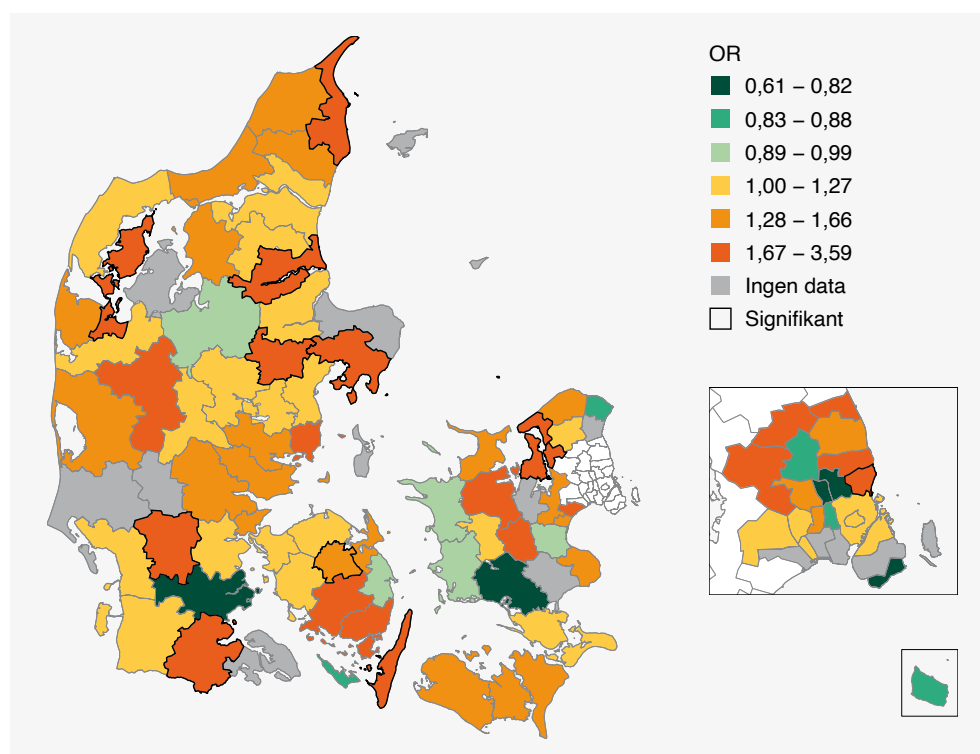
Figur 7.2.1 viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der stor usikkerhed i denne analyse og Figur 7.2.1.

Der er syv kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farve og sort omrids). Der ses ikke noget tydeligt mønster i, hvor der er en højere forekomst af personer, der gør brug af psykolog.

Der er to kommuner, Billund Kommune og Dragør Kommune, hvor forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med mørkegrøn farve og sort omrids).

FIGUR 7.2.2

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der stor usikkerhed i denne analyse. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 7.2.2 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der stor usikkerhed i denne analyse og Figur 7.2.2.

Der er 13 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farver og sort omrids). Der ses ikke noget tydeligt mønster i, hvor der er en højere forekomst af personer, der gør brug af psykolog.

Der er ingen kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010.

Sammenfatning af brug af psykolog

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 2,2 % og 0,9 %, der gør brug af psykolog. Der ses social ulighed i brug af psykolog, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af psykolog, er således højere blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Opgjort på indkomstniveau er det særligt blandt personer med mellemindkomst, der ses højere brug af psykolog.

Der ses nogen geografisk ulighed i brug af psykolog, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap en tiendedel af kommunerne. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der dog stor usikkerhed i denne analyse.

Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, når der justeres for behov. Det gælder dog ikke blandt mænd med laveste indkomst-niveau.

7.3 Sammenhæng mellem adgang til og brug af psykolog

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem adgang til og brug af psykolog. Først belyses sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste psykolog og brug af psykolog, hvorefter sammenhængen mellem tilgængelighed af psykolog og brug af psykolog belyses. På grund af begrænset datagrundlag belyses det ikke, om hvorvidt sammenhængen mellem adgang til og brug af psykolog afhænger af længst fuldførte uddannelse eller indkomstniveau.

7.3.1 Kørselsafstand og brug af psykolog

TABEL 7.3.1.1

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste psykolog og brug af psykolog blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Kørselsafstand (km)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 0,9)	2,4	1,25*	15.771	1,0	1,50*	13.045
Medium (1,0 - 8,4)	2,2	1,12	48.188	0,9	1,29	41.950
Lang (≥8,5)	2,0	1	17.896	0,7	1	16.209

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af psykolog

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 7.3.1.1 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til nærmeste psykolog og brug af psykolog blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af psykolog er sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste psykolog og brug af psykolog statistisk signifikant for både kvinder og mænd. Andelen, der gør brug af psykolog, er statistisk signifikant højere blandt personer med kort kørselsafstand til nærmeste psykolog end blandt personer med lang kørselsafstand til nærmeste psykolog.

7.3.2 Tilgængelighed og brug af psykolog

TABEL 7.3.2.1

Sammenhæng mellem tilgængelighed af psykolog og brug af psykolog blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indb.#)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Lav (0,01 - 1,19)	2,0	1	20.256	0,7	1	17.918
Medium (1,20 - 1,74)	2,2	1,10	45.551	0,9	1,28	39.662
Høj (≥1,75)	2,4	1,19	15.370	1,0	1,40*	13.136

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste psykolog

* OR er statistisk signifikant.

Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 7.3.2.1 viser sammenhængen mellem tilgængelighed af psykolog (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af psykolog blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste psykolog er sammenhængen mellem tilgængelighed af psykolog og brug af psykolog statistisk signifikant for mænd. Andelen, der gør brug af psykolog, er statistisk signifikant højere blandt mænd, der bor i en kommune med høj tilgængelighed af psykolog, end blandt mænd, der bor i en kommune med lav tilgængelighed af psykolog.

7.3.3 Sammenfatning af sammenhæng mellem adgang til og brug af psykolog

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste psykolog og brug af psykolog, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af psykolog, er således højere blandt personer med kortere kørselsafstand.

Blandt mænd ses der desuden en sammenhæng mellem tilgængelighed af psykolog og brug af psykolog, når der justeres for behov. Blandt mænd er andelen, der gør brug af psykolog, således højere ved højere tilgængelighed.

7.4 Opsummering af resultater for psykolog

I dette kapitel har vi beskrevet social og geografisk ulighed i adgang til og brug af psykolog. Adgang til psykolog er blevet belyst i forhold til kørselsafstand til nærmeste psykolog samt i forhold til tilgængelighed af psykolog, der defineres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune. Derudover har vi belyst sammenhængen mellem adgang til psykolog og brug af psykolog.

I 2017 er der i gennemsnit 4,8 km i kørselsafstand til nærmeste psykolog. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog blevet 300 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til psykolog, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste psykolog er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste psykolog end i kommuner med færre større byer. Der ses ikke noget tydeligt geografisk mønster i tilgængelighed af psykolog.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover henholdsvis 2,2 % og 0,9 %, der gør brug af psykolog. Der ses social ulighed i brug af psykolog, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af psykolog, er således højere blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Opgjort på indkomstniveau er det særligt blandt personer med mellemindkomst, der ses højere brug af psykolog. Der ses nogen geografisk ulighed i brug af psykolog, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap en tiendedel af kommunerne. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der dog stor usikkerhed i denne analyse. Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i forekomsten af personer, der gør brug af psykolog, når der justeres for behov. Det gælder dog ikke blandt mænd med laveste indkomstniveau.

Både blandt kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste psykolog og brug af psykolog, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af psykolog, er således højere blandt personer med kortere kørselsafstand. Blandt mænd ses der desuden en sammenhæng mellem tilgængelighed af psykolog og brug af psykolog, når der justeres for behov. Blandt mænd er andelen, der gør brug af psykolog, således højere ved højere tilgængelighed.

Referencer

1. Patienthåndbogen. Psykologbehandling: sundhed.dk; 25.10.2021 [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sociale-ydelser/sociale-ydelser/behandling/psykologbehandling/>]
2. Regioner. Fakta ark for psykologerne. n.d. [Available from: <https://www.regioner.dk/media/5450/faktaark-for-psykologerne-2017.pdf>]
3. Retsinformation. Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2021 [Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1213>]
4. Sundhed.dk. Psykologhjælp. 11.01.2023 [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/sygesikring-og-laegevalg/gratis-behandling-og-tilskud/psykologhjælp/>]

8

Kiropraktor



Eniropraktor behandler personer med smerter og/eller nedsat funktion i kroppens led og muskler (1). Det kan eksempelvis være personer med ondt i nakken, smerter i ryggen, eller som har fået diagnosticeret en diskusprolaps. Desuden hjælper en kiropaktor også med at diagnosticere. I dag er der ca. 650 aktive kiropaktorer i Danmark, som arbejder i eksempelvis privat praksis eller er tilknyttet et hospitals rygcenter (2).

Der kræves ingen henvisning til behandling hos en kiropaktor. For en række behandlinger er det muligt at få offentligt tilskud fra regionerne. For følgende behandlinger ydes der et offentligt tilskud: anamnese, kiopraktisk undersøgelse, diagnostik, forebyggelse, træning og rehabilitering, behandlingsplanlægning, behandling og journalisering samt røntgenundersøgelse (3). I gennemsnit modtager patienterne seks behandlinger hos en kiropaktor per forløb (4.). Brugerbetalingen for kiropaktorbehandling i den primære sundhedssektor udgør ca. 80 %, men varierer alt efter, hvad der behandles for (2). I enkelte tilfælde gives der særlige tilskud, for eksempel ved diskusprolaps. Hvis der er brug for en anden behandling end kiopraktik, kan kiopaktoren henvise patienten videre i sundhedssystemet (2).

I dette kapitel beskrives social og geografisk ulighed i adgang til og brug af kiropaktor. Adgang til kiropaktor, brug af kiropaktor og sammenhængen mellem adgang til og brug af kiropaktor belyses, og kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater for kiropaktor.

8.1 Adgang til kiropaktor

Adgang til kiropaktor er opgjort som kørselsafstand mellem bopæl og kiropaktor samt som tilgængelighed. Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune.

Kørselsafstand til kiropaktor er beregnet fra bopælsadresse til nærmeste aktive kiropaktor i praksissektoren. Kørselsafstand er beregnet på basis af data fra Danmarks Adresseregister, Yderregistret, Det Centrale Personregister (CPR) samt oplysninger om det danske vejnet. Beregning af kørselsafstand er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune. Tilgængelighed er opgjort på basis af data fra Det Centrale Personregister (CPR), Yderregistret og Sygesikringsregisteret. Beregning af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1.

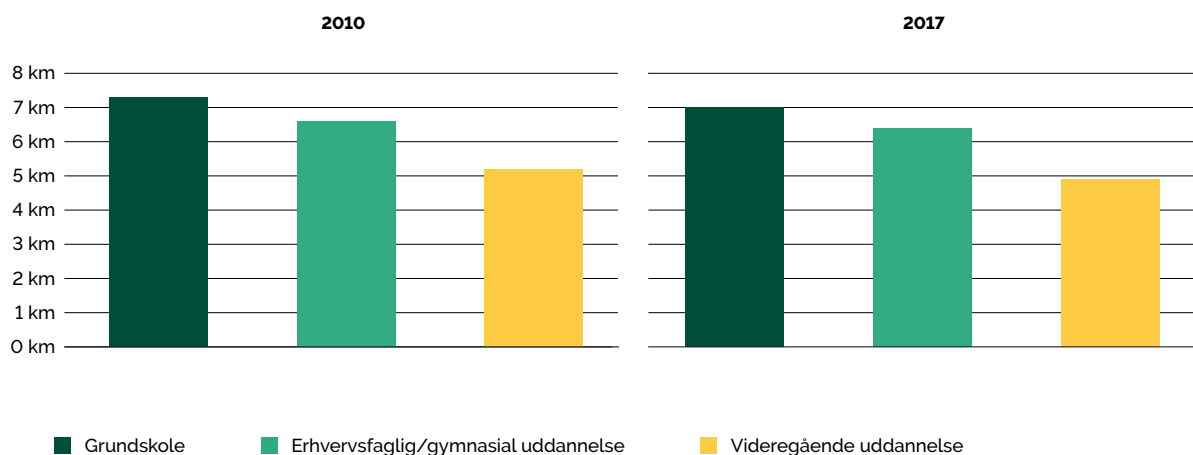
I dette afsnit belyses kørselsafstand til kiropaktor, mens tilgængelighed af kiropaktor ikke kan vises på grund af begrænset datagrundlag. For kørselsafstand belyses først sammenhængen med længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau, hvorefter geografiske forskelle i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i perioden 2010-2017 belyses.

8.1.1 Kørselsafstand

I 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand fra bopælsadresse til nærmeste kiropaktor 6,1 km blandt den danske befolkning (data ikke vist). Den gennemsnitlige kørselsafstand er faldet med 400 m fra 2010 til 2017 (data ikke vist).

FIGUR 8.1.1.1

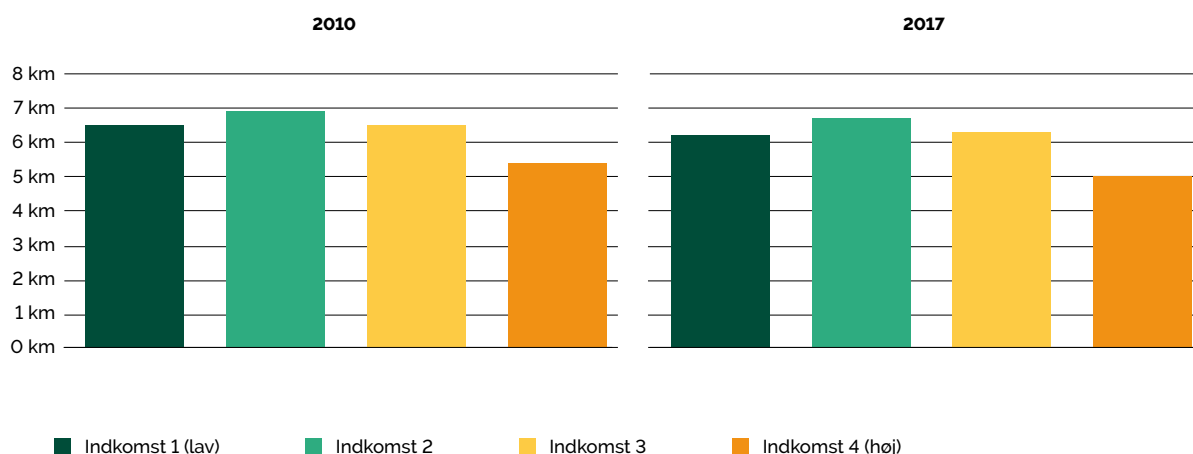
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste kiropaktor, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 8.1.1.1 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste kiropaktor, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropaktor falder med længere fuldførte uddannelse. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis grundskole og videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Fordelingen af kørselsafstand til nærmeste kiropaktor, opgjort på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.9).

FIGUR 8.1.1.2

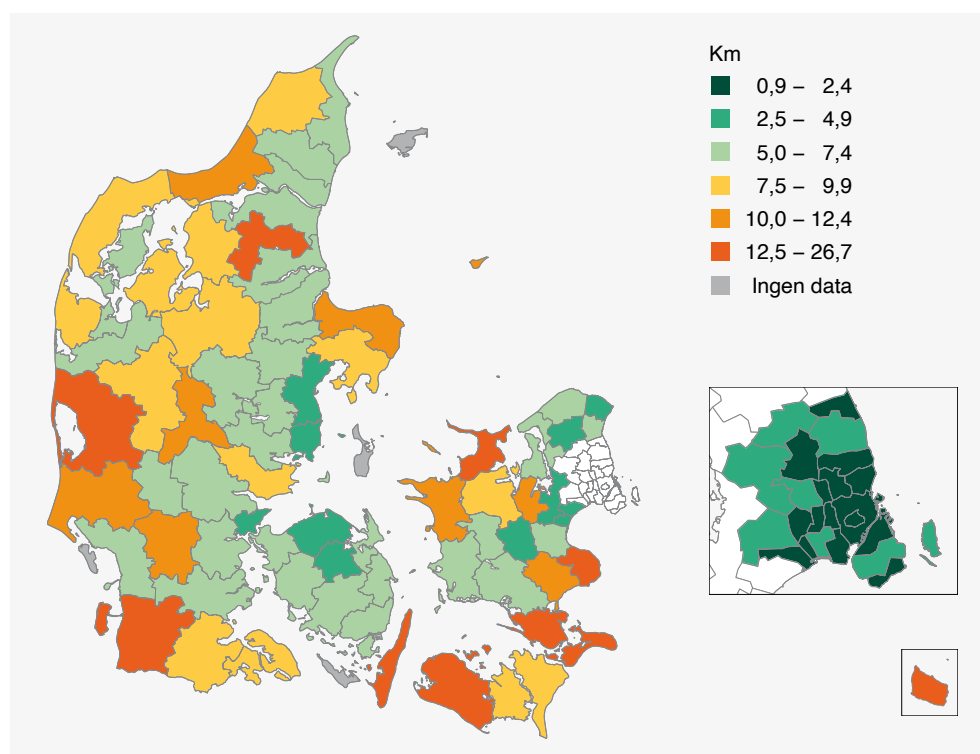
Gennemsnitlig kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste kiropaktor, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur 8.1.1.2 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til nærmeste kiropaktor, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. I både 2010 og 2017 ses det, at den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropaktor er kortest blandt personer med højeste indkomstniveau. Der er en statistisk signifikant forskel i kørselsafstand blandt personer med henholdsvis laveste og højeste indkomstniveau. Fordelingen af kørselsafstand til nærmeste kiropaktor, opgjort på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017, kan findes i Bilag 3 (figur B.3.10).

FIGUR 8.1.1.3

Kommunale forskelle i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste kiropaktor blandt den danske befolkning i 2017

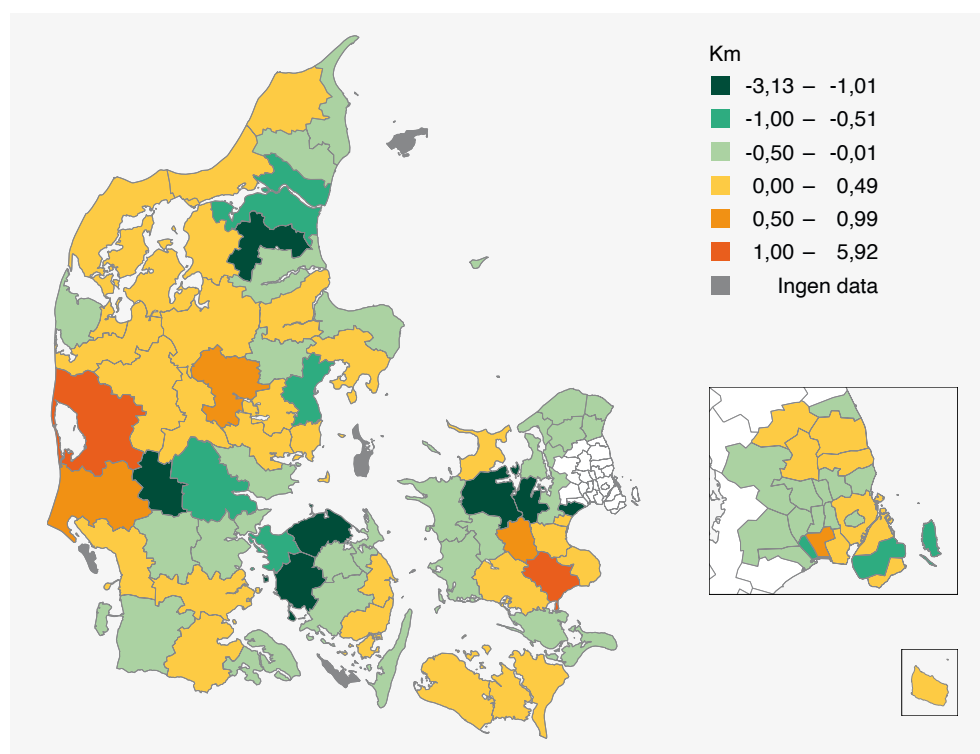


I Bilag 4 findes en oversigt over den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropaktor i hver enkelt kommune.

Figur 8.1.1.3 viser kommunale forskelle i den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropaktor blandt den danske befolkning i 2017. Den gennemsnitlige kørselsafstand varierer mellem 0,9 km og 26,7 km. Personer, der bor i kommuner med større byer og i Hovedstadsområdet, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste kiropaktor end personer, der bor i kommuner, hvor der er færre større byer.

FIGUR 8.1.1.4

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste kiropaktor blandt den danske befolkning



I Bilag 4 findes en oversigt over ændringen i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste kiropaktor i hver enkelt kommune.

Figur 8.1.1.4 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste kiropaktor blandt den danske befolkning. Fra 2010 til 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropaktor blevet mellem 3,1 km kortere og op til 5,9 km længere. Der ses ikke noget tydeligt mønster i, hvor der er sket ændringer på over 500 m i den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropaktor.

8.1.2 Sammenfatning af adgang til kiropaktor

I 2017 er der i gennemsnit 6,1 km i kørselsafstand til nærmeste kiropaktor. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropaktor blevet 400 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til kiropaktor, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropaktor er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste kiropaktor end i kommuner med færre større byer.

8.2 Brug af kiropraktor

Brug af kiropraktor er opgjort som andelen af personer, der er registeret som modtager af en ydelse ved en kiropraktor i praksissektoren. Brug af kiropraktor er beregnet ud fra data fra Det Centrale Personregister og Sygesikringsregisteret. Beregning af brug er nærmere beskrevet i Bilag 1.

Brug af kiropraktor er justeret for behov. En persons behov for kiropraktor er i denne rapport bestemt ud fra følgende mål for behov: selvvurderet helbred, begrænsninger i lettere fysisk aktivitet på grund af helbredet, selvrapporterede muskel-skeletsmerter, antal kroniske eller langvarige muskel- og skeletsygdomme samt antal af andre kroniske eller langvarige sygdomme. Justering for behov og udvælgelse af behovsmål er nærmere beskrevet i Bilag 1.

I dette afsnit belyses først sammenhængen mellem brug af kiropraktor og længst fuldførte uddannelse samt indkomstrniveau. Herefter belyses geografiske forskelle i brug af kiropraktor i 2017 og ændringer i geografiske forskelle i brug af kiropraktor i perioden 2010-2017.

TABEL 8.2.1

Andelen, der gør brug af kiropraktor, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	8,2		151.018	8,1		154.749	
KVINDER	8,2		81.358	8,2		82.756	
Grundskole	6,2	1	22.469	6,0	1	18.527	0,94
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9,2	1,33*	30.962	9,2	1,45*	32.004	1,03
Videregående uddannelse	9,3	1,34*	26.191	9,2	1,41*	30.360	0,98
Uoplyst	3,6	0,79	1.736	3,7	0,52*	1.865	0,63*
MÆND	8,1		69.660	8,1		71.993	
Grundskole	6,2	1	16.133	6,7	1	14.585	1,07
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	9,2	1,39*	32.495	9,3	1,32*	33.367	1,01
Videregående uddannelse	8,2	1,22*	19.606	8,3	1,18*	22.160	1,03
Uoplyst	3,5	0,59*	1.426	3,5	0,54*	1.881	0,96

§ OR er justeret for behov og alder.

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 8.2.1 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af kiropraktor, og længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med grundskole 6 %, der gør brug af kiropraktor. Det gælder 9 % blandt kvinder med såvel erhvervsfaglig/gymnasial som videregående uddannelse. Blandt mænd med grundskole er der 7 %, der gør brug af kiropraktor. Det gælder henholdsvis 9 % og 8 % blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem længst fuldførte uddannelsesniveau og andelen, der gør brug af kiropraktor, statistisk signifikant i begge år for både kvinder og mænd. Det ses, at andelen, der gør brug af kiropraktor, er statistisk signifikant højere blandt personer med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse eller videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Der ses ikke nogen ændring fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af kiropraktor, uanset længst fuldførte uddannelse.

TABEL 8.2.2

Andelen, der gør brug af kiropraktor, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017

	2010			2017			ÆNDRING 2010-2017
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)	OR [§]
ALLE	8,2		151.018	8,1		154.749	
KVINDER	8,2		81.358	8,2		82.756	
Indkomst 1 (lav)	5,8	1	16.671	5,7	1	17.322	0,97
Indkomst 2	8,1	1,42*	20.356	7,9	1,44*	21.191	0,99
Indkomst 3	9,0	1,68*	21.750	9,3	1,72*	22.234	1,00
Indkomst 4 (høj)	9,8	1,85*	22.581	9,9	1,87*	22.009	0,99
MÆND	8,1		69.660	8,1		71.993	
Indkomst 1 (lav)	5,2	1	12.294	4,6	1	12.683	0,89
Indkomst 2	7,7	1,52*	16.545	8,3	1,84*	17.415	1,07
Indkomst 3	9,0	1,80*	19.512	9,3	2,08*	20.220	1,03
Indkomst 4 (høj)	9,7	1,98*	21.309	9,6	2,23*	21.675	1,01

§ OR er justeret for behov, alder

* OR er statistisk signifikant.

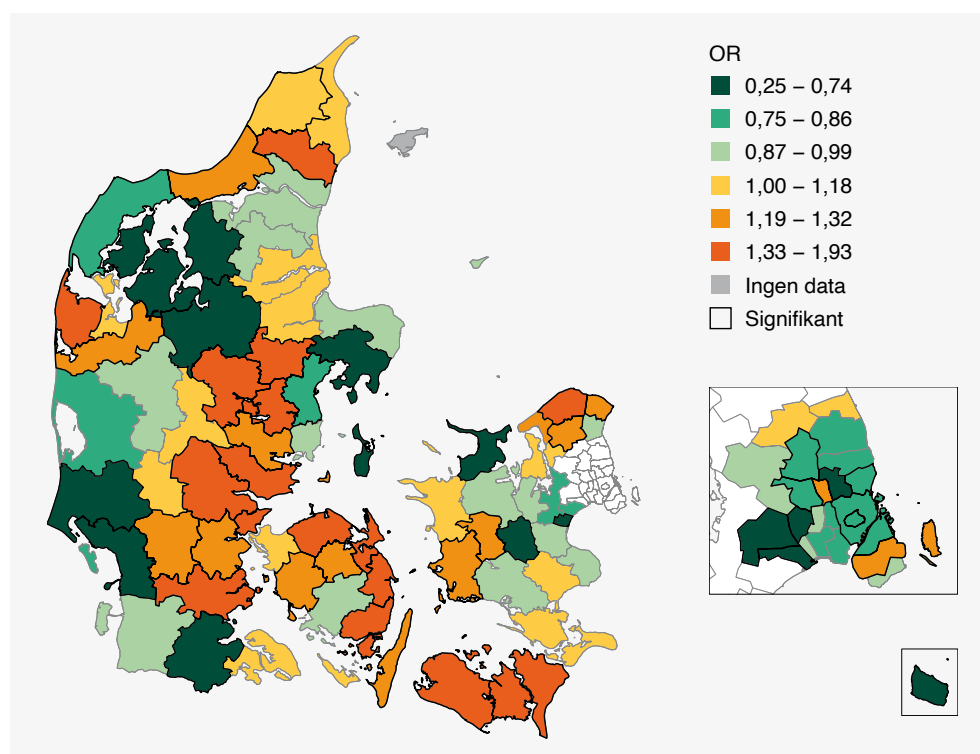
Tabel 8.2.2 viser sammenhængen mellem andelen, der gør brug af kiropraktor, og indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2010 og 2017.

I 2017 er der blandt kvinder med det laveste indkomstniveau 6 %, der gør brug af kiropraktor. Det gælder henholdsvis 8 %, 9 % og 10 % blandt kvinder med indkomstniveau 2, 3 og 4. Blandt mænd med det laveste indkomstniveau er der 5 %, der gør brug af kiropraktor. Det gælder henholdsvis 8 %, 9 % og 10 % blandt mænd med indkomstniveau 2, 3 og 4.

Justeret for behov og alder er sammenhængen mellem indkomstniveau og andelen, der gør brug af kiropraktor, for både kvinder og mænd statistisk signifikant i begge år. Der ses en social gradient, hvor andelen, der gør brug af kiropraktor, er højere med højere indkomstniveau. Der ses ikke nogen ændring fra 2010 til 2017 i andelen, der gør brug af kiropraktor, uanset indkomstniveau.

FIGUR 8.2.1

Kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, blandt personer på 30 år eller derover i 2017



Forekomsten er sammenlignet med landsgennemsnittet og præsenteres som en odds ratio (OR). De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

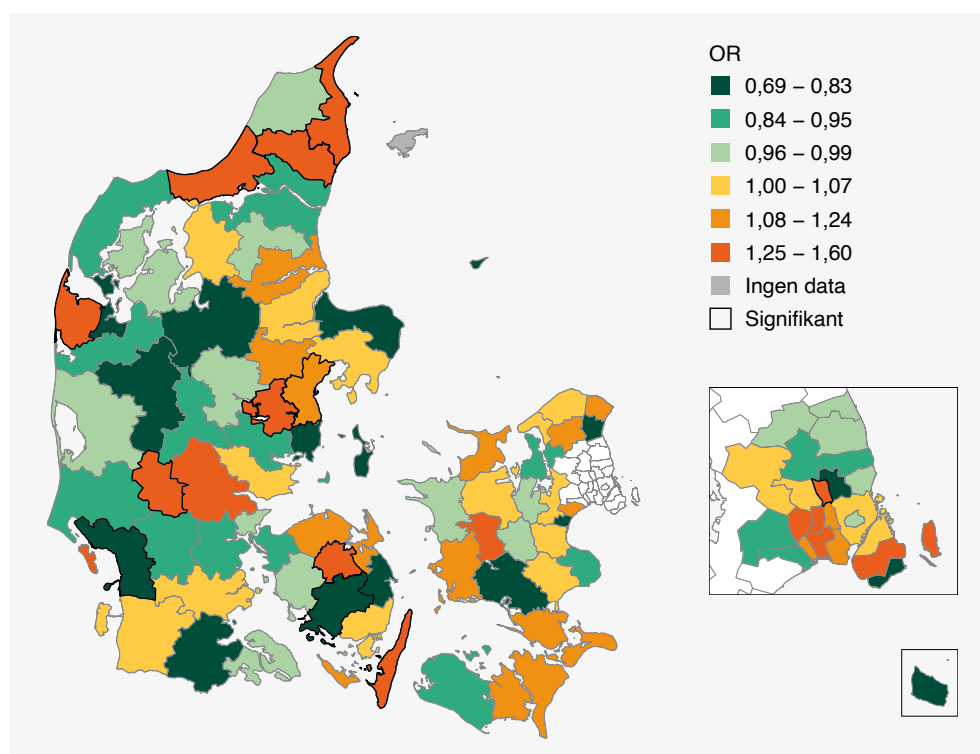
Figur 8.2.1. viser kommunale forskelle i forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, blandt personer på 30 år eller derover i 2017. Forekomsten i den enkelte kommune er sammenlignet med landsgennemsnittet. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 31 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, er statistisk signifikant højere end landsgennemsnittet (kommuner med orange farver og sort omrids). Det er særligt i de østlige kommuner i Jylland, på Fyn samt øerne syd for Fyn og Sjælland, at der er en højere forekomst af personer, der gør brug af kiropraktor.

Der er 24 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, er statistisk signifikant lavere end landsgennemsnittet (kommuner med grønne farver og sort omrids). Det er særligt i flere kommuner omkring Limfjorden samt i Hovedstadsområdet, at der er en lavere forekomst af personer, der gør brug af kiropraktor.

FIGUR 8.2.2

Kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, blandt personer på 30 år eller derover



Ændringen i forekomsten præsenteres som odds ratio (OR). De kommunale forskelle i ændringen er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder. I Bilag 4 findes en oversigt over størrelsen af OR i hver enkelt kommune.

Figur 8.2.2 viser kommunale forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, blandt personer på 30 år eller derover. De kommunale forskelle er justeret for behov, indkomstniveau, længst fuldførte uddannelse, køn og alder.

Der er 10 kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, er statistisk signifikant højere i 2017 end i 2010 (kommuner med orange farve og sort omrids). De 10 kommuner er jævnt fordelt i Danmark, dog lidt flere nord for Limfjorden.

Der er to kommuner, Esbjerg Kommune og Faaborg-Midtfyns Kommune, hvor forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, er statistisk signifikant lavere i 2017 end i 2010 (kommuner med mørkegrøn farve og sort omrids).

Sammenfatning af brug af kiropraktor

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover 8 %, der gør brug af kiropraktor. Der ses social ulighed i brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau.

Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i godt halvdelen af kommunerne.

Fra 2010 til 2017 ses der overordnet ingen ændring i forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, selvom der i visse kommuner har været en stigning og i enkelte kommuner et fald.

8.3 Sammenhæng mellem adgang til og brug af kiropraktor

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem adgang til og brug af kiropraktor. Først belyses sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste kiropraktor og brug af kiropraktor, hvorefter sammenhængen mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor belyses. For både kørselsafstand og tilgængelighed belyses det desuden, om hvorvidt sammenhængen mellem adgang til og brug af kiropraktor afhænger af længst fuldførte uddannelse eller indkomstniveau.

8.3.1 Kørselsafstand og brug af kiropraktor

TABEL 8.3.1.1

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste kiropraktor og brug af kiropraktor blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Kørselsafstand (km)	KVINDER			MÆND		
	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Kort (0 - 1,4)	7,9	1,25*	18.553	7,5	1,13*	15.402
Medium (1,5 - 9,9)	8,5	1,15*	42.946	8,3	1,08	37.329
Lang (≥10)	7,8	1	19.121	8,3	1	17.394

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af kiropraktor

* OR er statistisk signifikant.

Tabel 8.3.1.1 viser sammenhængen mellem kørselsafstand (km) til nærmeste kiropraktor og brug af kiropraktor blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af kiropraktor er sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste kiropraktor og brug af kiropraktor statistisk signifikant for både kvinder og mænd. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af kiropraktor, er højere med kortere kørselsafstand til nærmeste kiropraktor. Blandt kvinder ses et statistisk signifikant højere brug af kiropraktor allerede ved medium kørselsafstand, mens der blandt mænd først ses et statistisk signifikant højere brug af kiropraktor ved kort kørselsafstand.

TABEL 8.3.1.2

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste kiropraktor og brug af kiropraktor, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Uddannelse	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Kort	5,6	1,34*	3.775	6,1	1,22	2.701
	Medium	6,6	1,32*	8.756	6,8	1,13	6.848
	Lang	5,4	1	5.414	6,8	1	4.644
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Kort	8,6	1,17*	6.438	8,7	1,16	6.374
	Medium	9,5	1,14*	17.041	9,5	1,07	17.405
	Lang	9,3	1	7.710	9,4	1	8.755
Videregående uddannelse	Kort	9,0	1,20*	7.809	7,8	1,03	5.798
	Medium	9,3	1,07	16.274	8,5	1,04	12.194
	Lang	9,4	1	5.615	8,8	1	3.598

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af kiropraktor

* OR er statistisk signifikant.

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-9,9, Lang: ≥10 km.

Tabel 8.3.1.2 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste kiropaktor og brug af kiropaktor for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste kiropaktor og brug af kiropaktor statistisk signifikant for kvinder, uanset uddannelseslængde. Blandt kvinder med grundskole eller erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse ses et statistisk signifikant højere brug af kiropaktor ved medium eller kort kørselsafstand til nærmeste kiropaktor, mens der blandt kvinder med videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse først ses et statistisk signifikant højere brug af kiropaktor ved kort kørselsafstand.

TABEL 8.3.1.3

Sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste kiropaktor og brug af kiropaktor, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Kørselsafstand [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Kort	6,0	1,39*	4.270	4,4	1,14	3.156
	Medium	5,7	1,17	7.661	4,5	1,03	5.438
	Lang	5,4	1	4.789	5,0	1	3.600
Indkomst 2	Kort	7,2	1,14	4.667	8,2	1,25*	3.325
	Medium	8,2	1,14	10.184	8,3	1,11	8.405
	Lang	8,1	1	5.715	8,3	1	5.194
Indkomst 3	Kort	8,7	1,18	4.530	8,3	1,08	3.842
	Medium	9,5	1,14	11.990	9,6	1,14	10.812
	Lang	9,2	1	5.186	9,5	1	5.070
Indkomst 4 (høj)	Kort	10,0	1,32*	5.086	9,2	1,03	5.079
	Medium	10,1	1,19*	13.111	9,5	0,99	12.674
	Lang	9,4	1	3.431	10,6	1	3.530

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og tilgængelighed af kiropaktor

* OR er statistisk signifikant.

Kort: 0-1,4 km, Medium: 1,5-9,9, Lang: ≥10 km.

Tabel 8.3.1.3 viser sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste kiropaktor og brug af kiropaktor for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem kørselsafstand til nærmeste kiropaktor og brug af kiropaktor statistisk signifikant for kvinder med højeste og laveste indkomstniveau samt for mænd med indkomstniveau 2. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af kiropaktor, er højere med kortere kørselsafstand til nærmeste kiropaktor. Blandt kvinder med højeste indkomstniveau ses et statistisk signifikant højere brug af kiropaktor allerede ved medium kørselsafstand, mens der blandt kvinder med laveste indkomstniveau og mænd med indkomstniveau 2 først ses et statistisk signifikant højere brug af kiropaktor ved kort kørselsafstand.

8.3.2 Tilgængelighed og brug af kiropraktor

TABEL 8.3.2.1

Sammenhæng mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

	KVINDER			MÆND		
Tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indb.#)	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Ingen (0)	6,8	0,93	6.521	6,9	0,92	5.647
Lav (0,01 - 0,44)	7,5	1	16.079	7,6	1	14.205
Medium (0,45 - 0,89)	8,0	1,09*	44.263	8,1	1,11*	38.520
Høj (≥0,90)	9,4	1,19*	15.893	9,0	1,19*	13.621

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste kiropraktor

* OR er statistisk signifikant.

Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 8.3.2.1 viser sammenhængen mellem tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af kiropraktor blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste kiropraktor er sammenhængen mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor statistisk signifikant for både kvinder og mænd. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af kiropraktor, er højere med højere tilgængelighed af kiropraktor

TABEL 8.3.2.2

Sammenhæng mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

		KVINDER			MÆND		
Uddannelse	Tilgængelighed [#]	%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Grundskole	Ingen	5,0	1,09	1.560	5,8	0,87	1.181
	Lav	5,3	1	3.780	6,7	1	2.981
	Medium	6,0	1,23*	9.780	6,6	1,04	7.713
	Høj	7,1	1,31*	3.407	7,0	1,02	2.710
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Ingen	8,1	0,97	2.660	7,1	0,82	2.635
	Lav	8,6	1	6.464	8,7	1	6.768
	Medium	9,0	1,06	16.690	9,3	1,12	17.522
	Høj	10,7	1,16*	6.190	10,1	1,18*	6.442
Videregående uddannelse	Ingen	7,2	0,81	2.146	8,1	1,04	1.667
	Lav	9,0	1	5.465	7,8	1	4.097
	Medium	9,0	1,07	16.781	8,1	1,10	12.251
	Høj	10,4	1,19*	5.968	9,4	1,26*	4.145

§ OR er justeret for behov, alder, indkomst, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste kiropraktor

* OR er statistisk signifikant.

Ressourcer per 10.000 indb. Ingen: 0, Lav: 0,01-0,44, Medium: 0,45-0,89, Høj: ≥0,90. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 8.3.2.2 viser sammenhængen mellem tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af kiropraktor for hver uddannelsesgruppe blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor statistisk signifikant for kvinder uanset uddannelseslængde samt for mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse eller videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ses en gradient, hvor andelen, der gør brug af kiropraktor, er højere med højere tilgængelighed af kiropraktor. Blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse ses et statistisk signifikant højere brug af kiropraktor allerede ved medium tilgængelighed, mens der blandt både kvinder og mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse eller videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse først ses et statistisk signifikant højere brug af kiropraktor ved høj tilgængelighed.

TABEL 8.3.2.3

Sammenhæng mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor, fordelt på indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017

Indkomst	Tilgængelighed [#]	KVINDER			MÆND		
		%	OR [§]	N (total)	%	OR [§]	N (total)
Indkomst 1 (lav)	Ingen	4,8	1,04	1.318	3,2	0,69	998
	Lav	5,1	1	3.161	4,7	1	2.272
	Medium	5,9	1,27*	8.913	4,9	1,15	6.505
	Høj	7,7	1,48*	3.076	5,7	1,39*	2.039
Indkomst 2	Ingen	6,6	0,86	1.718	7,5	0,89	1.365
	Lav	7,6	1	4.112	8,4	1	3.461
	Medium	7,9	1,02	11.034	8,3	1,03	8.962
	Høj	9,5	1,15	3.909	8,6	1,02	3.218
Indkomst 3	Ingen	8,2	1,10	1.713	8,2	0,98	1.555
	Lav	8,7	1	4.379	8,8	1	4.090
	Medium	9,4	1,13	11.483	9,5	1,11	10.379
	Høj	9,9	1,12	4.344	10,5	1,18	3.870
Indkomst 4 (høj)	Ingen	7,9	0,78	1.617	8,1	0,88	1.565
	Lav	9,8	1	4.057	9,2	1	4.023
	Medium	9,7	1,03	11.821	9,7	1,12	11.640
	Høj	11,6	1,18*	4.236	10,7	1,21*	4.170

§ OR er justeret for behov, alder, længst fuldførte uddannelse, samlivsstatus, herkomst, bruger/ejer af motorkøretøj, urbaniseringsgrad og kørselsafstand til nærmeste kiropraktor

* OR er statistisk signifikant.

Ressourcer per 10.000 indb. Ingen: 0, Lav: 0,01-0,44, Medium: 0,45-0,89, Høj: ≥0,90. Opgørelse af tilgængelighed er nærmere beskrevet i Bilag 1

Tabel 8.3.2.3 viser sammenhængen mellem tilgængelighed (ressourcer per 10.000 indbyggere) og brug af kiropraktor for hvert indkomstniveau blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover i 2017.

Justeret for behov og andre faktorer er sammenhængen mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor statistisk signifikant for både kvinder og mænd med højeste og laveste indkomstniveau. Blandt disse personer er andelen, der gør brug af kiropraktor, højere med højere tilgængelighed af kiropraktor. Blandt kvinder med laveste indkomstniveau ses et statistisk signifikant højere brug af kiropraktor allerede ved medium tilgængelighed, mens der blandt kvinder med højeste indkomstniveau og mænd med laveste eller højeste indkomstniveau først ses et statistisk signifikant højere brug af kiropraktor ved høj tilgængelighed.

8.3.3 Sammenfatning af sammenhæng mellem adgang til og brug af kiropraktor

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste kiropraktor og brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med kortere kørselsafstand. For kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde, mens det opgjort på indkomst særligt ses i laveste og højeste indkomstniveau. For mænd ses det særligt ved lavere mellemindkomst.

Blandt både kvinder og mænd ses der ligeledes en sammenhæng mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med højere tilgængelighed. Dette gælder uanset uddannelseslængde for alle andre end mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Opgjort på indkomst ses det i laveste og højeste indkomstniveau for både kvinder og mænd.

8.4 Opsummering af resultater for kiropraktor

I dette kapitel har vi beskrevet social og geografisk ulighed i adgang til og brug af kiropraktor. Adgang til kiropraktor er blevet belyst i forhold til kørselsafstand til nærmeste kiropraktor, mens tilgængelighed af kiropraktor, der opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune, ikke kan vises på grund af begrænset datagrundlag. Derudover har vi belyst sammenhængen mellem adgang til kiropraktor og brug af kiropraktor.

I 2017 er der i gennemsnit 6,1 km i kørselsafstand til nærmeste kiropraktor. Siden 2010 er den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropraktor blevet 400 m kortere. Der ses social ulighed i adgang til kiropraktor, idet den gennemsnitlige kørselsafstand til nærmeste kiropraktor er kortere for personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. I kommuner med større byer er der generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til nærmeste kiropraktor end i kommuner med færre større byer.

I 2017 er der blandt kvinder og mænd på 30 år eller derover 8 %, der gør brug af kiropraktor. Der ses social ulighed i brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med henholdsvis længere fuldførte uddannelse eller højere indkomstniveau. Der ses ligeledes geografisk ulighed i brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, er således statistisk signifikant højere eller lavere end landsgennemsnittet i godt halvdelen af kommunerne. Fra 2010 til 2017 ses der overordnet ingen ændring i forekomsten af personer, der gør brug af kiropraktor, selvom der i visse kommuner har været en stigning og i enkelte kommuner et fald.

Blandt både kvinder og mænd ses der en sammenhæng mellem kørselsafstand til nærmeste kiropraktor og brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med kortere kørselsafstand. For kvinder gælder dette uanset uddannelseslængde, mens det opgjort på indkomstniveau særligt ses i laveste og højeste indkomstniveau. For mænd ses det særligt ved lavere mellemindkomst.

Blandt både kvinder og mænd ses der ligeledes en sammenhæng mellem tilgængelighed af kiropraktor og brug af kiropraktor, når der justeres for behov. Andelen, der gør brug af kiropraktor, er således højere blandt personer med højere tilgængelighed. Dette gælder uanset uddannelseslængde for alle andre end mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Ligeledes er andelen, der gør brug af kiropraktor, højere blandt både mænd og kvinder i laveste og højeste indkomstniveau.

Referencer

1. Sundhed.dk. Kiropraktik, hvad er det? 08.02.2023 <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/behandling/kiropraktik-hvad-er-det/>
2. Dansk Kiropraktorforening. Kiropraktor i dagens Danmark. 2021 [Available from: <https://www.danskkiropraktorforening.dk/media/2435/om-kiropraktorer-til-sundhedsuddannede-dkf-september-2021.pdf>]
3. Danske Regioner. Kiropraktik. n.d. [Available from: <https://www.regioner.dk/sundhed/praksissektoren/kiropraktik>]
4. Danske Regioner. Fakta om kiropraktik 2017. 2017 [Available from: <https://www.regioner.dk/media/5453/faktaark-kiropraktik-2017.pdf>]

9

Sammenfatning på tværs af sundhedsaktører



I dette kapitel sammenfattes resultaterne fra kapitel 3-8 på tværs af de betragtede sundhedsaktører: alment praktiserende læge, vagtlæge og akuttefon 1813, praktiserende tandlæge og tandplejer, fysioterapeut, psykolog samt kiropraktor. Adgang til de forskellige sundhedsaktører, brug af de forskellige sundhedsaktører og sammenhængen mellem adgang til og brug af sundhedsaktørerne belyses.

For detaljer om de forskellige beregninger og resultater henvises til de foregående kapitler.

9.1 Adgang til sundhedsaktører

Adgang til sundhedsaktører er opgjort som kørselsafstand mellem bopæl og sundhedsaktør samt som tilgængelighed. Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune.

Kørselsafstand er opgjort for alment praktiserende læge, praktiserende tandlæge og tandplejer, fysioterapeut, psykolog samt kiropraktor. Kørselsafstand er belyst i forhold til uddannelseslængde og indkomstniveau (social ulighed) samt kommunale forskelle (geografisk ulighed).

Tilgængelighed er opgjort for alment praktiserende læge, fysioterapeut, psykolog samt kiropraktor, men kan ikke opgøres for praktiserende tandlæge og tandplejer. Tilgængelighed er belyst i forhold til kommunale forskelle (geografisk ulighed). Resultaterne for kiropraktor kan dog ikke vises på grund af begrænset datagrundlag.

9.1.1 Kørselsafstand

TABEL 9.1.1.1

Gennemsnitlig kørselsafstand fra bopælsadresse til sundhedsaktører i 2017 samt ændringen i gennemsnitlig kørselsafstand fra 2010 til 2017

Sundhedsaktør	Gennemsnitlig kørselsafstand	Ændring i gennemsnitlig kørselsafstand fra 2010 til 2017
Alment praktiserende læge [§]	4,6 km	+ 500 m
Praktiserende tandlæge og tandplejer [*]	2,7 km	+ 100 m
Fysioterapeut [*]	3,3 km	- 100 m
Psykolog [*]	4,8 km	- 300 m
Kiropraktor [*]	6,1 km	- 400 m

§ Kørselsafstand fra bopælsadresse til egen alment praktiserende læge

* Kørselsafstand fra bopælsadresse til nærmeste sundhedsaktør

Tabel 9.1.1.1 viser den gennemsnitlige kørselsafstand (km) fra bopælsadresse til egen alment praktiserende læge samt til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, fysioterapeut, psykolog og kiropraktor i 2017. Desuden vises ændringen i gennemsnitlig kørselsafstand (m) fra 2010 til 2017.

Den gennemsnitlige kørselsafstand fra bopælsadresse til sundhedsaktør varierer fra 2,7 km til 6,1 km på tværs af de fem sundhedsaktører. Fra 2010 til 2017 er den gennemsnitlige kørselsafstand blevet mellem 500 m længere og 400 m kortere.

Der ses social ulighed i adgang til samtlige sundhedsaktører, idet den gennemsnitlige kørselsafstand er kortere for personer med længere fuldførte uddannelse eller højeste indkomstniveau. Personer, der bor i Hovedstadsområdet eller i kommuner med større byer, har generelt kortere gennemsnitlig kørselsafstand til sundhedsaktører. Der ses dog nogen variation i det samlede billede af de kommunale forskelle i gennemsnitlig kørselsafstand til de enkelte aktører.

9.1.2 Tilgængelighed

Tilgængeligheden (behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune) af henholdsvis alment praktiserende læge, fysioterapeut og psykolog varierer mellem landets kommuner, og der ses ikke noget tydeligt geografisk mønster i tilgængelighed på tværs af de tre sundhedsaktører.

9.2 Brug af sundhedsaktører

Brug af sundhedsaktører er opgjort som andelen af personer, der er registreret som modtager af en ydelse i praksissektoren ved henholdsvis alment praktiserende læge, vagtlæge/akuttelefon 1813, praktiserende tandlæge eller tandplejer, fysioterapeut, psykolog eller kiropraktor. For alment praktiserende læge er der desuden lavet separate opgørelser af andelen af personer, der modtager henholdsvis telefonkonsultation og e-mailkonsultation.

Brug af sundhedsaktører er justeret for behov for sundhedsydelser. Behov beskrives ved en række behovsmål alt afhængig af, hvilken sundhedsaktør der er tale om. Brug af praktiserende tandlæge og tandplejer er ikke justeret for behov, da det anbefales, at alle danskere går til regelmæssig kontrol.

Brug af sundhedsaktører er belyst i forhold til uddannelseslængde og indkomstniveau (social ulighed) samt kommunale forskelle (geografisk ulighed).

9.2.1 Brug af sundhedsaktører og uddannelse

Der ses social ulighed i brug af de fleste sundhedsaktører i forhold til uddannelse, idet der ses højere brug blandt personer med længere fuldførte uddannelse, når der justeres for behov. Dette gælder for alment praktiserende læge, praktiserende tandlæge og tandplejer, fysioterapeut, psykolog samt kiropraktor. Der ses ligeledes højere brug af e-mailkonsultation hos alment praktiserende læge blandt personer med længere fuldførte uddannelse. Derimod ses der omvendt social ulighed i brug af telefonkonsultation hos alment praktiserende læge samt vagtlæge/akuttelefon 1813. Der ses altså mindre brug af disse ydelser blandt personer med længere fuldførte uddannelse.

Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i brug af fysioterapeut og psykolog uanset uddannelseslængde. Der ses desuden en stigning i brug af vagtlæge/akuttelefon 1813 blandt alle andre end kvinder med videregående uddannelse. Omvendt ses der et fald i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer blandt alle andre end kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse. For alment praktiserende læge ses der uanset uddannelseslængde en stigning i brug af e-mailkonsultation, mens der ses et fald i brug af telefonkonsultation. Blandt mænd med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse ses der desuden et fald i brug af ydelser generelt ved alment praktiserende læge. Der ses ingen ændring i brug af kiropraktor fra 2010 til 2017.

9.2.2 Brug af sundhedsaktører og indkomst

Der ses social ulighed i brug af de fleste sundhedsaktører i forhold til indkomstniveau, idet der ses højere brug blandt personer med højere indkomstniveau, når der justeres for behov. Dette gælder for alment praktiserende læge, praktiserende tandlæge og tandplejer, fysioterapeut samt kiropraktor. Der ses ligeledes højere brug af e-mailkonsultation hos alment praktiserende læge blandt personer med højere indkomstniveau. Derimod ses der omvendt social ulighed i brug af telefonkonsultation hos alment praktiserende læge samt vagtlæge/akuttelefon 1813, dog kun blandt kvinder. Der ses altså mindre brug af disse ydelser blandt kvinder med højere indkomst. For psykolog ses der højere brug blandt personer med mellemindkomst.

Fra 2010 til 2017 ses der en stigning i brug af fysioterapeut blandt alle andre end personer med laveste indkomstniveau, ligesom der ses en stigning i brug af psykolog blandt alle andre end mænd med laveste indkomstniveau. Der ses desuden en stigning i brug af vagtlæge/akuttefon 1813 blandt mænd med højeste indkomstniveau. Omvendt ses der et fald i brug af praktiserende tandlæge eller tandplejer blandt alle andre end kvinder med højere indkomstniveau. For alment praktiserende læge ses der uanset indkomstniveau en stigning i brug af e-mailkonsultation, mens der ses et fald i brug af telefonkonsultation. Blandt mænd med lavere indkomstniveau ses der desuden et fald i brug af ydelser generelt ved alment praktiserende læge. Der ses ingen ændring i brug af kiropraktor fra 2010 til 2017.

9.2.3 Brug af sundhedsaktører og geografi

Der ses geografisk ulighed i brug af sundhedsaktører, idet der i alle tilfælde ses kommuner, hvor forekomsten af personer, der gør brug af en given aktør, adskiller sig statistisk signifikant fra landsgennemsnittet. Udbredelsen af geografisk ulighed varierer dog mellem sundhedsaktørerne. Brug af psykolog er således højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap en tiendedel af kommunerne, mens brug af henholdsvis telefon- eller e-mailkonsultation ved alment praktiserende læge er højere eller lavere end landsgennemsnittet i mere end tre ud af fem kommuner. Grundet et relativt lille antal personer, der gør brug af psykolog, er der dog stor usikkerhed på resultatet for brug af psykolog. Brug af alment praktiserende læge generelt er højere eller lavere end landsgennemsnittet i knap en femtedel af kommunerne, mens brug af vagtlæge/akuttefon 1813 er højere eller lavere end landsgennemsnittet i to ud af fem kommuner. Det samme gælder brug af fysioterapeut, mens brug af praktiserende tandlæge og tandplejer samt kiropraktor adskiller sig fra landsgennemsnittet i henholdsvis en tredjedel og halvdelen af kommunerne.

Der ses ikke noget tydeligt geografisk mønster i brug på tværs af sundhedsaktører.

Ligeledes ses der geografiske forskelle i ændringen fra 2010 til 2017 i brug af sundhedsaktører, men uden noget tydeligt geografisk mønster på tværs af aktørerne.

9.3 Sammenhæng mellem adgang til og brug af sundhedsaktører

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem adgang til og brug af henholdsvis alment praktiserende læge, praktiserende tandlæge eller tandplejer, fysioterapeut, psykolog eller kiropraktor. Desuden belyses sammenhængen mellem adgang til alment praktiserende læge og brug af vagtlæge/akuttefon 1813. For brug af alment praktiserende læge skelnes der mellem fremmødekonsultation, telefonkonsultation og e-mailkonsultation.

Adgang er opgjort som kørselsafstand og tilgængelighed (behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i en kommune). Tilgængelighed er dog ikke opgjort for praktiserende tandlæge og tandplejer.

9.3.1 Kørselsafstand og brug af sundhedsaktører

Der ses en sammenhæng mellem kørselsafstand til og brug af samtlige sundhedsaktører bortset fra praktiserende tandlæge og tandplejer. For både psykolog og kiropraktor ses der således højere brug blandt personer med kortere kørselsafstand, mens der for fysioterapeut ses højere brug ved kortere kørselsafstand blandt kvinder generelt samt blandt mænd med lavere indkomst. For fremmødekonsultation hos alment praktiserende læge ses kun højere brug ved kortere kørselsafstand blandt personer med lavere indkomst. Omvendt ses der højere brug af henholdsvis telefonkonsultation, e-mailkonsultation og vagtlæge/akuttefon 1813 blandt personer med længere kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

9.3.2 Tilgængelighed og brug af sundhedsaktører

Der ses en sammenhæng mellem tilgængelighed og brug af samtlige sundhedsaktører (der ikke inkluderer praktiserende tandlæge og tandplejer, da tilgængelighed ikke kan opgøres for disse). For kiropraktor ses der således højere brug blandt personer med højere tilgængelighed, mens der for psykolog ses højere brug ved højere tilgængelighed blandt mænd. For fysioterapeut ses der højere brug ved højere tilgængelighed blandt kvinder samt blandt mænd med højere indkomst, mens der for vagtlæge/akuttelefon 1813 ses højere brug ved højere tilgængelighed af alment praktiserende læge blandt kvinder. For fremmødekonsultation hos alment praktiserende læge ses kun højere brug ved højere tilgængelighed blandt kvinder med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. For e-mailkonsultation ses der højere brug ved højere tilgængelighed, mens der for telefonkonsultation omvendt ses mindre brug ved højere tilgængelighed, dog kun blandt kvinder.

Bilag



Bilag 1

Materialer og metode

Resultaterne i denne rapport er baseret på data fra en række nationale registre samt data fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil. I det følgende beskrives de anvendte datakilder. Desuden beskrives de anvendte analysemetoder, ligesom anvendte begreber og definitioner beskrives.

Registre

Det Centrale Personregister

Det Centrale Personregister (CPR) blev etableret i 1968, og alle dalevende personer med adresse i Danmark blev registreret med et administrativt formål (1). Ligeledes bliver oplysninger om alle nulevende personer med dansk bopælsadresse registreret i CPR. Alle personer, som er registreret i CPR, er tildelt et unikt 10-cifret personidentifikationsnummer (CPR-nr), hvilket muliggør en kobling på tværs af de nationale registre. Registeret indeholder information om køn, fødselsdato, bopælsadresse, civilstand og oprindelsesland m.m.

Dataudtræk udført d. 21.06.2021

Uddannelsesregisteret

Uddannelsesregisteret indeholder information om afsluttede uddannelser for hele den danske befolkning siden 1974 (2). I registeret er uddannelserne klassificeret i henhold til Danmarks Statistiks klassifikationssystem (ISCED2011). Information om uddannelse kan være ufuldstændig for personer født før 1945 samt for mange indvandrere. Uddannelsesregisteret er i denne rapport anvendt til definition af længst fuldførte uddannelse.

Dataudtræk udført d. 01.07.2019

Indkomstregisteret

Indkomstregisteret indeholder data om indkomst for hele den danske befolkning siden 1970 (3). Formålet med registeret er at skabe et overblik over befolkningens indkomst for at vise udviklingen blandt forskellige befolkningsgrupper. Indkomstregisteret bygger på en række mindre registre, blandt andet SKATs Centrale Skatteyderregister (CSR), Det Centrale Personregister og Pensionsafgiftsregisteret. Data indsamles årligt, og den primære kilde til data om indkomst er SKATs slutligningsregister samt e-indkomstregisteret. Disse oplysninger suppleres med information om udbetalinger af overførsler fra kommuner, a-kasser og interne registre i Danmarks Statistik. Indkomstregisteret er i denne rapport anvendt til definition af ækvivaleret disponibel indkomst.

Dataudtræk udført d. 11.09.2019

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret (LPR) blev etableret i 1997 og indeholder oplysninger fra offentlige og private hospitaler (4). LPR indeholder information om CPR-nr, hospitalsafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse, behandling og operation, for både somatiske, psykiatriske og ambulante kontakter. En patientkontakt starter ved indskrivningsdato, typisk ved indlæggelse, og afsluttes ved udskrivningsdato,

hvor indberetningen til LPR sker. Hver patientkontakt tildeles i registeret et unikt identifikationsnummer. Der er ikke direkte information om et samlet behandlingsforløb, der involverer flere afdelinger, da LPR er baseret på enkeltkontakter. Et patientforløb vil med et ambulant besøg, en indlæggelse og et efterfølgende ambulant besøg dermed udgøre tre kontakter. Fra 1994 og fremefter anvendes ICD-10 klassifikationer af diagnoser, og fra 1996 og fremefter bruges den danske udgave af Nordic Classification of Surgical Procedures (NCSP) til operations- og behandlingsklassifikation for operationer (procedurer). LPR anvendes i mange forskellige sammenhænge, og dets formål er flerfoldigt. Formålet med LPR er blandt andet at danne grundlag for løbende hospitalsstatistik, kvalitetssikring af hospitaler, give patienter mulighed for indsigt i hospitalsbehandling og epidemiologisk forskning. LPR danner desuden helt eller delvist datagrundlag for andre registre, heriblandt Cancer- og Fødselsregistreret. Data fra psykiatriske afdelinger er desuden også anvendt i nærværende rapport (LPR-PSYK). I denne rapport er LPR anvendt til at indhente information om kroniske og langvarige sygdomme, muskel- og skelet-sygdomme samt depression, angst og OCD.

Dataudtræk udført d. 02.07.2019 (LPR) og 29.11.2019 (LPR-PSYK)

Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret (LSR) indeholder oplysninger om salg af humane og veterinære receptpligtige lægemidler i Danmark siden 1995. Formålet med LSR er blandt andet at overvåge lægemiddelforbruget for at styrke sundhedsmyndigheders beslutningsgrundlag. Dertil anvendes registeret til forskning, hvor det bruges til at vurdere lægemiddelforbrugets virkning på sygdom og sundhed. Ved indløsning af en recept registreres der omkring 20 forskellige oplysninger. LSR er anvendt til definition af sygdomme, hvor medicinindtag er en del af definitionen.

Datatræk udført d. 02.07.2019

Danmarks Adresseregister

Danmarks Adresseregister indeholder data om alle adresser i Danmark. Formålet med registeret er at samle informationer om adresserne i Danmark, herunder et unikt ID, vejnavn og husnummer samt geografiske koordinater. Adresserne administreres af kommunerne, og data distribueres af Styrelsen for Dataforsyning og Infrastruktur. Data stilles frit til rådighed for både offentlige og private personer og virksomheder. Registreret er dynamisk og opdateres løbende. Der eksisterer både et register med eksisterende adresser og et med historiske adresser. I denne rapport er registeret anvendt ved beregning af afstand mellem bopælsadresser og sundhedsaktører.

Dataudtrækket udført d. 18.09.2018

Yderregisteret

Yderregisteret indeholder informationer om sundhedsydere fra 1995 og frem. Ydere er virksomheder, der i henhold til loven om offentlig sygesikring yder hjælp, herunder alment praktiserende læger, tandlæger, kiropraktorer, fysioterapeuter og psykologer. En yder tildeles et ydernummer, og der kan være flere udøvere tilknyttet samme ydernummer, for eksempel tandlæger tilknyttet samme tandlægeklinik. Formålet med registeret er at samle information om ydernumre, blandt andet adresser, speciale og kapacitet. I 2014 var der en ændring i hvilke informationer, registeret indeholder. I denne rapport anvendes Yderregisteret til at indhente oplysninger om adresser og behandlingsressourcer tilknyttet ydernumre. Historiske adresser på ydernumre er indhentet direkte fra Dedalus Healthcare Denmark ApS, der administrerer data på vegne af Danske Regioner.

Dataudtræk udført d. 20.09.2021 (historiske adresser) og d. 27.06.2022 (behandlingsressourcer)

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret (SSR) indeholder oplysninger om ydelser, som er støttet af den offentlige sygesikring foretaget af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer m.v. (5). SSR indeholder blandt andet information om CPR-nr, alder, køn, bopæl, speciale for ydelse, ydernummer og dato for ydelse. Registeret dækker over to opdelte perioder, der delvist overlapper hinanden. Registerets formål er at fungere som dokumentation for ydelser udført. Det indeholder ikke detaljeret information om sygdom eller behandling for den enkelte patient. I denne rapport er Sygesikringsregisteret anvendt til at indhente oplysninger om brugen af sundhedsydelser.

Dataudtræk udført d. 21.06.2021

Spørgeskemaundersøgelse

Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP)

Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP) er en undersøgelse udført blandt den danske voksne befolkning (16 år eller derover) omhandlende deres sundhed og sygelighed i henholdsvis 2010, 2013, 2017 og 2021 (6-9). Undersøgelserne gennemføres i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, de fem danske regioner og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. NATSUP er en national repræsentativ undersøgelse bestående af en stikprøve fra hver af de fem regioner samt en national stikprøve, hvor alle fem stikprøver er gensidigt udelukkende. I denne rapport er NATSUP anvendt til definition af følgende behovsmål: dårligt selv vurderet helbred, begrænsninger i fysisk aktivitet, selvrapporterede muskel- og skelet smerter, dårligt mentalt helbred, nedtrykthed og uro, antal kroniske eller langvarige sygdomme, antal muskel- og skeletsygdomme samt angst, depression og OCD (Obsessive Compulsive Disorder).

Dataudtræk udført d. 02.08.2021

Andre data

Vejnet

Til beskrivelse af det danske vejnet er anvendt datasættet Vejmidter med vejnavne. Det landsdækkende datasæt indeholder oplysninger om vejkode, kommunkode samt geografiske koordinater. Data administreres af GeoDanmark og distribueres af Styrelsen for Dataforsyning og Infrastruktur. Data stilles frit til rådighed for både offentlige og private personer og virksomheder. Registreret er dynamisk og opdateres løbende af kommunerne. I denne rapport er vejnettet anvendt ved beregning af kørselsafstand mellem bopælsadresser og sundhedsaktører.

Dataudtræk udført d. 01.07.2020

Lægeskift

Databasen Lægeskift indeholder information om, hvilken alment praktiserende læge hver enkelt gruppe 1-sikrede dansker er tilknyttet (10). Sygesikringen, der sikrer ret til ydelser efter sundhedsloven, består af sikringsgruppe 1 og sikringsgruppe 2. Alle i gruppe 1 er, i modsætning til gruppe 2, tilmeldt en bestemt alment praktiserende læge. Omkring 98 % af alle danskere har valgt at tilhøre gruppe 1. Databasen Lægeskift, der indeholder information om alle gruppe 1-sikrede personer fra 2002, er etableret af Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet og er ikke offentligt tilgængelig. I denne rapport er databasen anvendt ved beregning af kørselsafstand til egen alment praktiserende læge.

Dataudtræk udført d. 30.06.2021.

Akuttefon 1813

Alle opkald til Akuttefon 1813 registreres i en database hos Akutberedskabet i Region Hovedstaden. Her registreres blandt andet oplysninger om CPR-nummer, opkaldstidspunkt og respons på opkaldet. I denne rapport er databasen brugt til at indhente oplysninger om brug af akuttefon 1813.

Dataudtræk udført d. 03.12.2021

Analysemetoder

Uddannelse er beskrevet ved andelen af henholdsvis kvinder og mænd, der har en given uddannelse. Andelen med en given uddannelse er desuden opgjort i hver kommune (for hvert køn), ligesom ændring i andelen fra 2010 til 2017 er opgjort i hver kommune. Indkomst er beskrevet ved andelen af henholdsvis kvinder og mænd i hver kommune, der har et givet indkomstniveau. Desuden er ændring i andelen med et givet indkomstniveau fra 2010 til 2017 opgjort i hver kommune (for hvert køn).

Behov for sundhedsydelser er beskrevet ved fordelingen af det givne behovsmål i forhold til længst fuldførte uddannelse (og køn). For at undersøge om forekomsten af et behovsmål varierer statistisk signifikant mellem uddannelsesgrupper, er benyttet logistisk regression. Logistisk regression er ligeledes benyttet til at undersøge, om forekomsten af et behovsmål i en kommune adskiller sig statistisk signifikant fra landsgennemsnittet. Endelig er logistisk regression også benyttet til at undersøge, om der har været en statistisk signifikant ændring i forekomsten af et givent behovsmål fra 2010 til 2017.

Kørselsafstand til sundhedsaktører er beskrevet ved den gennemsnitlige kørselsafstand inden for henholdsvis uddannelsesgrupper, indkomstniveauer og kommuner. For at undersøge om kørselsafstanden varierer statistisk signifikant mellem personer med korteste og længste uddannelse, og mellem personer med laveste og højeste indkomstniveau, er benyttet Wilcoxon rang-sum test.

Brug af sundhedsaktører er beskrevet ved fordelingen af brug af den givne aktør i forhold til længst fuldførte uddannelse og indkomstniveau (og køn). For at undersøge om brug af aktøren varierer statistisk signifikant mellem uddannelsesgrupper eller indkomstniveauer, er benyttet logistisk regression. Logistisk regression er ligeledes benyttet til at undersøge, om brug af aktøren blandt indbyggerne i en kommune adskiller sig statistisk signifikant fra landsgennemsnittet. Endelig er logistisk regression også benyttet til at undersøge, om der har været en statistisk signifikant ændring i brug af en given aktør fra 2010 til 2017. I alle tilfælde er der justeret for behov for sundhedsydelser, når der benyttes logistisk regression.

Sammenhængen mellem adgang til og brug af sundhedsaktører er beskrevet ved fordelingen af brug af den givne aktør i forhold til henholdsvis kørselsafstand og tilgængelighed (og køn). For at undersøge om brug af aktøren varierer statistisk signifikant mellem grupper med henholdsvis forskellig kørselsafstand eller forskellig tilgængelighed af aktøren, er benyttet logistisk regression. Logistisk regression er ligeledes benyttet til at undersøge, hvordan sammenhængen mellem adgang til og brug af aktøren varierer mellem uddannelsesgrupper og indkomstniveauer. Dette er gjort ved inklusion af et interaktionsled (for eksempel mellem kørselsafstand og uddannelsesgrupper). I alle tilfælde er der justeret for behov for sundhedsydelser, når der benyttes logistisk regression.

Logistisk regression

Logistisk regression benyttes ved analyse af en binær variabel (0/1) som den afhængige variabel, for eksempel dårligt selvvurderet helbred eller brug af en sundhedsaktør, der kategoriseres ved enten ja eller nej. Som resultat af en logistisk regression beregnes en odds ratio (OR), der beskriver en eventuel reduceret eller øget odds (chance) for den givne variabel i én gruppe sammenlignet med en referencegruppe. Logistisk regression

kan desuden udvides til analyse af en variabel, der kan antage mere end to værdier, som samtidig er ordnede, for eksempel antallet af kroniske/langvarige sygdomme og antallet af muskel- og skeletsygdomme, såkaldt ordinal logistisk regression. I alle regressionsanalyser er der korrigeret for bortfald i deltagelsen i Den Nationale Sundhedsprofil. Logistisk regression er udført i SAS 9.4 ved hjælp af proceduren SURVEYLOGISTIC.

Wilcoxon rang-sum test

Wilcoxon rang-sum test er en ikke-parametrisk test, der benyttes til at sammenligne to fordelinger, for eksempel fordelingen af kørselsafstand blandt personer med henholdsvis kort og lang uddannelse. I alle test er der korrigeret for bortfald i deltagelsen i Den Nationale Sundhedsprofil. Wilcoxon rang-sum test er beregnet i R ved hjælp af pakken survey.

Justering for behov for sundhedsydelser

Tabel B.11 viser hvilke variable, der i rapporten anvendes til at måle en persons behov for ydelser hos aktører i det primære sundhedsvæsen. Behov for ydelser hos praktiserende tandlæge og tandplejer måles ikke, da alle danskere anbefales at gå til regelmæssig kontrol hos disse aktører.

TABEL B.1.1

Variable, der benyttes i definition af behov for brug af sundhedsaktører i det primære sundhedsvæsen, opdelt efter type af sundhedsaktør

	Alment praktiserende læge	Vagtlæge og akuttelefon 1813	Fysio-terapeut	Kiropraktor	Psykolog
Dårligt selv vurderet helbred	x	x	x	x	x
Begrænsninger i fysisk aktivitet	x	x	x	x	
Selvrapporterede muskel-skelet-smerter	x	x	x	x	
Dårligt mentalt helbred	x	x			x
Nedtrykthed og uro	x	x			x
Antal kroniske/langvarige sygdomme	x	x			
Antal muskel- og skelet-sygdomme [§]			x	x	
Antal kroniske/langvarige sygdomme, som ikke er muskel- og skelet-sygdom [#]			x	x	
Angst, depression og OCD [§]					x
Antal kroniske/langvarige sygdomme, som ikke er angst, depression og OCD [#]					x

§ Indgår som en del af kroniske/langvarige sygdomme

Data ikke vist i kapitel 2

Uddannelse og indkomst

Tabel B.1.2 viser kategorier anvendt til at inddele uddannelseslængden i grupper for længst fuldførte uddannelse på basis af Uddannelsesregisteret.

TABEL B.1.2

Oversigt over inddeling af uddannelse efter hovedområde (ISCED-15)

ISCED hovedområde			
Kategori	Beskrivelse	Eksempel	Uddannelseslængde (år)
Grundskole	Grundskole		≤9
Erhvervsfaglig/ gymnasial uddannelse	Gymnasiale uddannelser		10-12
	Erhvervsfaglige uddannelser		10-12
Videregående uddannelse	Korte videregående uddannelser	Fx Erhvervsakademi	13-14
	Mellemlange videregående uddannelser	Fx pædagog, folkeskolelærer, tandplejer	15-16
	Bacheloruddannelser		15-16
	Lange videregående uddannelser	Fx kandidat	≥17
	Ph.d. og forskeruddannelse		
Uoplyst	Uoplyst		

Tabel B.1.3 viser kategorier anvendt til at inddele ækvivaleret disponibel indkomst i fire grupper på basis af Indkomstregisteret.

TABEL B.1.3

Oversigt over inddeling af indkomst ud fra ækvivaleret disponibel indkomst

Indkomst		
Kategori	Definition	Beskrivelse
Indkomst 1 (lav)	Første kvartil	25 % af befolkningen med laveste indkomst
Indkomst 2	Anden kvartil	
Indkomst 3	Tredje kvartil	
Indkomst 4 (høj)	Fjerde kvartil	25 % af befolkningen med højeste indkomst

Behovsmål

Dårligt selvvurderet helbred

Dårligt selvvurderet helbred er defineret på basis af et spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil. Spørgsmålet lyder således: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?", med følgende svarmuligheder: "Fremragende", "Vældig godt", "Godt", "Mindre godt", "Dårligt". Dårligt selvvurderet helbred er defineret ved at have svaret "Mindre godt" eller "Dårligt".

Begrænsninger i fysisk aktivitet

Begrænsninger i fysisk aktivitet er defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil. Spørgsmålene lyder således: "De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?"

1. "Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle?"
2. "At gå flere etager op ad trapper?"

med følgende svarmuligheder: "Ja, meget begrænset", "Ja, lidt begrænset", "Nej, slet ikke begrænset". Begrænsninger i fysisk aktivitet er defineret ved at have svaret "Ja, meget begrænset" til mindst et af ovenstående spørgsmål.

Selvrapporterede muskel-skelet-smerter

Selvrapporterede muskel-skelet-smerter er defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil. Spørgsmålet lyder således: "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?"

1. "Smerter eller ubehag i skulder eller nakke"
2. "Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofte eller led"
3. "Smerter eller ubehag i ryg eller lænd",

med følgende svarmuligheder: "Ja, meget generet", "Ja, lidt generet", "Nej". Selvrapporterede muskel-skelet-smerter er defineret ved at have svaret "Ja, meget generet" til mindst et af ovenstående spørgsmål.

Dårligt mentalt helbred

Dårligt mentalt helbred er defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil. Definitionen bygger på 12 spørgsmål om fysisk og mentalt helbred (SF-12), hvoraf der udregnes en samlet score for den mentale helbredskomponent. Dårligt mentalt helbred er defineret ved at have en score på 35,76 eller derunder. Det svarer til de 10 % med den laveste score i Den Nationale Sundhedsprofil 2010.

Nedtrykthed og uro

Nedtrykthed og uro er defineret på basis af spørgsmål fra spørgeskemaundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil. Spørgsmålet lyder således: "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?"

1. "Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig"
2. "Ængstelse, nervøsitet, uro og angst",

med følgende svarmuligheder: "Ja, meget generet", "Ja, lidt generet", "Nej". Nedtrykthed og uro er defineret ved at have svaret "Ja, meget" til mindst et af ovenstående spørgsmål.

Antal kroniske/langvarige sygdomme

Antal kroniske/langvarige sygdomme er defineret på basis af information fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret samt spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil. En liste over de specifikke sygdomme, der indgår i definitionen af kronisk/langvarig sygdom, kan ses i Bilag 2, hvor der også findes diagnosekoder og/eller lægemidler, der er anvendt til at identificere relevante diagnoser i Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen. Registeroplysningerne er suppleret med selvrapporteret information fra Den Nationale Sundhedsprofil. Spørgsmålet lyder således (2017-formulering): "For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du angive, om du har eftervirkninger."

1. "Astma"
2. "Allergi (ikke astma)"
3. "Sukkersyge (diabetes)"
4. "Forhøjet blodtryk"
5. "Blodprop i hjertet"
6. "Hjertekrampe (angina pectoris)"
7. "Hjerneblødning, blodprop i hjernen"
8. "Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)"
9. "Slidgigt"
10. "Leddegigt"
11. "Knogleskørhed (osteoporose) "
12. "Kræft"
13. "Migræne eller hovedpine"
14. "Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varet mindre end 6 måneder"
15. "Psykisk lidelse af mere end 6 måneders varighed"
16. "Diskusprolaps eller andre rygsygdomme"
17. "Grå stær"
18. "Tinnitus",

med følgende svarmuligheder: "Nej, det har jeg aldrig haft", "Ja, det har jeg nu", "Ja, det har jeg haft tidligere" og "Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?" med svarmulighederne "Ja", "Nej". Antal kroniske/langvarige sygdomme er defineret ved en optælling af registrerede diagnoser suppleret med selvrapporterede sygdomme, inkl. eftervirkninger, i de tilfælde, hvor de ikke findes i registrene.

Antal muskel- og skeletsygdomme

Antal muskel- og skeletsygdomme er defineret på basis af information fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret samt spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil. En liste over de specifikke diagnoser, der indgår i definitionen af muskel- og skeletsygdom, kan ses i Bilag 2, hvor der også findes diagnosekoder og/eller lægemidler, der er anvendt til at identificere relevante diagnoser i Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen.

Registeroplysningerne er suppleret med selvrapporteret information fra Den Nationale Sundhedsprofil. Spørgsmålet lyder således (2017-formulering): "For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du angive, om du har eftervirkninger."

1. "Slidgigt"
2. "Leddegigt"
3. "Knogleskørhed (osteoporose)"
4. "Diskusprolaps eller andre rygsygdomme"

med følgende svarmuligheder: "Nej, det har jeg aldrig haft", "Ja, det har jeg nu", "Ja, det har jeg haft tidligere" og "Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?" med svarmulighederne "Ja", "Nej". Antal muskel- og skeletsygdomme er defineret ved en optælling af registrerede diagnoser suppleret med selvrapporterede sygdomme, inkl. eftervirkninger, i de tilfælde, hvor de ikke findes i registrene.

Angst, depression og OCD

Angst, depression og OCD er defineret på basis af information fra Landspatientregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret samt spørgsmål fra Den Nationale Sundhedsprofil. En liste over de specifikke diagnosekoder og/eller lægemidler, der er anvendt til at identificere relevante diagnoser i Landspatientregisteret og Lægemiddeldatabasen, kan ses i Bilag 2. Registeroplysningerne er suppleret med selvrapporteret information fra Den Nationale Sundhedsprofil. Spørgsmålet lyder således: "For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du angive, om du har eftervirkninger."

Formulering i 2010: "Forbigående psykisk lidelse (f.eks. let depression eller angst)"

Formulering i 2017: "Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varet mindre end 6 måneder",

med følgende svarmuligheder: "Nej, det har jeg aldrig haft", "Ja, det har jeg nu", "Ja, det har jeg haft tidligere", og "Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger?" med svarmulighederne "Ja", "Nej". Angst, depression og OCD er defineret ved at have mindst en registreret diagnose eller selvrapporteret sygdom, inkl. eftervirkninger.

Sundhedsaktører

Tabel B.1.4 viser specialekoder anvendt til at identificere sundhedsaktører i Yderregisteret.

TABEL B.1.4

Specialekoder anvendt til identifikation af sundhedsaktører i Yderregisteret

	Alment praktiserende læge	Tandlæge	Tandplejer	Fysioterapeut	Psykolog	Kiropraktor
Specialekoder	80	50	49	51	63	53

Sundhedsydelser

Brug af sundhedsydelser hos aktører i det primære sundhedsvæsen er opgjort på basis af data fra Sygesikringsregisteret. Kun ydelser, hvor der er afregnet et positivt honorar, indgår i rapporten. Brug af akuttelefon 1813 er opgjort på basis af data fra Akutberedskabet i Region Hovedstaden.

Brug af sundhedsaktører er defineret ved at have modtaget mindst en relevant ydelse i det pågældende år.

Alment praktiserende læge

Alle ydelser under speciale 80 på hverdage i tidsrummet kl. 8-16 (tidskode 1).

Telefonkonsultation: Ydelseskoder 0201, 0109, 8294.

E-mailkonsultation: Ydelseskoder 0105, 0110.

Fremmødekonsultation: Alle ydelser, der ikke er defineret som telefonkonsultation, e-mail-konsultation eller hjemmebesøg (ydelseskoder 0102, 1208, 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461, 0491).

Vagtlæge

Alle ydelser under speciale 80, 81, 82, 83, 84, 89, der ikke er givet på hverdage i tidsrummet kl. 8-16 (tidskode 8 og 9).

Akuttelefon 1813

Alle opkald, der ikke er foretaget på hverdage i tidsrummet kl. 8-16.

Tandlæge

Alle ydelser under specialekode 50.

Tandplejer

Alle ydelser under specialekode 49.

Fysioterapeut

Alle ydelser under specialekode 51.

Personer, der har haft mindst en hjemmebehandling (ydelseskoder 2001, 2002, 2003, 2101, 2102, 2103, 2201, 2202), indgår ikke i analysen af sammenhæng mellem adgang til og brug af fysioterapeut.

Psykolog

Alle ydelser under specialekode 63.

Personer, der har haft mindst en hjemmebehandling (ydelseskode 2005), indgår ikke i analysen af sammenhæng mellem adgang til og brug af psykolog.

Kiropraktor

Alle ydelser under specialekode 53 og 64.

Kørselsafstand

Til beregning af kørselsafstand mellem bopælsadresse og sundhedsaktører anvendes bopælsoplysninger fra Det Centrale Personregister, historiske adresser fra Yderregisteret, adresseudtræk fra Danmarks Adresse Register samt et udtræk af vejnettet i Danmark.

Alle adresser er opgjort per 1. januar i henholdsvis 2010 og 2017.

Adresserne på sundhedsaktører er geokodet ved at matche aktøradresserne med adresser i Danmarks Adresse Register (der indeholder geografiske koordinater for samtlige danske adresser) samt ved brug af plugin "Danske Adresseværktøjer" i QGIS version 3.16.16.

Den korteste kørselsafstand mellem en bopælsadresse og en aktøradresse er beregnet i R ved hjælp af pakken cppRouting. Der anvendes det danske vejnet, som det så ud d. 1. juli 2020, og der kan derfor være (relativt få) uoverensstemmelser med den faktiske kørselsafstand i 2010 og 2017 som følge af vejomlægninger i den mellemliggende periode.

Hver person tilskrives en kørselsafstand til nærmeste aktør ud fra bopælsadresse d. 1. januar det pågældende år. Kørselsafstand til alment praktiserende læge er dog beregnet fra bopælsadresse til den specifikke læge, personen er tilmeldt d. 1. januar det pågældende år. Dermed er kørselsafstand til alment praktiserende læge kun beregnet for personer, der tilhører gruppe 1 i Sygesikringen (omkring 98 %).

Tabel B.1.5 viser kategorier anvendt til at inddele kørselsafstand i tre grupper.

TABEL B.1.5

Oversigt over inddeling af kørselsafstand til sundhedsaktører

Kørselsafstand		
Kategori	Definition	Beskrivelse
Kort	Første kvintil	20 % af befolkningen med korteste kørselsafstand
Medium	Anden, tredje og fjerde kvintil	60 % af befolkningen med hverken korteste eller længste kørselsafstand
Lang	Femte kvintil	20 % af befolkningen med længste kørselsafstand

Tilgængelighed

Tilgængelighed af sundhedsaktører er opgjort på basis af data fra Det Centrale Personregister, Yderregisteret og Sygesikringsregisteret.

Tilgængelighed opgøres som behandlingsressourcer per 10.000 indbyggere i hver enkelt kommune den 1. januar 2017. Behandlingsressourcer opgøres for hvert enkelt ydernummer, og definitionen af behandlingsressourcer afhænger af hvilken type yder, der er tale om. Kun ydernumre, der ifølge Sygesikringsregisteret har afregnet et positivt honorar i 2017, indgår i opgørelsen.

Alment praktiserende læge

Behandlingsressourcer opgøres ud fra den samlede kapacitet for hvert enkelt yder-nummer, som den er angivet i Yderregisteret. En kapacitet kan som udgangspunkt varetage ca. 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede patienter. Hvert enkelt ydernummer kan omfatte flere kapaciteter, og der kan være flere læger om at udfylde en kapacitet.

Tandlæge

Information om behandlingsressourcer knyttet til de enkelte ydernumre er ikke tilgængelig i Yderregisteret. Tilgængelighed er derfor ikke opgjort for tandlæger.

Fysioterapeut

Behandlingsressourcer opgøres ud fra den samlede kapacitet for hvert enkelt yder-nummer, som den er angivet i Yderregisteret. Kapacitet defineres ud fra antal behandlingstimer, og der skelnes mellem kapacitet over og under 30 timer om ugen. Hvert enkelt ydernummer kan omfatte flere kapaciteter, og der kan være flere fysio-terapeuter om at udfylde en kapacitet. Hvis der ansættes flere fysioterapeuter under én kapacitet, sættes et omsætningsloft.

Psykiolog

Behandlingsressourcer opgøres ud fra den samlede kapacitet for hvert enkelt yder-nummer, som den er angivet i Yderregisteret. En kapacitet skal stå til rådighed mindst 22 timer om ugen og have en årlig omsætning på mindst 175.000 kr. (2022).

Kiropraktor

Behandlingsressourcer opgøres som antallet af kiropraktorer (ejere og ansatte), der er knyttet til hvert enkelt ydernummer i Yderregisteret. Der kan være flere ejere af et ydernummer, og der kan desuden være ansatte under et ydernummer. Det vides ikke, hvorvidt den enkelte kiropraktor arbejder fuld tid under ydernummeret.

Tabel B.1.6 viser kategorier anvendt til at inddele tilgængelighed i grupper. Kategorien "Ingen" findes kun for kiropraktor.

TABEL B.1.6

Oversigt over inddeling af tilgængelighed af sundhedsaktører

Tilgængelighed		
Kategori	Definition	Beskrivelse
Ingen	Ingen sundhedsaktør i kommunen	Befolkningen i kommuner uden en given sundhedsaktør
Lav	Første kvintil	20 % af befolkningen med laveste tilgængelighed*
Medium	Anden, tredje og fjerde kvintil	60 % af befolkningen med hverken laveste eller højeste tilgængelighed*
Høj	Femte kvintil	20 % af befolkningen med højeste tilgængelighed*

* Blandt befolkningen i kommuner med mindst én sundhedsaktør

Bilag 2

Diagnoser og Lægemidler

TABEL B.2.1

Koder for diagnoser og lægemidler anvendt til definition af kronisk/langvarig sygdom i rapporten. Udtræksalgoritmerne er baseret på den henviste kilde. I enkelte tilfælde er algoritmen modificeret fra kilden. Dette præsenteres i tabellen under kilde.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Diabetes	E10: Type 1-diabetes E11: Type 2-diabetes	A10A: Insuliner og analoger (eksklusiv A10AE56) A10B: Blod-glucose sænkende midler, exkl. Insuliner (eksklusiv A10BJ02)	(11)
Knogleskørhed	M80: Osteoporose med patologisk fraktur M81: Osteoporose uden patologisk fraktur M82: Osteoporose ved sygdom klassificeret andetsteds	Bisfosfonater: M05BA01: etidronsyre M05BA04: alendronsyre M05BA06 (kun 150 mg tabletter): ibandronsyre M05BA07: risedronsyre Bisfosfonater kombinationer: M05BB01: etidronsyre og calcium, sekvenspræparater M05BB03: alendronsyre og colecalciferol Strontiumranelat: M05BX03: strontiumranelat Raloxifen: G03XC01: raloxifen Teriparatid: H05AA02: teriparatid Parathyroidhormon: H05AA03: parathyroideahormon	(11)
Sygdomme i skjoldbruskkirtlen inkl. struma	E00: Medfødt jodmangelsyndrom E01: Jodmangelrelaterede lidelser i skjoldbruskkirtlen og beslægtede tilstande E02: Kompenseret jodmangelbetinget myksødem E03: Anden hypothyroidisme E04: Anden atoksisk struma E05: Tyrotoksikose E06: Betændelse i skjoldbruskkirtlen E07: Andre sygdomme i skjoldbruskkirtlen	H03: thyreoidea-terapi	(12)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Iskæmiske hjerte-sygdomme og hjertesvigt	I20: Angina pectoris (hjerterkrampe) I21: Akut myokardieinfarkt I23: Komplikationer i efterløbet af akut myokardieinfarkt I24: Andre former for akut iskæmisk hjertesygdom I25: Kronisk iskæmisk hjertesygdom I50: Hjertesvigt I11 Hypertensiv hjertesygdom I13 Blodtryksforhøjelse med både hjertesygdom og nyresygdom	C01A: hjerteglycosider C01B: anti-arytmica, klasse I og III C01D: vasodilatorer anvendt ved hjertesygdomme C01E: andre midler til hjerteterapi C01AA05: digoxin C09A: ACE-hæmmere, usammensatte med indikationskoden 430	(13) med supplerende ATC-koder: C01AA05 og C09A
Pulmonal hjertesygdom og sygdomme i lungekredsløbet	I26: Blodprop i lunge I27: Anden pulmonal hjertesygdom I28: Andre sygdomme i lungekredsløbet		(12)
Atrieflimren og -flagren	I48: Atrieflagren og atrieflimren		(12)
Hjerteklap-sygdom	I05: Reumatiske affektioner af mitralklappen I06: Reumatiske affektioner af aortaklappen I34: Ikke-reumatiske sygdomme i mitralklappen I35: Ikke-reumatiske sygdomme i aortaklappen		(12)
Aterosklerose (åreforkalkning)	I70: Åreforkalkning		(12)
Årebetændelse	I80: Årebetændelse		(12) med undtagelse af I81 og I82
Forhøjet blodtryk	I10: Blodtryksforhøjelse af ukendt årsag I12: Hypertensiv nyresygdom I15: Blodtryksforhøjelse med kendt årsag	Antihypertensiva: C02A, C02B, C02C Non-loop diuretika: C02DA, C02L, C03A, C03B, C03D, C03E, C03X, C07C, C07D, C08G, C09BA, C09DA, C09XA52 Vasodilatorer: C02DB, C02DD, C02DG Beta-blokerende midler: C07 Calciumkanalblokkere: C07F, C08, C09BB, C09DB Midler med virkning på renin-angiotensin systemet: C09	(13). Udeladt I11 og I13 for at undgå overlap med iskæmiske hjertesygdomme og hjertesvigt
Forhøjet kolesterol	E78.0: Hyperkolesterolæmi E78.2: Blandet hyperlipidæmi E78.4: Anden hyperlipidæmi E78.5: Hyperlipidæmi UNS	C10: lipid-modificerende midler	(13)
Inflammatoriske tarmsygdomme	K50: Crohns sygdom K51: Ulcerøs colitis		(12)
Colon irritabile (IBS)	K58: Irritabel tyktarm		(12)
Sygdomme i lever, galdevejene og bugspytkirtlen	K71: Toksisk leversygdom K72: Leverinsufficiens IKA K73: Kronisk leverbetændelse IKA K74: Fibrose i lever og skrumpeliver K75: Andre former for betændelse i leveren K76: Andre leversygdomme K77: Leverlidelse ved sygdomme klassificeret andetsteds K86.1: Anden form for kronisk pankreatitis K87: Sygdomme i galdeblæren, galdevejene og bugspytkirtlen ved sygdomme klassificeret andetsteds		(12), eksklusiv koder for alkoholafhængighed for at undgå overlap.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Blodprop/blødning i hjernen	G45: Transitorisk cerebral iskæmi og beslægtede syndromer G46: Symptomkomplekser ved cerebrovaskulære sygdomme I60: Subaraknoidalblødning I61: Hjerneblødning I62: Andre ikke-traumatiske intrakranielle blødninger I63: Hjerneinfarkt I64: Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt I65: Okklusioner og stenoser af præcerebrale arterier uden hjerneinfarkt I66: Okklusioner og stenoser af cerebrale arterier uden hjerneinfarkt I67: Andre cerebrovaskulære sygdomme I68: Karforandringer i hjernen ved sygdomme klassificeret andetsteds I69: Senfølger efter karsygdomme i hjernen		(13)
Epilepsi	G40: Epilepsi G41: Status epilepticus	N03: antiepileptica N05BA: benzodiazepin-derivater N05CD: benzodiazepin-derivater De to sidste kun med indikationskode 155 eller 753	Læge-håndbogen
Migræne/hyppig hovedpine	G43: Migræne G44: Andre hovedpinesyndromer	N02C: midler mod migræne	(12)
Demens	F00: Demens ved Alzheimers sygdom F01: Vaskulær demens F02: Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds F03: Ikke-specifiseret demens G30: Alzheimers sygdom G31.8B: Hjernebarksdegeneration G31.8E: Lewy body sygdom G31.9: Degenerativ sygdom i nervesystemet UNS G31.OB: Picks sygdom	N06D og indikationskoderne: 329 (demens), 330 (Alzheimers demens) eller 331 (Alzheimers sygdom)	(13)
Parkinson	G20: Parkinson sygdom G21: Sekundær parkinsonisme G22: Parkinsonisme ved sygdomme klassificeret andetsteds F02.3: Demens ved Parkinsons sygdom	N04: anti-parkinson midler	(12)
Sklerose	G35: Dissemineret sklerose (Multipel sklerose)		(12)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Kronisk obstruktiv lungesygdom	J40: Bronkitis ikke specificeret som akut eller kronisk J41: Kronisk bronkitis uden obstruktion J42: Kronisk bronkitis ikke nærmere specificeret J43: Lungeemfysem J44: Kronisk obstruktiv lungesygdom J47: Udvidelse af bronkier J96: Respirationsinsufficiens IKA	R03AC18: indacaterol R03AC19: olodaterol R03AL02: salbutamol og ipratropiumbromid R03AL03: vilanterol og umeclidiniumbromid R03AL04: indacaterol og glycopyrroniumbromid R03AL05: formoterol og aclidiniumbromid R03AL06: olodaterol og tiotropiumbromid R03AL09: beclometasondipropionat, formoterol, glycopyrroniumbromid R03BB04: tiotropiumbromid R03BB05: aclidiniumbromid R03BB06: glycopyrroniumbromid R03BB07: umeclidiniumbromid R03DX07: roflumilast Indikationskoder 379 og 464	(11),(13)
Astma	J45: Astma	R03DC03: montelukast Indikationskoder 202, 203, 822	(11)
Kronisk nyresygdom og kronisk nyresvigt	N18: Kronisk nyreinsufficiens		(12)
Kræft i fordøjelsesorganer	C15-C26: Kræft i fordøjelsesorganer		(13), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen	C30-C39: Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen		(13), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Modermærkekræft i hud	C43: Modermærkekræft i hud		(13), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Brystkræft	C50: Brystkræft		(13), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Kræft i kønsorganer	C51-C58: Kræft i de kvindelige kønsorganer C60-C63: Kræft i de mandlige kønsorganer		(13), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Anden kræft (ikke metastaser)	C00-C14: Kræft i læber, mundhule og svælg C40-C41: Kræft i knogler og ledbrusk C45-C49: Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv C64-C68: Kræft i nyre og urinveje C69-C72: Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet C73-C75: Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler C81-C96: Kræft i lymfatisk og bloddannede væv		(13), med underopdeling baseret på ICD-10 koder.
Depression	F32: Depressiv enkeltepisode F33: Periodisk depression F34.1: Dystymi F06.32: Organisk depressiv sindslidelse	N06A: antidepressiva med indikationskoder 168	(12)
Angst	F40.1: Fobiske angsttilstande F41.1: Andre angsttilstande	Alle recepter med indikationskoderne: 163 og 371	(13)
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser	F20: Skizofreni F21: Skizotypisk sindslidelse F22: Paranoide psykoser F25: Skizoaffektive psykoser F28: Andre ikke-organiske psykoser F29: Ikke specificeret ikke-organisk psykose	N05AX13, N05AX12, N05AH03, N05AX08	(13), med undtagelse af F31, som er medtaget i bipolar affektiv sindslidelse
Bipolar affektiv sindslidelse	F30: Manisk enkeltepisode (med i Hvidberg under denne kategori) F31: Bipolar affektiv sindslidelse	N05A: antipsychotica N06A: antidepressiva Med indikationskoderne: 491 og 631	(12)
Posttraumatisk belastningsreaktion	F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion		Læge-håndbogen
Tvangslidelse	F42: Obsessiv-kompulsiv tilstand	N06A: antidepressiva med indikationskoderne 472 og 596	(12)
Spiseforstyrrelse	F50: Spiseforstyrrelser		Læge-håndbogen
Andre eftervirkninger/tilstande af alkoholafhængighed	G31.2: Degenerative forandringer i nervesystemet forårsaget af alkohol G62.1: Alkoholisk polyneuropati G72.1: Alkoholisk myopati K29.2: Alkoholisk gastritis K70: Alkoholisk leversygdom K86.0: Kronisk alkoholisk pankreatitis		Læge-håndbogen
Allergisk rhinoconjunctivitis	J30.1: Pollenudløst allergisk rinitis J30.2: Anden sæsonbetinget allergisk rinitis J30.3: Ikke-sæsonbetinget allergisk rinitis J30.4: Allergisk rinitis UNS	V01AA02: græspollen V01AA03: husstøvmider V01AA05: træpollen V01AA11: dyr R01AC: antiallergiske midler, excl. corticosteroider R01AD: corticosteroider R06A: antihistaminer til systemisk brug S01G: decongestantica og antiallergica R01BA52: pseudoephedrin, kombinationer	(13)

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
HIV/AIDS	B20: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom medførende infektion og parasitære sygdomme B21: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom med neoplastisk sygdom B22: Humant immundefekt-virus (HIV) sygdom med andre specificerede sygdomme B23: Andre tilstande ved HIV-sygdom B24: HIV-sygdom og AIDS uden nærmere specificering		(12)
Ledsygdom	M05: Seropositiv leddegigt M06.0: Seronegativ reumatoid arthritis M06.8: Anden form for reumatoid arthritis M07.0: Psoriatisk arthritis i distale interfalangealled M07.1: Arthritis psoriatica mutilans M07.3: Anden form for psoriatisk artropati M10.0: Urinsur gigt M10.9: Urinsur gigt, andet	Indikationskoder 147, 402, 641	(13)
Slidgigt	M15: Slidgigt i flere led M16: Slidgigt i hofte M17: Slidgigt i knæ M18: Slidgigt i tommelfingers rodled M19: Andre former for slidgigt		(13)
Rygsygdom	<i>M40-M43: Deformerende rygsygdomme</i> M40: Kyfose og lordose M41: Skoliose M42: Osteokondrose i rygsøjlen M43: Andre deformerende rygsygdomme <i>M45-M49: Spondylopatier</i> M45: Spondylitis ankylopoietica M46: Andre inflammatoriske spondylopatier M47: Spondylose M48: Andre sygdomme i rygsøjlen M49: Sygdomme i rygsøjlen ved sygdomme klassificeret andetsteds <i>M50-M54: Andre ryglidelser</i> M50: Sygdomme i halshvirvelsøjlen båndskiver M51: Sygdomme i lumbale og torakale båndskiver M53: Andre ryglidelser IKA M54: Rygsmerter		(13)
Fibromyalgi	M79.7: Fibromyalgi		(12)
Rygmarvsskader/ Spinaltraume og syndromer med lammelse	G81: Hemiplegi G82: Paraplegi og tetraplegi G83: Andre syndromer med lammelse S14: Læsion af nerver og rygmarv i halsregionen S24: Læsion af nerver og rygmarv i brystregionen S34: Læsion af nerver og rygmarv i lende- og bækkenregionen T09.3: Læsion af rygmarven UNS		Læge- håndbogen

Sygdom	ICD-10 koder	ATC koder	Kilde
Blindhed	H54: Blindhed og svagsyn		(12)
Tinnitus	H93.1: Tinnitus		Læge- håndbogen
Medfødte misdannelser	Q00-Q99: Medfødte misdannelser og kromosomanomalier		(12)

Lægemidler inkluderes ved indløsning af minimum 2 recepter inden for de seneste to år. Udtræksalgoritmer er baseret på følgende tre kilder: RUKS 2018 (11); Hvidberg et al. 2016 (12); Schiøtz et al. 2017 (13); og Lægehåndbogen, sundhed.dk samt Sundhedsdatastyrelsen.

TABEL B.2.2

Koder for diagnoser og lægemidler anvendt til definition af angst, depression og OCD samt muskel- og skeletsygdom i rapporten. Udtræksalgoritmerne er baseret på den henviste kilde.

Diagnose	ICD-10	ATC	Definition	Kilde
ANGST, DEPRESSION OG OCD				
Depression	F32, F33	N06A indikationskode 168 (depression)	ICD og/eller ATC	(12)
Angst	F40.1, F41.1	Alle recepter med indikationskoderne: 163 og 371	ICD og/eller ATC	(13)
Tvangslidelse	F43	N06A: antidepressiva med indikationskoderne 472 og 596	ICD og/eller ATC	(12)
MUSKEL- OG SKELETSYGDOM				
Muskel-skeletdiagnoser	DM00-DM82	ATC for knogleskørhed: M05BA01, M05BA04, M05BA07, M05BA06 (kun Bonviva, Bonefurbit, Ibamyl, Ibandronat "Actavis", Ibandronat "Stada", Ibandronate "Bluefish", Ibandronsyre "2care4", Ibandronsyre "Medical Valley"), M05BB01, M05BB03, M05BX03, G03XC01, H05AA02, H05AA03	Ledsygdomme, Slidgigt, Rygsygdomme, Fibromyalgi: ICD Knogleskørhed: ICD og/eller ATC	(12),(13)

Hvidberg et al. 2016 (12), Schiøtz et al. 2017 (13).

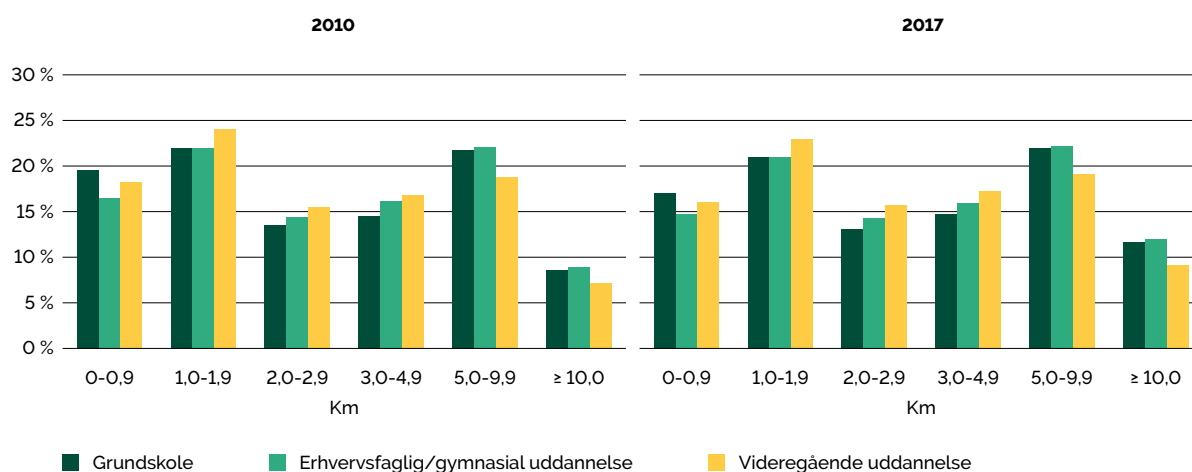
Bilag 3

Fordeling af kørselsafstand

Alment praktiserende læge

FIGUR B.3.1

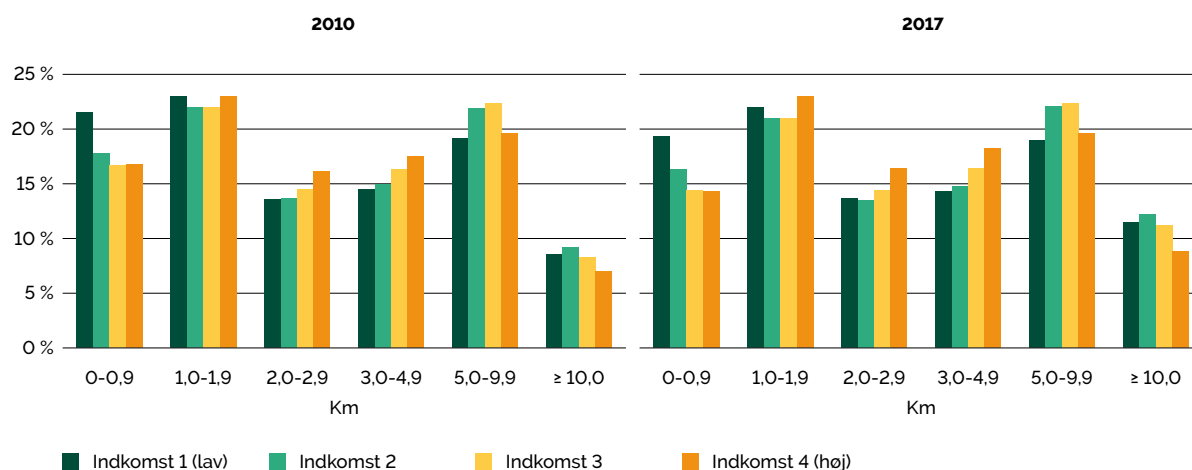
Kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur B.3.1 viser kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. Blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er den hyppigste kørselsafstand til egen alment praktiserende læge i 2017 5,0-9,9 km. Blandt personer med videregående uddannelse er den hyppigste kørselsafstand til egen alment praktiserende læge i 2017 1,0-1,9 km.

FIGUR B.3.2

Kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017

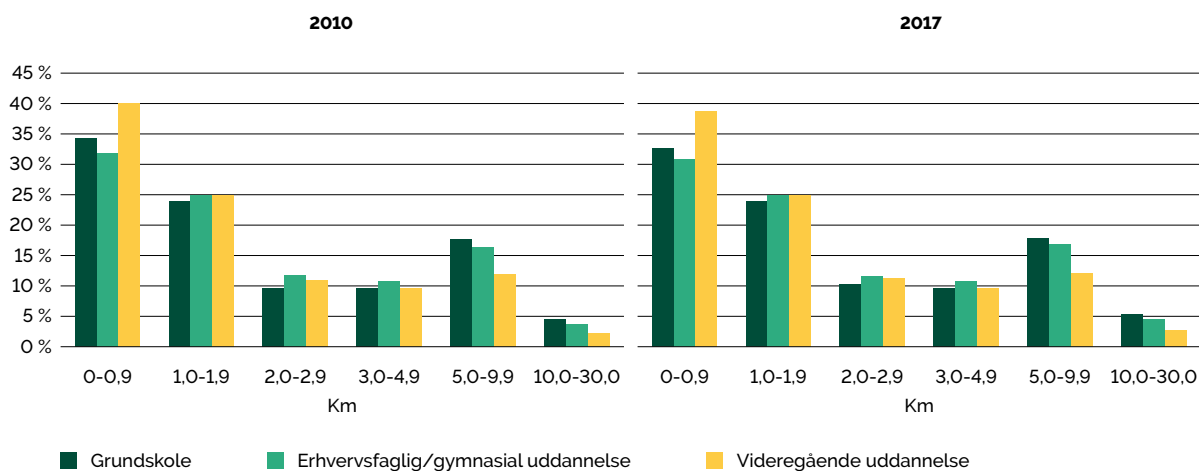


Figur B.3.2 viser kørselsafstand til egen alment praktiserende læge, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. For både laveste og højeste indkomstniveau er den hyppigste afstand til egen alment praktiserende læge i 2017 1,0-1,9 km. For indkomstniveauerne 2 og 3 er den hyppigste kørselsafstand til egen alment praktiserende læge i 2017 5,0-9,9 km.

Praktiserende tandlæge og tandplejer

FIGUR B.3.3

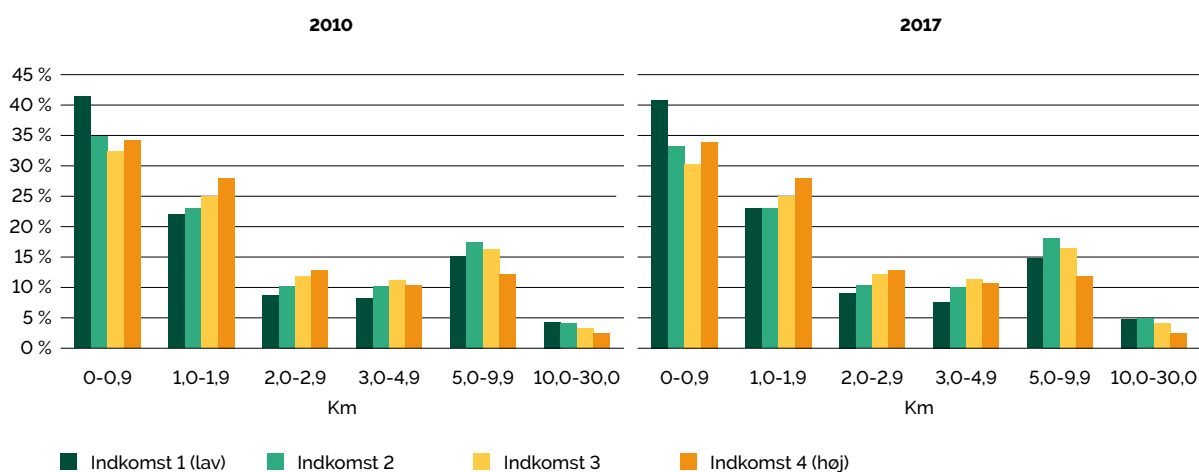
Kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 til 2017



Figur B.3.3 viser kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. For alle tre uddannelsesgrupper er den hyppigste kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer 0-0,9 km.

FIGUR B.3.4

Kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017

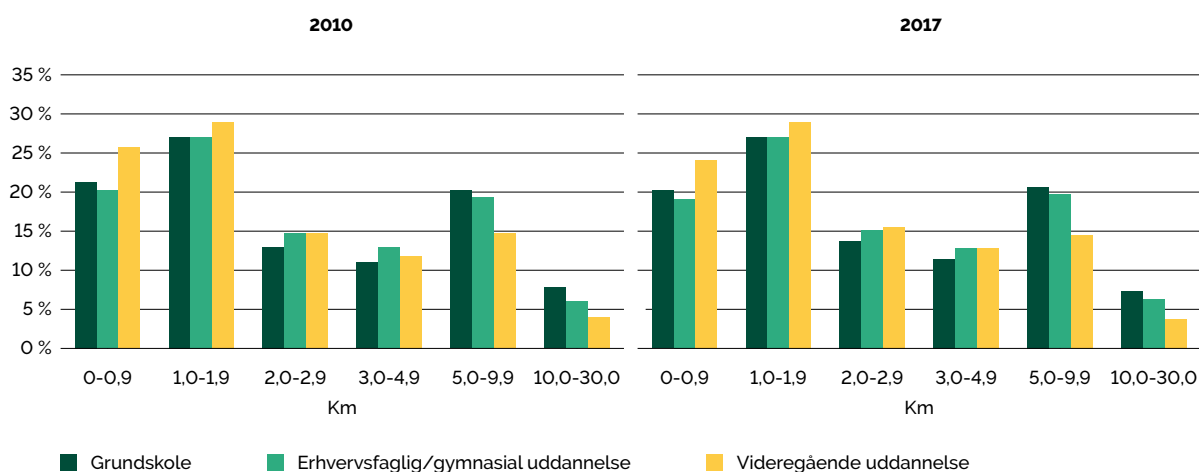


Figur B.3.4 viser kørselsafstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. For alle indkomstniveauer er den hyppigste afstand til nærmeste praktiserende tandlæge eller tandplejer 0-0,9 km i både 2010 og 2017.

Fysioterapeut

FIGUR B.3.5

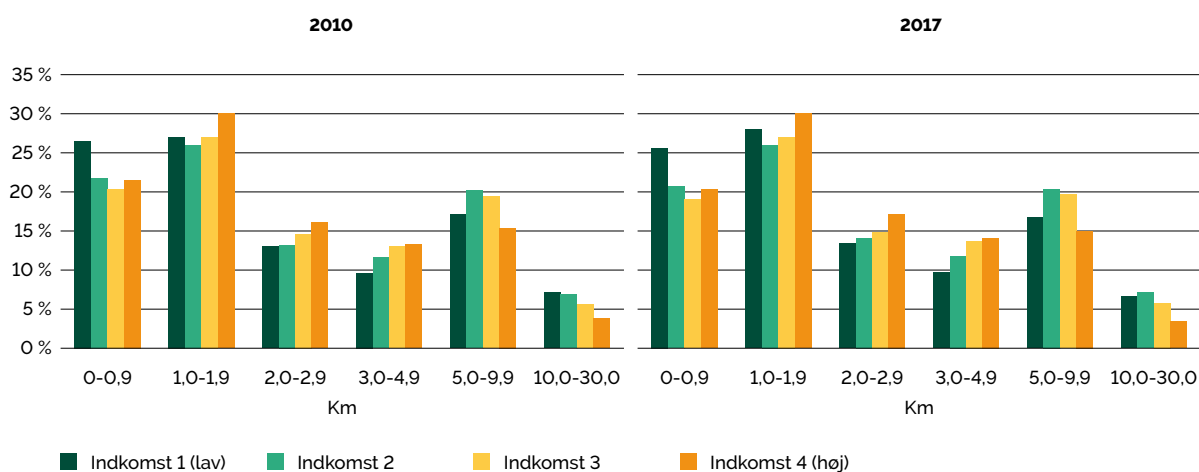
Kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur B.3.5 viser kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. For alle tre uddannelseskategorier er den hyppigste kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut 1,0-1,9 km.

FIGUR B.3.6

Kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017

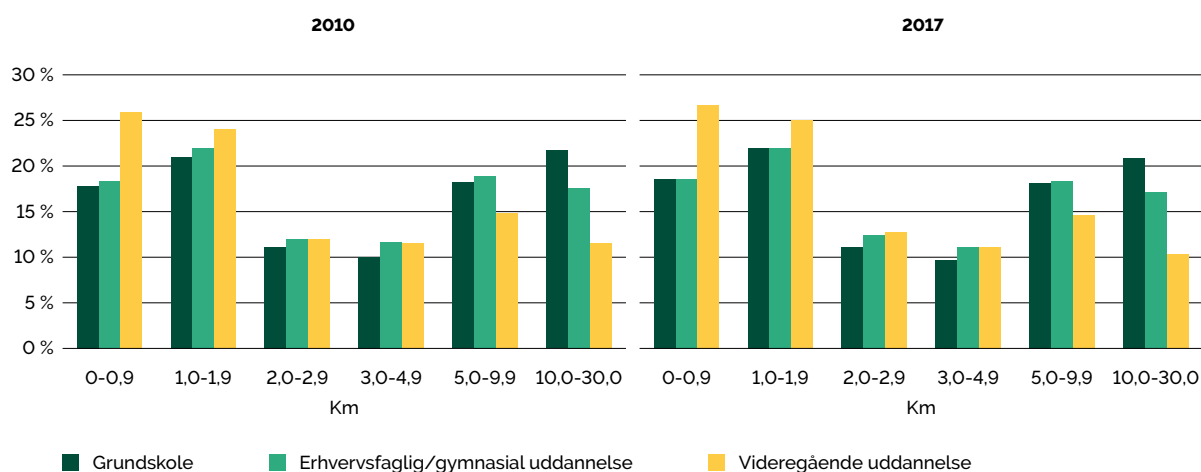


Figur B.3.6 viser kørselsafstand til nærmeste fysioterapeut, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. For alle fire indkomstniveauer er den hyppigste afstand til nærmeste fysioterapeut 1,0-1,9 km i både 2010 og 2017.

Psykolog

FIGUR B.3.7

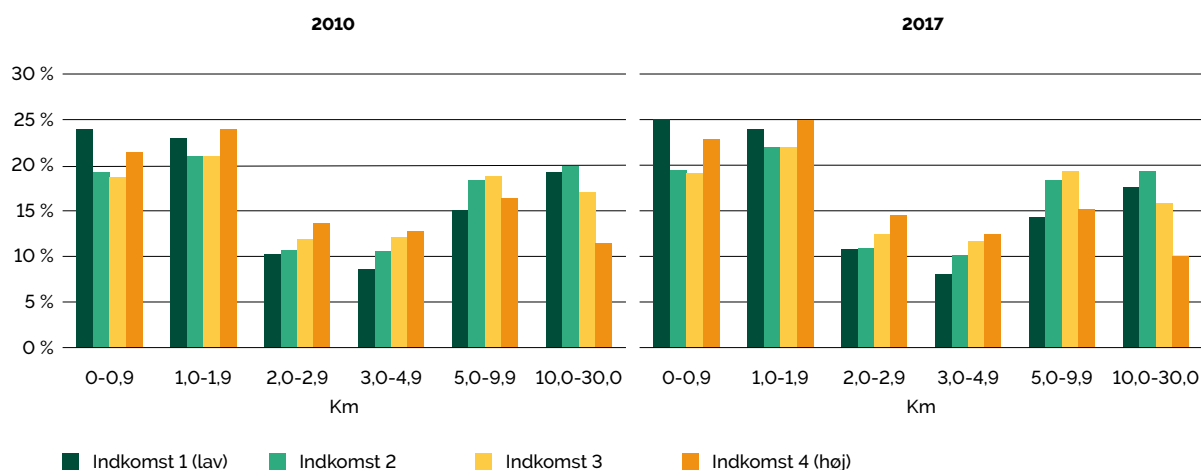
Kørselsafstand til nærmeste psykolog, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur B.3.7 viser kørselsafstand til nærmeste psykolog, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. Blandt personer med grundskole og erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse er den hyppigste kørselsafstand til nærmeste psykolog 1,0-1,9 km. Blandt personer med videregående uddannelse er den hyppigste kørselsafstand til nærmeste psykolog 0,0-0,9 km.

FIGUR B.3.8

Kørselsafstand til nærmeste psykolog, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017

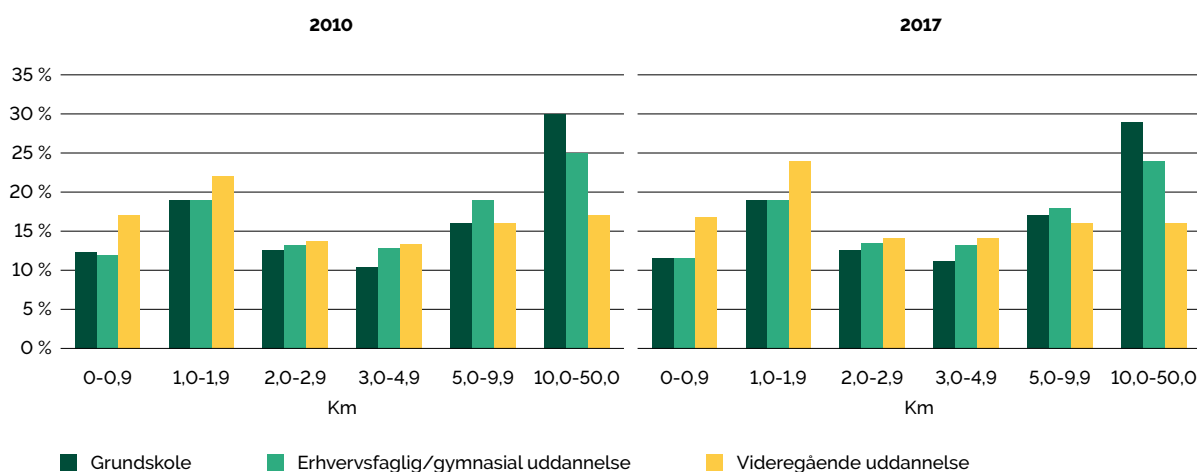


Figur B.3.8 viser kørselsafstand til nærmeste psykolog, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. For indkomstniveau 1 er den hyppigste afstand til nærmeste psykolog 0,0-0,9 km. For indkomstniveau 2-4 er den hyppigste afstand til nærmeste psykolog 1,0-1,9 km.

Kiropraktor

FIGUR B.3.9

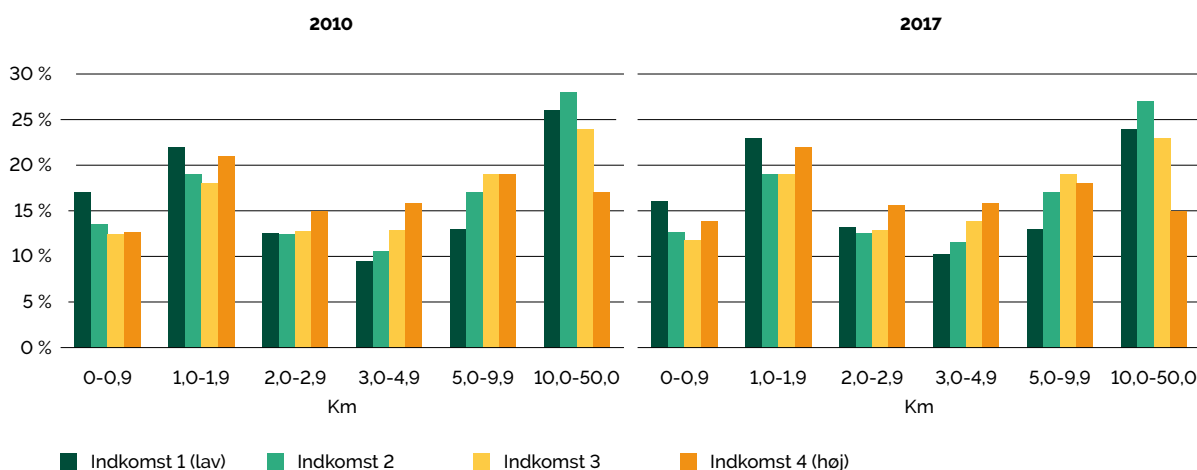
Kørselsafstand til nærmeste kiropraktor, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur B.3.9 viser kørselsafstand til nærmeste kiropraktor, fordelt på længst fuldførte uddannelse blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. Blandt personer med grundskole og erhvervsuddannelse er den hyppigste kørselsafstand til nærmeste kiropraktor 10,0-50,0 km. Blandt personer med videregående uddannelse er den hyppigste kørselsafstand til nærmeste kiropraktor 1,0-1,9 km.

FIGUR B.3.10

Kørselsafstand til nærmeste kiropraktor, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017



Figur B.3.10 viser kørselsafstand til nærmeste kiropraktor, fordelt på indkomstniveau blandt personer på 30 år eller derover i 2010 og 2017. For indkomstniveauerne 1-3 er den hyppigste afstand til nærmeste kiropraktor 10,0-50,0 km i både 2010 og 2017. For indkomstniveau 4 er den hyppigste afstand 1,0-1,9 km.

Bilag 4

Kommunetabeller

I de følgende tabeller findes værdierne, der er vist på kort i hvert enkelt kapitel.

TABEL B.4.1.1

Kapitel 1: Uddannelse

Kommune	Figur 1.1.2.1						Figur 1.1.3.1					
	Kvinder			Mænd			Kvinder			Mænd		
	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse
Albertslund Kommune	24,7	36,8	34,0	24,9	42,5	27,3	-11,1	-2,6	9,1	-4,5	-4,5	5,9
Allerød Kommune	13,4	35,7	48,2	11,5	37,7	47,4	-19,5	-5,9	12,5	-16,8	-4,4	5,6
Assens Kommune	30,5	38,8	27,3	27,2	47,4	20,9	-15,3	5,4	14,2	-11,3	1,3	5,6
Ballerup Kommune	24,6	40,5	31,7	21,2	46,9	28,2	-14,5	-2,8	18,1	-10,8	-3,2	10,9
Billund Kommune	35,5	37,3	22,3	28,9	49,1	15,4	-13,9	4,0	14,2	-13,8	1,9	0,4
Bornholms Regionskommune	33,1	38,6	25,1	28,4	49,8	18,1	-15,0	7,1	18,1	-11,2	3,3	10,0
Brøndby Kommune	30,1	40,7	22,9	28,3	43,7	20,6	-12,8	-0,9	14,9	-7,3	-5,6	6,7
Brønderslev Kommune	30,4	38,7	28,0	28,2	49,5	18,6	-15,4	5,7	15,3	-14,2	3,6	9,9
Dragør Kommune	17,0	41,3	38,4	13,8	46,5	35,4	-19,6	-5,3	19,2	-14,2	-5,4	11,0
Egedal Kommune	17,0	43,8	36,4	14,2	49,6	32,6	-16,5	-4,5	14,8	-11,9	-4,5	8,6
Esbjerg Kommune	28,5	37,6	29,9	23,8	47,5	23,9	-17,6	3,9	17,0	-13,1	0,5	9,8
Fanø Kommune	18,5	34,4	41,1	13,3	39,6	41,7	-18,5	-0,9	11,7	-5,9	-2,0	0,6
Favrskov Kommune	23,8	38,6	34,5	21,4	47,0	27,8	-19,3	-0,7	19,1	-15,5	-1,4	11,9
Faxe Kommune	28,5	42,3	26,0	26,9	49,0	18,5	-12,6	3,3	12,0	-10,9	0,1	0,3
Fredensborg Kommune	17,8	35,9	41,2	16,0	38,5	39,5	-16,2	-3,5	9,6	-8,4	-5,6	2,8
Fredericia Kommune	29,1	39,5	27,7	25,8	46,9	22,9	-15,2	2,5	16,8	-10,9	0,4	8,1
Frederiksberg Kommune	13,6	26,7	53,4	12,0	29,8	50,9	-23,4	-10,3	16,2	-17,2	-11,4	9,1
Frederikshavn Kommune	33,9	39,6	22,6	26,0	51,3	17,6	-14,8	7,1	17,0	-11,8	1,5	5,6
Frederikssund Kommune	24,0	41,1	32,4	20,5	51,2	24,9	-16,3	0,8	15,1	-10,4	-0,4	6,3
Furesø Kommune	13,8	31,0	50,8	12,0	32,5	49,8	-19,5	-8,4	11,9	-13,7	-7,8	4,6
Faaborg-Midtfyn Kommune	29,8	38,9	28,2	25,4	49,5	21,4	-15,1	5,7	15,2	-11,5	2,3	6,6
Gentofte Kommune	10,7	26,1	55,5	8,7	28,1	55,6	-19,4	-8,6	8,8	-14,4	-10,1	3,6
Gldsaxe Kommune	18,9	35,7	39,8	16,7	38,4	37,8	-20,5	-4,5	15,4	-14,4	-9,1	9,7

Kommune	Figur 1.1.2.1						Figur 1.1.3.1					
	Kvinder			Mænd			Kvinder			Mænd		
	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse
Glostrup Kommune	24,0	43,0	28,0	22,2	47,9	23,7	-16,5	-1,6	19,2	-11,3	-5,4	12,4
Greve Kommune	20,7	47,3	28,0	17,5	50,9	27,0	-17,2	-2,7	18,6	-12,8	-2,5	7,1
Gribskov Kommune	22,5	41,0	33,0	20,6	49,5	25,7	-16,5	-0,8	15,3	-9,5	-1,8	7,8
Guldborgsund Kommune	31,1	39,9	25,9	28,8	50,3	17,4	-14,5	5,2	17,7	-9,8	2,7	7,0
Haderslev Kommune	30,9	37,7	27,9	26,7	48,6	20,0	-15,1	5,6	14,9	-9,8	0,9	3,9
Halsnæs Kommune	26,8	41,3	28,2	24,6	50,0	20,4	-16,0	3,2	15,3	-12,9	1,5	6,5
Hedensted Kommune	30,8	39,9	26,0	27,0	49,1	19,4	-15,2	3,8	17,6	-13,4	2,7	7,6
Helsingør Kommune	22,3	37,4	36,4	19,0	43,9	32,6	-15,0	-1,6	14,4	-10,5	-1,9	6,5
Hertlev Kommune	23,2	41,0	31,8	20,7	45,1	29,4	-18,0	-1,0	19,1	-12,2	-4,6	13,1
Herring Kommune	29,0	38,4	29,1	25,8	48,4	20,8	-16,6	2,4	18,7	-13,2	0,1	11,5
Hillerød Kommune	16,7	36,7	42,8	15,4	42,7	36,8	-18,4	-2,1	11,1	-15,0	-3,0	5,0
Hjørring Kommune	30,9	37,6	27,9	28,3	48,6	18,6	-16,1	6,5	16,4	-11,6	3,3	8,0
Holbæk Kommune	26,1	38,9	31,8	25,0	48,3	22,7	-15,3	3,2	12,4	-10,9	1,2	5,6
Holstebro Kommune	28,0	37,6	31,5	26,4	48,0	21,8	-17,5	4,1	16,3	-12,6	1,7	8,9
Horsens Kommune	27,4	38,1	30,3	22,6	45,2	26,3	-18,5	2,8	19,6	-14,9	-0,9	10,3
Hvidovre Kommune	24,1	41,9	29,7	22,4	47,1	25,2	-17,6	-3,7	25,8	-12,3	-5,4	17,0
Høje-Taastrup Kommune	25,6	41,3	26,2	23,6	44,7	23,3	-14,5	-3,3	13,3	-11,5	-6,1	5,0
Hørsholm Kommune	14,0	33,4	48,1	10,5	32,6	52,1	-15,3	-4,9	10,0	-9,2	-5,5	3,8
Ikast-Brande Kommune	33,4	38,7	23,4	28,9	48,2	17,1	-16,6	4,4	22,0	-14,0	1,1	10,5
Ishøj Kommune	29,7	40,7	20,9	28,9	42,7	19,2	-16,3	-1,2	18,7	-10,6	-6,4	9,6
Jammerbugt Kommune	32,2	39,4	25,2	29,1	49,5	17,0	-16,5	7,7	18,5	-13,4	4,0	10,9
Kalundborg Kommune	31,4	40,1	25,8	29,1	50,4	16,7	-14,1	6,2	14,0	-8,4	1,6	4,2
Kerteminde Kommune	30,6	38,8	27,4	24,6	49,7	21,1	-14,8	3,0	15,9	-11,1	1,3	3,6
Kolding Kommune	27,0	37,5	31,9	21,8	47,5	26,1	-16,7	1,5	17,2	-11,9	-1,1	8,7
Københavns Kommune	16,5	26,0	49,5	16,4	31,2	42,3	-26,6	-11,9	19,3	-21,3	-12,8	13,9

Kommune	Figur 1.1.2.1				Figur 1.1.3.1			
	Kvinder		Mænd		Kvinder		Mænd	
	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse
Køge Kommune	25,1	43,3	28,3	23,0	49,3	23,2	-15,9	0,9
Langeland Kommune	36,8	39,9	20,1	33,2	47,4	14,9	-11,3	8,5
Lejre Kommune	19,7	40,7	36,9	18,2	49,0	29,2	-18,2	-1,1
Lemvig Kommune	34,4	36,4	26,3	30,6	49,6	15,3	-14,7	8,3
Lolland Kommune	38,4	38,8	19,6	32,9	50,2	12,9	-11,8	9,8
Lyngby-Taarbæk Kommune	13,8	29,2	52,4	10,9	30,5	53,3	-23,3	-7,3
Læsø Kommune	42,3	34,6	19,2	37,2	42,5	16,2	-8,7	6,9
Mariagerfjord Kommune	30,7	39,4	26,8	28,9	47,8	19,0	-16,3	5,4
Middelfart Kommune	26,4	38,7	32,0	23,7	46,9	25,7	-17,8	3,5
Morsø Kommune	37,0	38,3	21,8	35,1	47,2	13,6	-13,3	9,4
Norddjurs Kommune	32,5	41,8	22,3	30,4	50,1	15,0	-14,9	8,1
Nordfyns Kommune	31,9	40,2	24,7	27,3	49,8	18,2	-16,0	6,1
Nyborg Kommune	29,9	38,7	28,2	26,6	47,2	22,3	-15,2	5,0
Næstved Kommune	27,0	40,3	29,5	26,5	47,9	21,5	-15,6	3,8
Odder Kommune	23,0	39,7	34,5	18,9	49,3	27,6	-18,1	1,7
Odense Kommune	25,3	34,8	36,1	20,3	42,9	32,5	-17,3	-1,0
Odsherred Kommune	31,1	40,6	25,1	29,4	50,0	16,6	-14,4	4,5
Randers Kommune	28,3	40,8	27,8	24,6	49,6	21,8	-16,7	3,6
Rebild Kommune	26,9	37,4	33,2	25,5	45,9	25,3	-19,2	3,7
Ringkøbing-Skjern Kommune	33,1	38,0	25,1	27,9	50,1	16,6	-15,2	5,1
Ringsted Kommune	26,6	40,7	29,4	23,7	48,2	20,8	-15,7	1,8
Roskilde Kommune	18,2	37,1	41,9	16,4	43,7	36,0	-18,5	-3,3
Rudersdal Kommune	12,1	29,0	54,5	9,6	28,8	56,9	-20,3	-6,2
Rødovre Kommune	24,6	40,4	30,7	21,6	46,0	27,3	-17,0	-3,8
Samsø Kommune	31,6	35,6	28,1	25,1	48,9	19,6	-13,2	5,2

Kommune	Figur 1.1.2.1				Figur 1.1.3.1			
	Kvinder		Mænd		Kvinder		Mænd	
	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse	Videre-gående uddannelse	Grund-skole	Erhvervs-faglig/gymnasial uddannelse
Silkeborg Kommune	23,8	38,2	34,9	20,8	46,7	28,4	-18,6	0,9
Skanderborg Kommune	20,0	37,7	39,7	16,9	45,2	34,9	-19,5	-3,6
Skive Kommune	31,5	38,8	26,8	29,2	48,8	18,4	-15,2	7,4
Slagelse Kommune	29,9	38,9	27,8	27,7	47,9	19,9	-14,7	4,7
Solrød Kommune	18,6	46,0	32,6	15,9	50,3	30,2	-19,8	-3,0
Sorø Kommune	25,8	39,2	32,4	25,9	46,7	23,4	-16,6	3,1
Stevns Kommune	26,8	42,7	27,5	27,0	49,6	18,6	-17,1	5,6
Struer Kommune	33,8	37,5	25,5	28,1	47,7	19,5	-13,3	5,0
Svendborg Kommune	25,7	37,6	33,4	21,0	46,7	29,1	-15,8	2,8
Syddjurs Kommune	25,2	39,7	31,7	23,0	47,8	25,3	-18,3	2,0
Sønderborg Kommune	30,6	37,4	27,9	22,5	46,6	26,1	-14,0	2,6
Thisted Kommune	33,5	38,5	24,2	29,5	49,7	15,6	-14,3	6,7
Tønder Kommune	35,1	38,1	22,8	29,3	50,9	14,3	-13,6	7,6
Tårnby Kommune	25,1	44,9	26,5	21,8	52,4	21,0	-18,0	-2,7
Vallensbæk Kommune	18,4	44,4	31,7	16,5	46,7	29,8	-15,4	-6,8
Varde Kommune	32,2	38,2	25,4	27,6	50,1	17,3	-15,8	5,8
Vejen Kommune	33,0	38,8	24,5	28,9	48,9	15,7	-15,9	6,7
Vejle Kommune	26,0	35,5	34,0	23,0	44,4	26,9	-17,6	0,7
Vesthimmerlands Kommune	34,1	37,6	24,3	31,8	48,0	14,6	-15,2	7,9
Viborg Kommune	26,3	38,2	32,1	24,1	47,6	23,7	-17,6	3,2
Vordingborg Kommune	30,2	38,7	28,1	28,2	47,7	20,2	-13,4	3,5
Ærø Kommune	33,6	39,1	23,4	21,4	47,7	26,2	-15,4	8,1
Aabenraa Kommune	31,9	39,1	24,5	25,6	50,3	18,7	-14,7	5,1
Aalborg Kommune	25,4	35,8	35,4	21,2	43,7	30,8	-19,6	1,0
Aarhus Kommune	18,4	31,4	45,9	15,4	37,4	42,0	-20,2	-5,7

TABEL B.4.1.2

Kapitel 1: Indkomst

Kommune	Figur 1.2.1.1								Figur 1.2.2.1							
	Kvinder				Mænd				Kvinder				Mænd			
	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)
Albertslund Kommune	30,8	26,3	22,9	19,8	29,5	24,8	23,3	22,2	4,5	4,6	-1,5	-9,7	2,1	7,3	-1,8	-6,7
Allerød Kommune	10,5	14,2	23,9	51,4	9,8	11,3	23,1	55,6	1,5	-9,7	1,7	2,4	6,6	-12,0	3,4	0,7
Assens Kommune	29,9	31,6	24,0	14,4	26,6	31,4	25,3	16,3	4,4	4,3	-2,6	-11,1	1,0	3,0	1,0	-7,1
Ballerup Kommune	23,8	25,4	24,0	26,7	22,2	22,7	24,3	30,5	2,0	3,2	0,0	-4,0	-1,0	-0,1	3,5	-0,9
Billund Kommune	25,9	29,2	26,1	18,6	21,4	28,5	28,2	21,4	-0,9	2,3	4,3	-7,6	-1,0	2,0	0,6	-3,1
Bornholms Regionskommune	35,4	31,8	21,7	10,9	32,2	31,4	23,1	13,1	5,0	2,5	-4,1	-11,5	0,8	1,9	-0,2	-4,5
Brøndby Kommune	33,3	26,0	21,8	18,7	31,2	24,7	22,5	21,0	13,0	-2,9	-3,9	-10,1	12,1	-3,1	-2,6	-8,9
Brønderslev Kommune	31,0	30,6	24,8	13,3	27,3	30,7	25,9	15,6	2,0	2,6	1,0	-10,7	-2,0	3,0	1,8	-4,2
Dragør Kommune	11,9	14,4	23,5	50,0	12,0	11,4	22,0	54,2	-5,6	-5,7	1,0	3,2	8,5	-14,0	-2,9	3,6
Egedal Kommune	11,6	18,5	31,7	38,2	9,9	16,4	31,3	42,1	-4,2	-2,7	7,6	-2,9	0,4	-5,4	5,7	-1,6
Esbjerg Kommune	28,5	27,1	24,9	19,4	25,5	25,6	26,3	22,3	1,8	1,3	1,9	-6,1	-1,5	-0,2	1,9	0,3
Fanø Kommune	20,2	25,1	29,0	25,4	18,5	20,8	28,7	31,5	-2,9	1,3	8,7	-7,4	-5,0	-1,2	4,2	-0,2
Favrskov Kommune	18,9	26,8	30,5	23,8	16,6	25,4	31,7	26,1	-3,5	0,4	6,2	-4,3	-4,6	1,1	2,3	-0,3
Faxe Kommune	24,1	29,8	28,4	17,7	21,7	28,1	29,7	20,2	-2,4	6,1	4,8	-11,8	-1,5	1,5	6,2	-8,2
Fredensborg Kommune	19,9	19,6	23,7	36,6	18,4	17,4	23,2	40,6	5,7	-0,1	-1,8	-1,6	6,2	-4,1	0,3	-0,9
Fredericia Kommune	28,4	27,4	25,3	18,8	25,0	26,6	26,7	21,4	6,2	2,6	-2,6	-8,1	2,5	2,1	-0,1	-5,0
Frederiksberg Kommune	23,5	19,2	21,6	35,3	22,1	16,1	19,9	41,2	-2,5	-6,2	-1,1	7,4	-5,2	-6,8	-6,3	11,5
Frederikshavn Kommune	29,7	29,6	25,2	15,4	26,2	28,9	26,8	17,9	4,0	2,7	-0,8	-9,2	0,3	3,0	0,1	-4,1
Frederikssund Kommune	20,1	25,5	28,2	26,2	17,9	23,0	29,5	29,2	-2,2	1,4	3,4	-2,7	-2,2	-2,9	5,4	-1,3
Furesø Kommune	14,4	15,3	19,9	50,2	14,7	13,2	17,9	53,7	1,8	-4,5	-3,9	2,9	9,9	-4,0	-8,7	1,9
Faaborg-Midtfyn Kommune	28,8	30,8	25,6	14,6	25,4	30,3	27,0	17,2	0,9	4,3	-0,8	-7,8	-1,5	2,2	1,5	-2,5
Gentofte Kommune	15,1	12,1	15,6	56,5	14,3	9,8	13,2	61,9	9,6	-5,2	-9,9	2,3	9,1	-8,6	-12,7	3,3
Gladsaxe Kommune	22,6	22,1	23,0	32,1	22,7	19,5	21,9	35,3	5,7	0,1	-1,5	-2,5	4,5	-0,2	-2,1	-1,1

Kommune	Figur 1.2.1.1						Figur 1.2.2.1					
	Kvinder			Mænd			Kvinder			Mænd		
	Ind-komst 1 (lav)	Ind-komst 2	Ind-komst 3	Ind-komst 4 (høj)	Ind-komst 1 (lav)	Ind-komst 2	Ind-komst 1 (lav)	Ind-komst 2	Ind-komst 3	Ind-komst 4 (høj)	Ind-komst 1 (lav)	Ind-komst 2
Glostrup Kommune	25.4	24.3	24.6	25.5	24.8	21.8	28.0	25.0	21.8	28.0	5.7	3.3
Greve Kommune	16.5	21.2	28.0	34.1	15.1	17.7	38.4	28.6	4.3	0.3	0.6	-4.3
Gribskov Kommune	17.7	23.9	30.0	28.2	16.3	22.4	31.2	29.7	0.8	3.3	0.4	0.8
Guldborgsund Kommune	33.9	29.8	22.9	13.1	31.5	28.8	15.4	24.0	-0.9	-2.0	6.7	-0.9
Haderslev Kommune	31.4	29.8	23.8	14.8	28.3	29.2	16.9	25.4	2.1	-2.4	5.8	2.1
Halsnæs Kommune	23.7	30.1	28.2	17.8	21.2	27.8	21.2	29.6	8.2	1.3	-6.0	8.2
Hedensted Kommune	22.4	30.5	28.2	18.7	19.2	30.1	21.1	29.2	6.3	0.0	-0.1	6.3
Helsingør Kommune	21.9	23.0	25.1	29.8	21.5	20.1	33.2	24.9	2.1	1.6	-1.3	2.1
Hertlev Kommune	24.2	25.2	24.9	25.5	22.7	22.6	29.3	25.2	2.4	0.9	3.4	2.4
Herning Kommune	24.4	29.2	26.9	19.3	21.4	28.0	21.8	28.4	3.4	-0.4	3.7	3.4
Hillerød Kommune	16.7	20.3	27.3	35.6	15.9	17.7	39.0	27.2	0.9	3.8	0.2	0.9
Hjørring Kommune	29.6	29.9	24.8	15.4	26.7	28.3	18.0	26.4	1.3	0.2	2.7	1.3
Holbæk Kommune	24.7	26.9	26.5	21.7	21.6	25.5	24.7	27.9	3.3	0.2	0.5	3.3
Holstebro Kommune	24.5	28.6	27.7	18.9	21.5	27.4	21.7	29.0	1.8	2.8	2.3	1.8
Horsens Kommune	25.2	27.2	26.8	20.7	22.1	25.7	23.4	28.5	2.7	0.9	-0.5	2.7
Hvidovre Kommune	24.9	25.0	25.9	24.1	23.6	22.5	27.5	26.2	1.7	1.4	1.2	1.7
Høje-Taastrup Kommune	26.4	23.5	26.0	24.0	25.1	22.2	26.4	26.0	-3.3	0.4	11.3	-3.3
Hørsholm Kommune	13.0	13.6	18.2	55.0	11.7	10.2	62.3	15.5	-5.8	-3.4	8.6	-5.8
Ikast-Brande Kommune	27.1	30.2	26.2	16.2	23.3	29.6	18.3	28.3	3.4	2.9	-0.1	3.4
Ishøj Kommune	34.5	26.1	22.5	16.8	32.4	25.5	18.9	22.8	0.9	-4.2	9.2	0.9
Jammerbugt Kommune	28.9	30.7	25.8	14.4	25.7	29.9	16.4	27.5	2.5	2.6	-0.9	2.5
Kalundborg Kommune	27.2	27.4	25.4	19.9	23.3	26.0	23.3	27.2	0.7	1.7	0.1	0.7
Kerteminde Kommune	27.8	31.1	24.5	16.5	23.7	30.6	18.9	26.4	6.0	-4.7	3.8	6.0
Kolding Kommune	24.9	26.9	26.1	21.9	21.6	25.7	25.0	27.5	0.1	2.2	1.4	0.1
Københavns Kommune	32.4	21.9	20.3	25.0	32.6	19.5	27.8	19.1	-2.4	-2.7	-4.2	-2.4

Kommune	Figur 1.2.1.1						Figur 1.2.2.1									
	Kvinder			Mænd			Kvinder			Mænd						
	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)				
Køge Kommune	22,5	26,7	26,8	23,9	19,9	23,9	27,9	27,9	-2,2	5,4	1,2	-4,5	-0,6	1,3	0,3	-0,6
Langeland Kommune	41,5	30,1	19,2	9,1	38,4	29,5	20,8	10,9	7,7	-1,2	-8,5	-8,3	4,6	-1,5	-4,4	-2,3
Lejre Kommune	15,6	23,6	31,1	29,6	14,4	21,7	31,3	32,3	-4,4	0,4	3,8	-1,4	-2,8	-1,1	2,9	-0,3
Lemvig Kommune	27,6	30,1	25,7	16,3	24,2	29,6	27,0	18,8	1,6	6,2	1,1	-12,7	-1,5	8,0	-0,8	-6,4
Lolland Kommune	42,2	28,7	19,4	9,4	40,1	28,6	20,1	10,9	6,2	-1,7	-3,6	-11,4	2,0	0,8	-2,2	-3,6
Lyngby-Taarbæk Kommune	16,1	16,7	18,3	48,7	15,6	13,7	16,5	53,7	-0,9	1,4	-3,8	1,8	-0,4	-0,3	-7,8	3,2
Læsø Kommune	35,0	30,0	22,4	12,3	32,7	26,9	24,1	15,7	-3,0	-2,2	11,9	-6,0	-2,2	-12,3	19,7	3,2
Mariagerfjord Kommune	29,7	30,6	24,2	15,4	26,5	29,9	25,8	17,6	1,8	4,6	-1,5	-8,4	-1,9	4,3	1,1	-4,1
Middelfart Kommune	22,8	29,1	26,3	21,7	20,5	27,5	27,6	24,2	-4,0	3,5	-1,6	2,3	-7,4	3,0	1,3	2,9
Morsø Kommune	36,8	30,5	21,3	11,3	32,3	31,1	23,3	13,0	5,0	0,4	-2,1	-9,9	-1,9	3,8	1,6	-4,6
Norddjurs Kommune	30,4	31,1	24,5	13,8	26,8	30,2	26,3	16,3	-1,5	7,6	-0,2	-9,3	-4,4	5,2	2,0	-3,5
Nordfyns Kommune	29,6	32,3	23,8	14,1	25,7	32,0	25,9	15,9	-0,3	5,0	-1,3	-7,0	-4,1	4,4	1,4	-3,4
Nyborg Kommune	29,1	30,3	24,9	15,6	26,6	29,6	26,0	17,7	5,2	1,1	-1,2	-8,3	0,7	1,4	1,2	-4,0
Næstved Kommune	25,9	27,5	26,5	19,9	22,7	26,1	27,8	23,1	0,5	2,4	1,7	-5,2	-1,4	1,2	0,8	-0,2
Odder Kommune	19,1	27,4	28,5	24,8	16,5	25,6	30,5	27,2	-1,2	5,3	-1,7	-2,3	-3,5	5,1	1,9	-3,2
Odense Kommune	28,2	26,1	24,9	20,7	27,0	23,8	25,6	23,3	3,8	0,5	-0,4	-4,8	1,5	-2,6	1,7	-0,4
Odsherred Kommune	29,5	29,9	25,3	15,1	27,4	28,4	26,3	17,6	-0,5	2,8	1,1	-5,5	-1,2	1,5	1,7	-2,0
Randers Kommune	29,6	29,2	24,8	16,3	25,9	28,4	26,5	18,8	2,4	4,0	-1,4	-8,2	-1,3	1,4	1,6	-2,0
Rebild Kommune	23,3	27,9	27,6	20,9	20,2	27,6	28,7	23,2	-4,8	5,0	3,5	-4,3	-8,6	5,1	4,0	-1,4
Ringkøbing-Skjern Kommune	27,3	30,7	25,8	15,9	23,3	30,0	28,0	18,3	6,7	3,8	-2,6	-11,2	2,0	2,9	0,6	-6,8
Ringsted Kommune	25,9	26,2	27,0	20,9	21,6	25,4	29,3	23,5	1,1	4,1	-0,1	-5,4	-2,3	2,2	2,7	-2,3
Roskilde Kommune	18,1	20,7	26,1	35,0	17,0	17,6	26,4	38,7	-1,8	-3,0	2,7	1,1	0,2	-7,2	3,2	2,3
Rudersdal Kommune	11,9	12,3	15,3	60,2	11,1	10,1	13,3	65,1	0,7	-1,8	-10,4	4,1	-0,7	-3,1	-12,4	4,4
Rødovre Kommune	25,4	25,4	24,9	24,1	25,0	22,4	24,6	27,7	4,3	1,8	-1,2	-4,8	6,1	-3,8	-1,0	-1,0
Samsø Kommune	32,0	31,9	20,9	14,7	33,0	29,0	20,8	16,2	1,7	5,3	-8,7	-1,6	4,0	-1,6	-8,4	5,7

Kommune	Figur 1.2.1.1						Figur 1.2.2.1									
	Kvinder			Mænd			Kvinder						Mænd			
	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)	Ind- komst 1 (lav)	Ind- komst 2	Ind- komst 3	Ind- komst 4 (høj)
Silkeborg Kommune	22,7	26,4	26,6	24,2	20,0	24,7	27,8	27,2	-0,2	1,5	-0,1	-1,0	-4,1	-1,1	1,2	3,8
Skanderborg Kommune	17,2	23,2	30,0	29,5	13,9	21,8	31,5	32,5	-0,4	-2,6	3,5	-0,7	-3,9	-5,1	4,3	1,7
Skive Kommune	29,2	31,1	25,0	14,6	25,5	30,9	26,5	16,9	0,7	5,6	-0,9	-9,5	-3,1	3,9	0,4	-1,8
Slagelse Kommune	27,6	27,4	25,8	19,1	25,0	25,7	27,4	21,6	1,1	2,3	1,1	-5,6	-1,6	-0,2	2,9	-0,9
Solrød Kommune	13,5	18,6	28,9	39,0	11,5	15,6	28,5	44,0	-12,0	-8,4	8,3	4,2	-9,0	-13,3	6,3	5,1
Sorø Kommune	24,5	27,5	26,6	21,3	21,6	26,6	28,2	23,4	2,9	2,0	-0,2	-4,8	-2,4	1,2	2,9	-1,5
Stevns Kommune	21,7	28,1	28,2	21,9	20,2	26,5	28,5	24,3	-1,8	6,0	-1,1	-3,1	1,2	1,3	-0,2	-1,7
Struer Kommune	29,7	30,4	25,1	14,7	25,4	30,3	27,2	16,8	4,8	3,9	-0,8	-13,0	2,4	2,1	1,6	-8,7
Svendborg Kommune	28,3	29,2	23,9	18,5	25,7	27,4	25,1	21,6	5,6	3,2	-4,9	-5,6	2,3	1,3	-1,4	-2,2
Syddjurs Kommune	23,8	28,0	27,7	20,3	20,9	26,8	28,5	23,5	-3,4	0,9	5,5	-3,5	-4,2	-0,4	4,6	0,4
Sønderborg Kommune	32,9	28,6	22,8	15,6	28,5	29,3	24,0	18,0	4,8	2,1	-2,5	-8,2	0,2	3,7	-1,7	-2,9
Thisted Kommune	32,2	29,8	24,1	13,7	27,7	30,4	25,8	15,8	2,1	2,6	1,3	-10,8	-4,7	5,4	3,7	-5,8
Tønder Kommune	35,6	29,9	21,8	12,3	32,0	30,6	22,9	14,0	5,3	3,8	-4,3	-12,9	3,6	3,9	-2,5	-8,2
Tårnby Kommune	20,8	22,1	28,0	29,0	18,5	19,2	29,6	32,4	1,5	-3,4	1,6	0,3	3,2	-8,5	4,8	-0,3
Vallensbæk Kommune	15,6	19,2	29,7	35,5	15,0	17,4	28,4	38,8	3,3	6,7	5,4	-8,0	4,6	4,4	3,4	-5,7
Varde Kommune	26,7	29,8	26,7	16,4	23,2	29,5	28,0	18,8	2,4	5,5	-0,6	-10,4	-1,9	5,3	0,8	-5,6
Vejen Kommune	31,3	29,2	24,2	15,1	26,6	29,6	26,4	16,9	1,5	0,1	-0,1	-2,9	-1,0	0,0	2,0	-0,7
Vejle Kommune	22,4	27,0	26,8	23,6	20,2	25,1	27,9	26,5	2,2	1,1	-0,7	-1,9	-2,8	0,4	0,7	1,9
Vesthimmerlands Kommune	33,5	30,2	23,1	12,9	29,0	30,6	25,0	14,8	2,0	3,1	-0,9	-8,6	-3,0	3,9	2,8	-4,2
Viborg Kommune	24,1	28,4	27,2	20,1	21,7	27,5	28,3	22,1	2,4	4,5	-0,2	-7,5	-0,3	3,4	1,3	-4,6
Vordingborg Kommune	30,3	29,5	24,4	15,7	27,2	28,1	25,8	18,4	2,3	2,5	-2,8	-3,5	-1,6	0,5	1,0	1,2
Ærø Kommune	35,5	28,8	22,4	13,0	31,8	28,3	23,4	16,1	13,9	-3,8	-7,6	-9,9	1,9	3,1	-0,8	-6,4
Aabenraa Kommune	33,7	28,7	22,3	15,1	29,2	28,9	24,2	17,4	6,3	1,2	-3,7	-8,5	1,5	1,1	-1,1	-2,2
Aalborg Kommune	25,8	27,0	26,1	20,9	23,8	25,0	27,0	23,8	0,1	2,0	1,8	-4,4	-1,9	-1,7	3,5	0,3
Aarhus Kommune	24,0	21,5	24,1	30,1	23,1	19,5	23,7	33,3	4,1	-3,0	-1,1	0,4	1,1	-4,3	-1,7	4,2

TABEL B.4.2

Kapitel 2: Behov for sundhedsydelser

Kommune	Figur															
	2.1.2.1	2.1.3.1	2.2.2.1	2.2.3.1	2.3.2.1	2.3.3.1	2.4.2.1	2.4.3.1	2.5.2.1	2.5.3.1	2.6.2.1	2.6.3.1	2.7.2.1	2.7.3.1	2.8.2.1	2.8.3.1
Albertslund Kommune	1.31	1.34	1.06	1.12	1.13	1.14	1.24	1.02	1.25	1.05	1.24	1.26	1.08	1.18	1.00	0.72
Allerød Kommune	0.73	1.15	0.72	1.04	0.81	1.09	0.85	1.42	0.73	1.49	0.79	1.06	0.83	1.11	0.70	0.79
Assens Kommune	1.08	1.16	1.10	0.96	1.14	1.25	1.14	1.65	1.02	1.39	0.96	0.99	1.00	0.99	1.14	0.81
Ballerup Kommune	0.93	0.95	0.95	1.02	0.94	1.01	1.15	1.50	1.06	1.02	1.03	1.03	0.93	0.97	0.88	0.62
Billund Kommune	0.93	1.04	0.97	0.90	0.94	1.33	0.87	1.34	0.79	1.22	0.94	1.06	0.90	1.03	1.00	0.80
Bornholms Regionskommune	1.27	1.41	1.03	1.03	1.12	1.24	1.18	1.94	1.28	1.86	1.07	1.17	1.15	1.17	1.27	0.97
Brøndby Kommune	1.20	0.94	1.35	0.99	1.31	1.22	1.27	1.18	1.20	0.91	1.31	1.18	1.10	1.00	1.08	0.69
Brønderslev Kommune	0.98	1.26	0.99	1.07	0.88	1.38	0.84	1.61	0.79	1.41	1.03	1.33	1.05	1.32	1.10	0.88
Dragør Kommune	0.63	0.94	0.64	1.16	0.83	1.15	0.96	1.21	0.79	1.14	0.92	1.16	0.84	1.05	0.80	0.69
Egedal Kommune	0.89	1.24	0.68	0.88	0.96	1.31	0.85	1.36	0.84	1.12	0.91	1.16	0.80	1.08	0.71	0.72
Esbjerg Kommune	1.34	1.28	1.34	1.13	1.19	1.34	0.97	1.26	1.05	1.40	1.11	1.18	1.13	1.19	1.02	0.66
Fanø Kommune	1.12	1.18	1.04	1.08	1.12	1.07	1.59	1.65	1.53	1.82	0.97	1.06	0.93	1.04	1.02	0.80
Favrskov Kommune	0.74	1.10	0.81	1.21	0.82	1.29	0.81	1.56	0.62	1.18	0.97	1.25	0.95	1.10	0.98	0.82
Faxe Kommune	0.95	0.93	0.92	0.82	1.03	1.04	0.94	1.35	1.05	1.16	0.85	0.92	0.97	0.95	0.89	0.62
Fredensborg Kommune	0.98	0.91	1.00	1.01	0.98	0.96	0.96	1.25	1.11	0.99	0.95	1.10	0.95	1.05	0.98	0.63
Fredericia Kommune	1.20	1.12	1.21	1.03	1.23	1.55	1.52	1.92	1.57	1.72	1.24	1.28	1.17	1.12	1.19	0.78
Frederiksberg Kommune	0.94	1.00	0.78	0.75	0.83	0.94	1.07	1.13	0.99	0.95	0.94	1.01	0.84	0.94	1.02	0.62
Frederikshavn Kommune	0.96	1.27	1.13	1.32	0.92	1.29	1.02	1.67	0.74	1.28	0.99	1.30	0.96	1.28	0.94	0.85
Frederikssund Kommune	0.92	1.02	0.96	1.13	1.11	1.20	1.00	1.19	0.91	1.23	0.97	1.02	1.03	1.23	0.91	0.72
Furesø Kommune	0.84	1.28	0.78	1.03	0.77	1.11	0.94	1.86	1.00	1.27	0.85	1.02	0.81	1.19	0.92	0.67
Faaborg-Midtfyn Kommune	1.06	1.15	1.25	1.22	1.05	1.27	1.04	1.19	1.00	1.19	0.95	1.08	1.08	1.19	1.01	0.72
Gentofte Kommune	0.75	0.96	0.70	0.98	0.77	1.08	0.92	1.18	0.97	0.97	0.86	0.97	0.96	1.12	0.69	0.45
Gladsaxe Kommune	1.03	1.15	0.96	1.23	0.89	0.85	1.03	1.29	1.03	0.93	1.01	1.00	0.81	0.94	1.16	0.79
Glostrup Kommune	1.11	1.25	1.09	1.21	1.10	1.16	0.89	1.11	1.21	1.45	1.12	1.17	1.14	1.25	1.03	0.80
Greve Kommune	0.86	1.06	0.98	1.07	0.99	1.06	0.91	1.33	0.95	1.08	0.82	0.79	0.85	0.90	0.76	0.53
Gribskov Kommune	0.92	0.92	1.02	1.03	0.99	0.98	0.93	1.09	0.94	1.00	0.98	0.99	0.95	0.98	0.92	0.72
Guldborgsund Kommune	1.09	1.07	1.16	1.21	1.19	1.15	1.22	1.28	1.15	1.12	1.09	1.24	1.09	1.06	1.20	0.82

	Figur															
Kommune	2.1.2.1	2.1.3.1	2.2.2.1	2.2.3.1	2.3.2.1	2.3.3.1	2.4.2.1	2.4.3.1	2.5.2.1	2.5.3.1	2.6.2.1	2.6.3.1	2.7.2.1	2.7.3.1	2.8.2.1	2.8.3.1
Haderslev Kommune	1.02	1.06	1.06	1.05	1.05	1.22	1.07	1.25	1.07	1.21	1.01	1.05	1.06	1.14	1.33	0.85
Halsnæs Kommune	1.22	1.33	1.08	1.15	1.24	1.19	1.19	1.72	1.08	1.47	1.10	1.11	0.97	1.07	0.92	0.74
Hedensted Kommune	0.94	1.40	0.94	1.08	0.95	1.27	0.81	1.68	0.84	1.64	0.96	1.23	1.06	1.29	0.90	0.81
Helsingør Kommune	1.01	0.98	0.98	0.99	1.21	1.21	1.15	1.77	1.30	1.22	1.12	1.20	1.03	1.12	1.06	0.60
Herlev Kommune	1.12	1.26	1.07	1.28	0.98	0.99	1.11	1.57	1.31	1.53	1.09	1.18	1.16	1.33	1.00	0.76
Herning Kommune	0.99	1.26	0.99	1.22	1.01	1.42	0.96	1.67	1.00	1.48	1.10	1.27	1.02	1.33	1.29	0.92
Hillerød Kommune	0.90	0.93	0.99	1.13	0.89	0.96	0.78	1.00	0.85	1.07	0.95	1.12	1.03	1.36	0.78	0.55
Hjørring Kommune	1.00	1.20	1.08	1.16	0.88	1.36	1.03	1.78	0.80	1.35	1.03	1.30	1.06	1.36	1.03	0.87
Holbæk Kommune	1.18	1.26	1.11	1.12	1.30	1.37	1.05	1.35	1.14	1.34	0.98	1.12	0.96	1.07	0.87	0.68
Holstebro Kommune	0.84	1.11	0.91	0.98	0.92	1.31	0.70	1.25	0.69	0.96	0.93	1.22	0.88	1.14	0.93	0.76
Horsens Kommune	1.02	1.05	1.13	1.07	0.96	1.23	1.09	1.48	0.90	1.12	1.06	1.12	1.06	1.22	1.23	0.83
Hvidovre Kommune	0.90	1.09	0.89	1.08	1.02	1.14	1.32	1.39	1.32	1.27	1.13	1.11	1.07	1.06	1.12	0.73
Høje-Taastrup Kommune	1.08	1.08	1.05	1.07	1.07	0.98	1.06	1.27	1.28	1.52	1.02	1.04	0.93	1.00	0.83	0.70
Hørsholm Kommune	0.69	0.92	0.71	0.99	0.79	1.06	0.87	1.16	1.01	1.16	0.92	1.11	0.88	1.08	0.91	0.72
Ikast-Brande Kommune	0.91	1.24	0.85	1.02	0.94	1.30	0.88	1.42	0.88	1.44	0.99	1.33	0.97	1.32	0.92	0.77
Ishøj Kommune	1.14	0.96	1.50	1.07	1.21	1.10	0.95	1.07	1.38	1.30	1.19	1.05	1.19	1.18	1.17	0.95
Jammerbugt Kommune	1.07	1.44	1.20	1.34	0.90	1.32	0.97	1.53	0.79	1.37	1.03	1.39	1.15	1.44	0.84	0.71
Kalundborg Kommune	1.24	1.26	1.21	1.01	1.28	1.13	1.10	1.51	1.23	1.47	1.00	1.04	1.05	1.01	0.95	0.65
Kerteminde Kommune	1.16	1.13	1.10	1.07	1.16	1.47	1.11	1.40	1.13	1.71	1.08	1.14	1.09	1.16	1.22	0.88
Kolding Kommune	1.15	1.11	1.12	0.99	1.15	1.27	1.00	1.08	1.00	0.98	1.05	1.08	1.08	1.11	0.99	0.59
Københavns Kommune	0.98	0.86	0.96	0.89	0.89	0.94	1.20	1.07	1.28	1.07	0.96	0.92	0.86	0.91	1.05	0.58
Køge Kommune	0.98	0.92	0.92	0.88	1.07	1.11	0.99	1.04	0.99	1.02	0.98	1.03	0.93	1.03	0.88	0.58
Langeland Kommune	1.25	1.03	1.04	0.95	1.20	1.13	1.07	1.21	1.10	1.29	1.13	1.09	1.39	1.24	1.18	0.60
Lejre Kommune	0.83	1.27	0.80	1.01	1.00	1.27	0.71	1.30	0.77	1.26	0.74	0.88	0.77	0.93	0.70	0.60
Lemvig Kommune	0.79	1.06	0.92	1.12	0.87	1.18	0.91	1.49	0.76	1.33	1.00	1.24	0.95	1.18	1.08	0.81
Lolland Kommune	1.27	1.09	1.29	1.08	1.22	1.18	1.09	1.26	1.42	1.44	1.14	1.17	1.02	1.06	0.91	0.59
Lyngby-Taarbæk Kommune	0.83	1.21	0.70	1.00	0.82	1.06	0.90	1.10	0.96	1.07	0.90	1.03	0.92	1.17	0.88	0.47
Læsø Kommune	1.40	2.06	1.01	1.25	0.91	1.29	1.03	2.41	0.77	1.51	1.23	1.37	1.16	1.38	0.89	0.81
Mariagerfjord Kommune	1.03	1.20	1.04	1.22	0.87	1.10	0.81	1.23	0.68	1.09	1.03	1.11	1.05	1.06	0.89	0.69

	Figur															
Kommune	2.1.2.1	2.1.3.1	2.2.2.1	2.2.3.1	2.3.2.1	2.3.3.1	2.4.2.1	2.4.3.1	2.5.2.1	2.5.3.1	2.6.2.1	2.6.3.1	2.7.2.1	2.7.3.1	2.8.2.1	2.8.3.1
Middelfart Kommune	1.02	1.12	0.91	0.84	1.04	1.20	0.96	1.21	0.89	1.17	1.01	1.09	1.08	1.20	0.92	0.66
Morsø Kommune	0.94	0.98	0.92	0.84	0.82	1.01	0.78	1.20	0.69	1.05	1.08	1.21	0.89	1.02	1.17	0.67
Norddjurs Kommune	0.85	1.07	0.85	1.30	0.93	1.23	0.82	1.56	0.85	1.40	0.94	1.20	0.97	1.35	1.11	0.80
Nordfyns Kommune	1.10	1.19	1.15	1.16	1.19	1.43	1.03	1.43	0.94	1.25	1.01	1.17	1.13	1.23	0.89	0.78
Nyborg Kommune	1.21	1.26	1.42	1.49	1.18	1.35	1.31	1.81	1.27	1.52	1.10	1.10	1.28	1.30	1.09	0.80
Næstved Kommune	0.91	1.01	0.89	0.95	1.02	1.17	1.13	1.45	1.16	1.53	0.94	1.01	0.93	0.94	0.93	0.72
Odder Kommune	0.76	1.08	0.88	1.28	1.03	1.55	0.84	1.37	0.92	1.61	1.09	1.47	0.96	1.25	1.18	0.86
Odense Kommune	1.33	1.08	1.31	1.03	1.19	1.18	1.36	1.27	1.46	1.38	1.18	1.11	1.14	1.11	1.12	0.72
Odsherred Kommune	1.44	1.19	1.28	1.09	1.35	1.25	1.37	1.60	1.52	1.44	1.10	1.13	1.07	1.14	1.11	0.83
Randers Kommune	1.04	1.15	1.12	1.31	0.99	1.29	0.88	1.23	0.89	0.93	1.04	1.15	1.03	1.21	1.19	0.68
Rebild Kommune	0.97	1.24	1.14	1.41	0.84	1.29	1.08	2.03	0.82	1.89	1.03	1.36	0.99	1.26	1.07	0.87
Ringkøbing-Skjern Kommune	0.96	1.46	1.09	1.40	0.82	1.14	0.83	1.85	0.85	1.48	0.88	1.14	0.95	1.27	0.94	0.79
Ringsted Kommune	1.06	1.14	1.06	1.36	1.07	1.22	0.95	1.48	1.35	1.53	0.99	1.11	1.00	1.21	1.21	0.92
Roskilde Kommune	0.97	1.09	0.75	0.81	1.03	1.28	0.97	1.35	1.04	1.50	0.79	0.90	0.72	0.88	0.78	0.62
Rudersdal Kommune	0.78	1.17	0.80	0.95	0.90	1.20	1.05	1.53	0.85	1.26	0.81	0.94	0.82	0.96	0.78	0.58
Rødovre Kommune	0.93	1.19	1.01	1.34	1.04	1.20	1.08	1.45	1.07	1.21	1.04	1.11	0.98	1.06	0.98	0.84
Samsø Kommune	0.84	0.96	0.93	1.08	0.96	1.23	0.81	1.32	0.92	1.73	0.86	1.10	0.95	1.11	1.01	0.70
Silkeborg Kommune	0.85	1.08	0.93	1.09	0.89	1.24	0.91	1.27	1.05	1.28	0.99	1.28	1.05	1.18	1.08	0.77
Skanderborg Kommune	0.80	1.03	0.82	1.15	0.91	1.30	1.00	1.46	0.96	1.42	0.93	1.15	0.95	1.15	1.12	0.81
Skive Kommune	1.02	1.28	0.99	1.07	0.98	1.15	1.02	1.79	1.05	1.67	1.19	1.28	1.06	1.15	1.32	1.07
Slagelse Kommune	1.25	1.39	1.19	1.19	1.14	1.20	1.24	1.39	1.39	1.31	1.08	1.21	1.07	1.22	1.15	0.92
Solrød Kommune	0.83	0.95	0.79	0.92	1.02	1.11	0.87	1.48	0.94	1.17	0.86	0.92	0.87	1.03	0.83	0.73
Sorø Kommune	1.04	1.07	0.98	0.85	1.06	1.22	0.90	1.29	1.12	1.43	0.89	0.95	1.05	1.23	0.99	0.69
Stevns Kommune	0.94	0.96	0.96	1.16	1.03	1.08	1.08	1.56	1.29	1.48	0.95	0.97	1.00	1.04	0.94	0.62
Struer Kommune	0.98	1.27	1.11	1.35	0.97	1.35	0.78	1.16	0.84	1.25	1.06	1.23	1.02	1.38	1.07	0.80
Svendborg Kommune	0.94	0.99	0.90	0.91	1.03	1.49	1.10	1.55	1.14	1.51	0.98	1.08	1.11	1.16	1.03	0.64
Syddjurs Kommune	1.05	1.21	1.06	1.03	1.00	1.31	1.04	1.70	1.04	1.72	1.01	1.17	1.02	1.23	1.20	0.79
Sønderborg Kommune	1.10	1.06	1.02	0.88	1.05	1.26	1.08	0.98	1.09	0.98	1.09	1.15	1.14	1.35	1.23	0.70
Thisted Kommune	1.05	1.13	1.18	1.12	0.83	0.99	0.87	1.34	0.70	1.00	1.13	1.32	1.18	1.25	1.07	0.70

	Figur															
Kommune	2.1.2.1	2.1.3.1	2.2.2.1	2.2.3.1	2.3.2.1	2.3.3.1	2.4.2.1	2.4.3.1	2.5.2.1	2.5.3.1	2.6.2.1	2.6.3.1	2.7.2.1	2.7.3.1	2.8.2.1	2.8.3.1
Tønder Kommune	0.98	0.96	1.05	0.93	1.04	1.07	0.83	1.13	0.92	1.13	1.04	1.06	1.22	1.07	1.17	0.72
Tårnby Kommune	1.11	1.25	0.96	1.06	1.07	1.15	1.00	1.09	1.06	1.05	1.04	1.04	0.98	1.06	0.80	0.57
Vallensbæk Kommune	0.78	1.14	0.82	1.11	0.84	1.06	0.79	1.37	0.84	1.20	0.97	1.02	0.91	1.18	0.61	0.56
Varde Kommune	1.01	1.27	0.98	1.08	1.05	1.41	0.88	1.37	1.01	2.08	0.83	1.13	0.89	1.22	0.84	0.73
Vejen Kommune	1.01	1.09	1.02	0.89	1.01	1.28	1.04	1.44	0.88	1.51	0.90	1.14	0.98	1.19	1.15	0.94
Vejle Kommune	1.23	1.55	1.09	1.31	1.10	1.45	1.06	1.46	1.21	1.65	0.97	1.06	0.92	1.07	1.01	0.76
Vesthimmerlands Kommune	1.02	1.23	1.30	1.41	0.80	1.14	0.78	1.42	0.57	1.01	1.05	1.30	1.00	1.18	1.06	1.00
Viborg Kommune	1.01	1.44	1.09	1.36	0.88	1.24	0.95	1.77	0.90	1.34	1.01	1.35	0.88	1.04	1.24	0.95
Vordingborg Kommune	1.08	1.03	1.15	1.19	1.25	1.32	1.25	1.37	1.19	1.45	0.93	1.05	1.00	1.09	1.22	1.14
Ærø Kommune	1.18	1.25	1.06	1.14	1.05	1.38	1.18	1.74	0.96	1.23	0.92	1.24	1.10	1.21	1.01	0.74
Aabenraa Kommune	1.10	1.15	1.12	1.16	0.96	1.06	1.11	1.32	1.00	1.03	1.03	1.20	1.11	1.25	1.12	0.77
Aalborg Kommune	1.08	1.11	1.03	0.96	0.87	1.16	1.13	1.34	1.09	1.38	1.06	1.19	1.05	1.24	1.13	0.83
Aarhus Kommune	1.04	1.06	0.97	0.95	0.90	1.06	1.13	1.26	1.07	0.98	1.03	1.10	1.11	1.13	1.27	0.71

TABEL B.4.3

Kapitel 3: Alment praktiserende læge

Kommune	Figur								
	3.1.1.3	3.1.1.4	3.1.2.1	3.2.1.1	3.2.1.2	3.2.2.1	3.2.2.2	3.2.3.1	3.2.3.2
Albertslund Kommune	2,7	0,2	6,8	0,99	0,86	0,93	0,67	1,00	2,69
Allerød Kommune	3,1	0,1	6,4	1,31	1,12	1,09	0,76	1,60	3,67
Assens Kommune	5,2	0,3	6,8	0,94	0,86	0,86	0,61	0,97	4,07
Ballerup Kommune	2,8	0,2	7,3	1,15	1,07	1,19	0,86	1,20	2,37
Billund Kommune	4,1	0,5	7,6	0,88	0,79	0,86	0,46	1,08	5,57
Bornholms Regionskommune	5,1	1,1	6,3	0,64	0,72	0,95	0,72	1,25	4,26
Brøndby Kommune	2,9	0,6	5,6	0,99	0,98	0,87	0,95	0,65	3,31
Brønderslev Kommune	5,8	0,7	4,7	0,90	1,06	0,83	0,64	1,18	4,65
Dragør Kommune	4,4	0,8	4,2	1,16	1,05	1,42	1,24	0,62	3,24
Egedal Kommune	3,9	0,4	5,3	1,10	0,91	0,71	0,50	1,38	2,58
Esbjerg Kommune	5,3	0,4	6,2	0,97	0,90	1,17	0,62	1,12	4,68
Fanø Kommune	2,6	-0,1	-	0,77	0,78	0,62	0,27	0,61	2,42
Favrskov Kommune	4,6	0,3	6,7	0,93	0,78	0,69	0,46	1,09	2,22
Faxe Kommune	5,4	0,7	6,7	1,11	1,14	1,11	0,86	1,31	2,67
Fredensborg Kommune	4,2	0,6	5,9	1,47	1,27	1,45	0,94	1,19	3,10
Fredericia Kommune	4,0	0,2	5,9	0,91	1,05	0,84	0,56	1,16	2,61
Frederiksberg Kommune	2,1	0,2	5,9	0,89	0,80	1,01	0,77	1,20	2,21
Frederikshavn Kommune	4,7	0,6	5,8	0,90	0,88	0,98	0,66	0,90	4,01
Frederikssund Kommune	4,8	0,5	6,4	1,04	1,04	1,05	0,65	1,12	2,51
Furesø Kommune	3,3	0,4	5,7	1,34	1,10	1,31	0,92	1,43	2,49
Faaborg-Midtfyn Kommune	5,8	0,3	7,0	0,96	0,81	0,96	0,65	0,98	4,94
Gentofte Kommune	2,7	0,2	5,7	1,14	1,43	1,16	0,81	1,02	3,75
Gladsaxe Kommune	2,8	0,4	5,7	0,84	0,73	1,05	0,75	0,99	2,34
Glostrup Kommune	3,2	0,6	4,9	0,88	0,98	0,85	0,71	0,77	2,80
Greve Kommune	4,2	0,6	5,2	1,23	0,86	1,74	1,07	0,98	1,89
Gribskov Kommune	6,0	0,6	6,3	1,04	1,09	0,95	0,58	1,23	4,83
Guldborgsund Kommune	7,2	1,6	6,0	1,02	0,96	0,98	0,73	1,04	3,04
Haderslev Kommune	5,2	0,4	6,4	1,09	0,82	1,06	0,50	1,66	4,16
Halsnæs Kommune	5,8	1,6	5,8	1,01	1,19	0,70	0,54	1,36	3,15
Hedensted Kommune	6,3	0,6	5,6	0,78	0,78	0,78	0,53	0,67	2,19
Helsingør Kommune	4,0	0,5	6,1	1,37	1,32	1,48	0,82	1,04	3,88
Herlev Kommune	3,1	0,3	5,6	0,88	0,87	1,15	0,91	1,02	2,63
Herning Kommune	5,5	0,5	5,8	0,86	0,84	0,57	0,41	1,44	3,86
Hillerød Kommune	4,8	0,4	6,0	0,89	0,77	0,94	0,62	1,23	3,09
Hjørring Kommune	5,5	0,9	5,5	0,86	0,91	0,71	0,54	1,00	3,11
Holbæk Kommune	5,6	0,6	6,8	0,89	0,99	1,05	0,69	0,94	2,06
Holstebro Kommune	5,0	0,4	6,9	1,02	0,94	0,62	0,45	1,56	4,17
Horsens Kommune	4,5	0,2	6,4	0,96	0,92	0,84	0,53	1,14	2,89
Hvidovre Kommune	2,6	0,4	5,7	0,98	0,71	1,01	0,78	1,05	2,41
Høje-Taastrup Kommune	3,5	0,6	6,2	1,02	0,83	1,39	0,96	0,85	3,03
Hørsholm Kommune	3,4	0,4	7,2	1,29	1,01	1,55	0,99	0,85	2,57
Ikast-Brande Kommune	4,2	0,4	6,6	1,03	1,10	0,66	0,62	1,37	2,96
Ishøj Kommune	4,0	1,1	4,0	1,01	0,84	1,50	1,10	0,93	2,73
Jammerbugt Kommune	6,8	1,8	4,9	0,76	0,82	0,82	0,54	0,50	3,77
Kalundborg Kommune	6,5	0,9	5,3	0,87	0,88	1,04	0,68	0,58	3,48
Kerteminde Kommune	4,8	0,1	6,3	0,74	0,61	0,95	0,49	0,72	8,59

	Figur								
Kommune	3.1.1.3	3.1.1.4	3.1.2.1	3.2.1.1	3.2.1.2	3.2.2.1	3.2.2.2	3.2.3.1	3.2.3.2
Kolding Kommune	4,5	0,3	6,3	1,11	1,11	1,23	0,75	1,42	2,93
Københavns Kommune	2,4	0,4	5,4	0,97	0,95	1,13	0,78	1,31	2,96
Køge Kommune	4,7	0,4	6,8	1,39	1,40	1,31	0,76	1,23	3,37
Langeland Kommune	10,2	2,0	6,4	1,06	1,21	1,13	0,96	0,69	3,87
Lejre Kommune	6,8	0,6	5,5	0,91	0,92	1,27	0,69	1,09	2,62
Lemvig Kommune	6,3	0,9	6,4	1,09	0,89	1,37	0,87	0,76	3,55
Lolland Kommune	5,9	0,5	5,9	0,81	0,74	1,28	0,80	0,54	4,16
Lyngby-Taarbæk Kommune	2,7	0,2	6,7	1,07	0,82	0,99	0,69	1,01	2,10
Læsø Kommune	5,5	0,0	-	0,73	0,53	0,81	0,26	0,12	-
Mariagerfjord Kommune	5,4	0,6	5,9	1,02	1,11	0,79	0,63	1,12	4,07
Middelfart Kommune	4,4	0,5	7,4	0,85	1,00	0,70	0,66	1,12	2,75
Morsø Kommune	8,6	0,3	2,9	0,99	1,05	1,30	0,89	1,34	2,09
Norrdjurs Kommune	5,8	0,8	6,6	1,04	1,18	0,83	0,71	1,12	2,66
Nordfyns Kommune	5,2	0,4	6,5	0,95	0,86	1,06	0,78	0,73	3,72
Nyborg Kommune	4,7	0,6	5,3	1,00	0,84	0,96	0,68	0,66	3,35
Næstved Kommune	5,7	0,5	5,8	1,05	1,29	1,16	0,78	0,94	2,37
Odder Kommune	5,5	0,2	7,2	1,30	1,16	0,93	0,55	1,39	4,49
Odense Kommune	4,7	0,1	5,8	0,93	0,97	0,94	0,70	1,24	3,06
Odsherred Kommune	6,6	1,4	5,8	0,83	1,02	0,89	0,60	1,06	3,43
Randers Kommune	5,0	0,4	6,1	1,04	1,03	1,16	0,63	1,02	4,42
Rebild Kommune	6,3	0,7	5,4	1,00	1,03	0,74	0,68	1,26	2,61
Ringkøbing-Skjern Kommune	5,7	0,9	6,5	1,01	1,02	0,85	0,66	0,70	2,80
Ringsted Kommune	5,2	0,6	5,5	1,19	1,03	1,68	1,04	0,64	3,24
Roskilde Kommune	4,1	0,3	5,9	1,07	0,95	1,21	0,87	1,11	2,50
Rudersdal Kommune	3,8	0,4	6,1	1,16	1,02	1,54	0,89	1,01	2,50
Rødovre Kommune	2,5	0,2	6,2	1,07	0,84	1,06	0,80	1,13	4,72
Samsø Kommune	4,8	-0,1	-	0,71	1,04	0,95	0,87	0,76	2,68
Silkeborg Kommune	5,1	0,2	6,6	1,10	1,01	0,84	0,54	1,44	2,89
Skanderborg Kommune	5,0	0,1	6,0	0,97	1,02	0,67	0,46	1,60	2,96
Skive Kommune	6,2	0,6	5,6	1,05	0,99	1,16	0,72	1,22	3,73
Slagelse Kommune	4,9	0,8	6,0	1,08	1,09	1,38	0,84	0,64	2,75
Solrød Kommune	4,4	0,5	8,6	1,14	0,91	1,14	0,91	1,89	3,01
Sorø Kommune	5,0	0,5	6,4	0,84	0,84	1,01	0,71	0,96	1,64
Stevns Kommune	7,2	1,1	-	0,94	0,97	0,79	0,51	1,42	3,75
Struer Kommune	4,8	0,2	6,6	1,00	0,93	0,65	0,44	2,44	4,65
Svendborg Kommune	4,8	0,4	6,3	1,01	0,92	0,92	0,72	0,94	3,14
Syddjurs Kommune	6,5	1,0	6,2	1,00	0,99	0,72	0,64	0,98	3,16
Sønderborg Kommune	4,3	0,2	7,1	1,04	0,89	1,16	0,72	1,04	2,75
Thisted Kommune	8,1	1,6	6,2	1,21	1,34	1,17	0,88	0,79	3,59
Tønder Kommune	5,2	0,5	7,6	1,38	1,17	1,68	0,77	0,52	2,66
Tårnby Kommune	2,8	0,2	6,0	1,19	0,99	1,24	0,98	0,93	2,73
Vallensbæk Kommune	3,2	0,5	6,4	1,33	1,04	1,32	0,88	0,97	2,46
Varde Kommune	6,0	0,5	6,5	0,98	0,88	0,72	0,46	1,06	3,98
Vejen Kommune	5,2	0,1	6,8	0,86	0,88	0,86	0,78	0,93	3,58
Vejle Kommune	5,0	0,4	5,9	0,91	0,88	0,78	0,42	1,44	3,62
Vesthimmerlands Kommune	5,5	0,6	5,9	1,02	0,98	0,57	0,47	1,58	4,54
Viborg Kommune	5,2	0,4	6,0	0,90	1,06	0,72	0,62	1,54	4,18
Vordingborg Kommune	6,8	1,0	5,6	1,55	1,65	1,61	1,05	0,59	4,16

	Figur								
Kommune	3.1.1.3	3.1.1.4	3.1.2.1	3.2.1.1	3.2.1.2	3.2.2.1	3.2.2.2	3.2.3.1	3.2.3.2
Ærø Kommune	4,8	1,3	-	0,73	0,88	1,18	0,94	0,22	5,59
Aabenraa Kommune	6,2	0,6	6,8	1,02	0,97	1,56	0,77	1,08	3,11
Aalborg Kommune	5,4	0,7	5,6	0,89	0,92	0,94	0,62	1,28	3,17
Aarhus Kommune	4,4	0,1	6,1	1,01	0,98	0,93	0,60	1,58	2,65

TABEL B.4.4

Kapitel 4: Vagtlæge og akuttelefon 1813

	Figur	
Kommune	4.2.1	4.2.2
Albertslund Kommune	1,17	1,22
Allerød Kommune	0,85	0,98
Assens Kommune	0,90	1,01
Ballerup Kommune	0,99	1,12
Billund Kommune	1,02	0,93
Bornholms Regionskommune	0,75	0,97
Brøndby Kommune	1,05	1,09
Brønderslev Kommune	1,00	0,90
Dragør Kommune	0,97	1,08
Egedal Kommune	0,93	1,10
Esbjerg Kommune	1,33	1,10
Fanø Kommune	0,82	0,23
Favrskov Kommune	1,07	1,19
Faxe Kommune	0,84	0,98
Fredensborg Kommune	0,94	1,07
Fredericia Kommune	1,11	1,10
Frederiksberg Kommune	0,88	0,96
Frederikshavn Kommune	1,05	0,89
Frederikssund Kommune	0,86	1,07
Furesø Kommune	0,93	1,03
Faaborg-Midtfyn Kommune	1,13	1,13
Gentofte Kommune	0,91	1,00
Gladsaxe Kommune	0,99	1,03
Glostrup Kommune	1,20	1,05
Greve Kommune	1,34	1,27
Gribskov Kommune	0,83	1,01
Guldborgsund Kommune	0,92	0,81
Haderslev Kommune	0,88	1,03
Halsnæs Kommune	0,78	0,96
Hedensted Kommune	1,01	1,12
Helsingør Kommune	0,96	0,82
Herlev Kommune	1,05	1,06
Herning Kommune	0,94	0,85
Hillerød Kommune	1,11	1,00
Hjørring Kommune	1,12	0,94
Holbæk Kommune	0,99	1,01

Kommune	Figur	
	4.2.1	4.2.2
Holstebro Kommune	1,23	1,18
Horsens Kommune	1,10	1,19
Hvidovre Kommune	0,91	1,26
Høje-Taastrup Kommune	0,92	1,03
Hørsholm Kommune	0,90	1,15
Ikast-Brande Kommune	0,97	1,10
Ishøj Kommune	0,97	0,84
Jammerbugt Kommune	0,89	0,92
Kalundborg Kommune	1,00	1,07
Kerteminde Kommune	1,02	1,10
Kolding Kommune	1,19	1,36
Københavns Kommune	0,86	1,01
Køge Kommune	1,01	0,85
Langeland Kommune	1,02	1,27
Lejre Kommune	0,99	1,24
Lemvig Kommune	0,87	0,93
Lolland Kommune	1,01	1,02
Lyngby-Taarbæk Kommune	0,90	0,86
Læsø Kommune	0,90	0,83
Mariagerfjord Kommune	0,89	0,85
Middelfart Kommune	0,97	1,07
Morsø Kommune	1,03	1,00
Norddjurs Kommune	1,24	1,42
Nordfyns Kommune	0,79	0,76
Nyborg Kommune	1,09	1,25
Næstved Kommune	0,98	1,22
Odder Kommune	0,90	1,24
Odense Kommune	1,16	1,07
Odsherred Kommune	0,95	0,94
Randers Kommune	1,39	1,15
Rebild Kommune	1,08	1,15
Ringkøbing-Skjern Kommune	1,02	1,22
Ringsted Kommune	1,15	1,41
Roskilde Kommune	1,26	1,15
Rudersdal Kommune	1,00	1,13
Rødovre Kommune	1,04	1,29
Samsø Kommune	1,05	0,94
Silkeborg Kommune	1,07	0,99
Skanderborg Kommune	1,08	1,18
Skive Kommune	1,34	1,07
Slagelse Kommune	0,86	1,16
Solrød Kommune	1,23	1,49
Sorø Kommune	0,87	1,06
Stevns Kommune	0,92	1,24
Struer Kommune	0,97	1,06
Svendborg Kommune	0,94	1,23
Syddjurs Kommune	0,97	1,12
Sønderborg Kommune	1,00	1,13

Kommune	Figur	
	4.2.1	4.2.2
Thisted Kommune	0,95	0,89
Tønder Kommune	0,97	1,24
Tårnby Kommune	1,00	1,26
Vallensbæk Kommune	0,86	1,00
Varde Kommune	1,08	1,04
Vejen Kommune	0,91	1,29
Vejle Kommune	0,99	1,03
Vesthimmerlands Kommune	1,04	1,12
Viborg Kommune	1,03	0,98
Vordingborg Kommune	0,88	0,98
Ærø Kommune	1,13	0,98
Aabenraa Kommune	1,02	1,01
Aalborg Kommune	1,25	1,08
Aarhus Kommune	1,18	1,10

TABEL B.4.5

Kapitel 5: Praktiserende tandlæge og tandplejer

Kommune	Figur			
	5.1.1.3	5.1.1.4	5.2.1	5.2.2
Albertslund Kommune	1,9	0,1	0,88	0,76
Allerød Kommune	1,8	0,0	1,16	1,00
Assens Kommune	3,4	-1,0	0,95	0,68
Ballerup Kommune	1,2	0,0	0,95	0,85
Billund Kommune	4,8	0,0	1,08	0,91
Bornholms Regionskommune	3,5	1,0	1,40	1,11
Brøndby Kommune	1,0	0,0	0,76	0,94
Brønderslev Kommune	3,8	0,0	1,25	1,01
Dragør Kommune	1,9	0,0	0,95	0,99
Egedal Kommune	1,8	0,0	0,87	0,80
Esbjerg Kommune	2,7	0,1	0,83	0,82
Fanø Kommune	-	-	0,79	0,96
Favrskov Kommune	3,0	-0,1	1,09	0,93
Faxe Kommune	3,3	0,0	0,94	0,77
Fredensborg Kommune	1,9	0,0	0,85	0,77
Fredericia Kommune	1,9	0,0	1,08	0,95
Frederiksberg Kommune	0,4	0,0	0,92	0,96
Frederikshavn Kommune	3,1	0,0	1,31	1,18
Frederikssund Kommune	2,6	0,0	1,05	0,93
Furesø Kommune	1,5	0,0	1,03	0,89
Faaborg-Midtfyn Kommune	4,4	0,4	1,08	0,84
Gentofte Kommune	0,7	0,0	1,00	0,87
Gldsaxe Kommune	0,8	-0,1	0,83	0,82
Glostrup Kommune	1,4	0,0	0,84	0,84
Greve Kommune	1,5	0,0	1,10	0,85
Gribskov Kommune	3,9	0,1	0,93	0,96

Kommune	Figur			
	5.1.1.3	5.1.1.4	5.2.1	5.2.2
Guldborgsund Kommune	3,7	-0,1	0,83	0,83
Haderslev Kommune	4,1	0,2	0,94	0,83
Halsnæs Kommune	2,7	0,0	0,90	0,82
Hedensted Kommune	4,6	0,7	0,96	0,89
Helsingør Kommune	1,6	-0,1	1,02	1,03
Herlev Kommune	1,1	0,0	0,98	1,03
Herning Kommune	4,3	0,1	1,17	0,95
Hillerød Kommune	2,8	-0,2	0,98	0,96
Hjørring Kommune	3,2	0,0	1,19	1,05
Holbæk Kommune	4,0	0,6	0,97	0,77
Holstebro Kommune	3,7	0,0	1,15	0,88
Horsens Kommune	2,7	0,0	0,91	0,98
Hvidovre Kommune	1,0	0,0	0,97	0,98
Høje-Taastrup Kommune	1,8	0,3	0,73	0,73
Hørsholm Kommune	1,1	0,0	1,16	1,15
Ikast-Brande Kommune	3,3	0,4	1,20	0,93
Ishøj Kommune	1,2	0,0	0,64	0,73
Jammerbugt Kommune	3,9	0,2	1,13	0,91
Kalundborg Kommune	4,1	0,2	0,72	0,84
Kerteminde Kommune	2,7	0,0	1,16	1,05
Kolding Kommune	3,4	0,3	0,99	0,83
Københavns Kommune	0,6	0,0	0,82	0,89
Køge Kommune	1,8	0,0	1,24	1,02
Langeland Kommune	6,2	0,0	1,16	0,94
Lejre Kommune	4,9	0,0	1,28	0,78
Lemvig Kommune	7,3	0,0	0,86	1,03
Lolland Kommune	4,7	0,0	0,88	0,73
Lyngby-Taarbæk Kommune	0,8	0,0	1,23	0,97
Læsø Kommune	5,4	0,0	1,27	1,13
Mariagerfjord Kommune	4,2	0,0	1,20	0,94
Middelfart Kommune	3,6	0,2	1,03	0,79
Morsø Kommune	7,2	0,0	1,09	0,99
Norrdjurs Kommune	3,3	0,0	1,28	0,97
Nordfyns Kommune	4,5	0,0	1,05	0,80
Nyborg Kommune	4,5	1,8	0,82	0,82
Næstved Kommune	3,9	0,7	1,17	1,01
Odder Kommune	4,2	0,0	1,22	1,05
Odense Kommune	2,1	0,1	0,86	0,77
Odsherred Kommune	4,0	0,0	1,02	1,07
Randers Kommune	3,0	0,1	1,10	0,90
Rebild Kommune	4,5	0,0	1,23	0,99
Ringkøbing-Skjern Kommune	5,2	-0,2	1,13	0,91
Ringsted Kommune	3,6	0,0	0,94	0,76
Roskilde Kommune	2,3	-0,1	1,00	0,73
Rudersdal Kommune	1,4	0,1	1,03	0,75
Rødovre Kommune	0,9	0,1	0,90	1,00
Samsø Kommune	4,6	-0,1	0,82	0,66
Silkeborg Kommune	4,0	0,3	1,30	0,91

Kommune	Figur			
	5.1.1.3	5.1.1.4	5.2.1	5.2.2
Skanderborg Kommune	2,8	0,1	1,23	1,07
Skive Kommune	3,9	0,0	1,13	0,86
Slagelse Kommune	3,3	0,0	0,87	0,83
Solrød Kommune	1,5	0,0	1,23	0,77
Sorø Kommune	3,0	0,4	1,01	0,80
Stevns Kommune	3,8	0,1	1,14	0,91
Struer Kommune	3,4	0,0	1,13	0,94
Svendborg Kommune	3,5	0,5	0,96	0,78
Syddjurs Kommune	3,5	-0,4	1,08	0,88
Sønderborg Kommune	2,9	0,0	0,84	0,96
Thisted Kommune	3,8	-0,1	1,10	0,91
Tønder Kommune	6,9	2,0	0,55	0,91
Tårnby Kommune	1,0	0,0	0,87	0,81
Vallensbæk Kommune	1,3	0,1	0,94	0,79
Varde Kommune	4,6	0,3	1,07	1,02
Vejen Kommune	4,7	0,6	1,07	1,13
Vejle Kommune	3,3	0,0	1,09	1,10
Vesthimmerlands Kommune	3,7	0,0	1,01	0,79
Viborg Kommune	3,6	0,1	1,18	0,94
Vordingborg Kommune	5,4	0,4	1,00	0,76
Ærø Kommune	8,3	0,0	0,96	1,01
Aabenraa Kommune	4,1	0,5	0,50	0,70
Aalborg Kommune	2,2	0,2	1,03	0,92
Aarhus Kommune	1,5	0,1	0,92	0,78

TABEL B.4.6

Kapitel 6: Fysioterapeut

Kommune	Figur				
	6.1.1.3	6.1.1.4	6.1.2.1	6.2.1	6.2.2
Albertslund Kommune	2,1	0,4	3,40	1,03	1,29
Allerød Kommune	3,0	0,2	2,80	1,35	1,19
Assens Kommune	4,0	-0,1	2,90	1,10	1,11
Ballerup Kommune	2,2	0,0	2,50	1,07	1,16
Billund Kommune	4,9	0,0	2,10	1,04	1,22
Bornholms Regionskommune	4,1	0,0	2,80	0,83	1,56
Brøndby Kommune	1,8	0,0	2,50	0,96	1,26
Brønderslev Kommune	4,0	0,0	2,20	0,83	0,90
Dragør Kommune	2,1	0,0	-	0,87	0,84
Egedal Kommune	2,9	0,1	2,00	1,23	1,31
Esbjerg Kommune	4,0	-0,2	1,80	1,05	1,15
Fanø Kommune	2,5	0,0	-	0,71	0,95
Favrskov Kommune	3,7	0,1	1,70	1,20	1,08
Faxe Kommune	4,3	0,3	1,80	0,73	0,98
Fredensborg Kommune	3,0	0,0	1,20	1,08	1,08
Fredericia Kommune	3,8	0,1	1,40	0,68	1,19

Kommune	Figur				
	6.1.1.3	6.1.1.4	6.1.2.1	6.2.1	6.2.2
Frederiksberg Kommune	0,6	0,0	2,40	0,95	1,01
Frederikshavn Kommune	3,9	-0,1	2,70	0,89	1,41
Frederikssund Kommune	2,9	0,0	3,00	1,21	1,33
Furesø Kommune	2,0	0,0	2,50	1,23	1,11
Faaborg-Midtfyn Kommune	5,5	-0,1	1,50	0,98	0,91
Gentofte Kommune	1,2	0,0	2,80	1,34	1,27
Gladsaxe Kommune	1,5	0,0	1,40	0,97	0,99
Glostrup Kommune	1,9	0,0	3,10	1,00	0,96
Greve Kommune	2,1	0,0	2,20	1,34	1,26
Gribskov Kommune	4,3	0,0	2,90	1,04	1,07
Guldborgsund Kommune	5,4	0,1	2,20	0,85	1,25
Haderslev Kommune	4,5	0,2	2,10	0,63	0,95
Halsnæs Kommune	2,6	-0,5	3,70	1,03	1,10
Hedensted Kommune	5,1	-0,3	1,80	0,92	1,13
Helsingør Kommune	2,1	0,0	3,30	1,13	1,32
Herlev Kommune	1,8	0,0	3,00	1,21	1,23
Herning Kommune	4,4	0,0	2,40	1,14	1,03
Hillerød Kommune	3,2	0,0	3,10	1,16	0,99
Hjørring Kommune	4,0	0,1	2,20	0,98	1,51
Holbæk Kommune	3,5	0,1	2,50	1,02	1,07
Holstebro Kommune	3,7	0,1	2,50	1,30	1,39
Horsens Kommune	3,6	0,0	1,50	0,96	1,37
Hvidovre Kommune	1,9	0,0	2,00	0,89	1,07
Høje-Taastrup Kommune	1,9	0,1	1,80	1,05	1,44
Hørsholm Kommune	1,5	0,0	5,20	1,54	1,02
Ikast-Brande Kommune	4,2	0,0	2,30	1,16	1,27
Ishøj Kommune	1,4	0,1	2,20	1,05	1,09
Jammerbugt Kommune	4,4	0,0	2,10	1,22	1,42
Kalundborg Kommune	4,1	0,0	2,10	1,02	1,32
Kerteminde Kommune	2,9	0,0	2,50	0,95	1,06
Kolding Kommune	3,6	0,3	1,70	0,82	1,00
Københavns Kommune	1,2	0,0	1,30	0,92	1,06
Køge Kommune	2,6	0,1	2,10	1,21	1,78
Langeland Kommune	9,1	0,1	-	0,86	1,07
Lejre Kommune	4,2	0,0	3,50	1,33	1,03
Lemvig Kommune	5,0	0,0	2,80	1,47	1,11
Lolland Kommune	6,6	0,8	2,70	0,75	1,84
Lyngby-Taarbæk Kommune	1,6	0,1	3,40	1,19	1,34
Læsø Kommune	5,1	-0,1	-	0,81	0,96
Mariagerfjord Kommune	4,4	0,2	2,10	0,99	1,00
Middelfart Kommune	4,5	0,0	1,70	0,89	1,02
Morsø Kommune	7,4	-0,1	-	1,06	1,32
Norddjurs Kommune	5,3	-0,3	2,00	0,95	1,13
Nordfyns Kommune	4,6	0,4	1,90	1,20	1,26
Nyborg Kommune	4,1	0,2	1,70	0,63	1,18
Næstved Kommune	3,8	-0,1	2,30	1,04	1,23
Odder Kommune	4,1	-0,3	-	0,79	1,19
Odense Kommune	2,4	0,0	2,00	0,68	0,98

Kommune	Figur				
	6.1.1.3	6.1.1.4	6.1.2.1	6.2.1	6.2.2
Odsherred Kommune	4,9	0,1	2,40	1,10	1,39
Randers Kommune	3,2	0,2	2,50	1,07	1,23
Rebild Kommune	6,0	-0,1	1,90	0,90	0,93
Ringkøbing-Skjern Kommune	4,7	0,1	2,10	1,29	0,93
Ringsted Kommune	3,2	0,0	2,20	1,12	1,12
Roskilde Kommune	2,5	0,0	2,80	1,00	1,02
Rudersdal Kommune	1,8	0,3	5,00	1,34	1,01
Rødovre Kommune	1,4	0,0	2,20	0,97	1,10
Samsø Kommune	4,7	0,0	-	1,00	0,62
Silkeborg Kommune	3,8	0,0	1,80	0,83	1,08
Skanderborg Kommune	3,3	0,0	2,10	0,99	1,17
Skive Kommune	5,9	0,0	2,70	0,76	0,80
Slagelse Kommune	3,3	0,1	2,40	0,73	0,95
Solrød Kommune	2,7	0,0	2,70	0,98	1,07
Sorø Kommune	3,6	0,4	2,40	0,99	1,05
Stevns Kommune	5,1	0,0	-	1,02	1,28
Struer Kommune	3,7	0,0	3,00	1,57	1,91
Svendborg Kommune	3,4	-0,6	2,40	0,91	1,32
Syddjurs Kommune	4,7	0,1	2,60	1,21	1,27
Sønderborg Kommune	4,2	0,7	2,30	0,89	1,08
Thisted Kommune	5,9	-0,2	2,70	1,32	1,54
Tønder Kommune	5,1	0,0	2,20	0,77	1,08
Tårnby Kommune	1,7	0,0	1,70	0,79	0,96
Vallensbæk Kommune	1,4	0,0	-	0,86	0,97
Varde Kommune	4,5	0,0	2,20	1,48	1,12
Vejen Kommune	4,5	0,0	2,10	1,02	0,93
Vejle Kommune	3,7	-0,2	1,60	0,87	1,12
Vesthimmerlands Kommune	4,6	-0,1	2,70	0,99	1,05
Viborg Kommune	5,4	-0,2	2,60	1,06	0,91
Vordingborg Kommune	4,7	0,1	2,40	0,91	1,50
Ærø Kommune	8,1	0,2	-	0,80	0,99
Aabenraa Kommune	5,0	0,3	1,90	0,84	1,14
Aalborg Kommune	3,2	0,1	1,70	1,01	1,17
Aarhus Kommune	2,0	0,1	2,40	0,99	1,08

TABEL B.4.7

Kapitel 7: Psykolog

Kommune	Figur				
	7.1.1.3	7.1.1.4	7.1.2.1	7.2.1	7.2.2
Albertslund Kommune	1,6	0,3	-	1,03	1,29
Allerød Kommune	2,9	-0,2	-	1,35	1,19
Assens Kommune	10,8	2,6	-	1,10	1,11
Ballerup Kommune	2,1	0,1	1,20	1,07	1,16
Billund Kommune	5,0	-3,2	-	1,04	1,22
Bornholms Regionskommune	6,8	1,1	1,50	0,83	1,56

Kommune	Figur				
	7.1.1.3	7.1.1.4	7.1.2.1	7.2.1	7.2.2
Brøndby Kommune	2,0	-0,3	1,40	0,96	1,26
Brønderslev Kommune	10,9	-0,1	-	0,83	0,90
Dragør Kommune	2,1	0,0	-	0,87	0,84
Egedal Kommune	3,0	-0,3	-	1,23	1,31
Esbjerg Kommune	4,4	0,7	0,90	1,05	1,15
Fanø Kommune	-	-	-	0,71	0,95
Favrskov Kommune	6,2	1,7	-	1,20	1,08
Faxe Kommune	3,7	-4,4	-	0,73	0,98
Fredensborg Kommune	3,9	-0,1	-	1,08	1,08
Fredericia Kommune	2,2	0,0	1,60	0,68	1,19
Frederiksberg Kommune	0,8	-0,1	1,20	0,95	1,01
Frederikshavn Kommune	3,4	-0,7	1,80	0,89	1,41
Frederikssund Kommune	5,7	-0,2	1,30	1,21	1,33
Furesø Kommune	2,0	0,4	1,20	1,23	1,11
Faaborg-Midtfyn Kommune	6,2	-1,3	-	0,98	0,91
Gentofte Kommune	1,1	0,1	1,60	1,34	1,27
Gladsaxe Kommune	1,7	0,2	1,20	0,97	0,99
Glostrup Kommune	1,5	-0,1	-	1,00	0,96
Greve Kommune	2,2	-0,8	1,60	1,34	1,26
Gribskov Kommune	4,0	-0,2	1,50	1,04	1,07
Guldborgsund Kommune	7,2	0,0	1,60	0,85	1,25
Haderslev Kommune	7,9	3,2	2,10	0,63	0,95
Halsnæs Kommune	5,9	-0,2	-	1,03	1,10
Hedensted Kommune	8,8	1,0	-	0,92	1,13
Helsingør Kommune	2,4	-0,2	1,80	1,13	1,32
Herlev Kommune	1,2	-0,5	-	1,21	1,23
Herning Kommune	7,5	0,1	1,50	1,14	1,03
Hillerød Kommune	3,9	0,0	1,80	1,16	0,99
Hjørring Kommune	5,8	0,5	2,10	0,98	1,51
Holbæk Kommune	7,7	0,2	1,60	1,02	1,07
Holstebro Kommune	4,6	0,7	1,90	1,30	1,39
Horsens Kommune	3,3	0,0	1,60	0,96	1,37
Hvidovre Kommune	1,7	0,1	0,90	0,89	1,07
Høje-Taastrup Kommune	2,7	-0,6	1,40	1,05	1,44
Hørsholm Kommune	1,8	-0,2	-	1,54	1,02
Ikast-Brandø Kommune	7,1	3,2	1,50	1,16	1,27
Ishøj Kommune	1,3	-0,2	-	1,05	1,09
Jammerbugt Kommune	6,7	-5,6	-	1,22	1,42
Kalundborg Kommune	9,3	0,4	1,40	1,02	1,32
Kerteminde Kommune	15,7	0,1	-	0,95	1,06
Kolding Kommune	4,7	0,4	1,70	0,82	1,00
Københavns Kommune	0,9	0,0	1,40	0,92	1,06
Køge Kommune	5,3	-0,5	1,70	1,21	1,78
Langeland Kommune	9,5	-17,4	-	0,86	1,07
Lejre Kommune	9,1	0,0	-	1,33	1,03
Lemvig Kommune	9,2	0,4	-	1,47	1,11
Lolland Kommune	6,4	0,1	1,20	0,75	1,84
Lyngby-Taarbæk Kommune	1,7	0,1	1,40	1,19	1,34

Kommune	Figur				
	7.1.1.3	7.1.1.4	7.1.2.1	7.2.1	7.2.2
Læsø Kommune	-	-	-	0,81	0,96
Mariagerfjord Kommune	5,2	-1,4	1,40	0,99	1,00
Middelfart Kommune	4,4	0,2	-	0,89	1,02
Morsø Kommune	7,2	0,0	-	1,06	1,32
Norddjurs Kommune	6,3	0,3	-	0,95	1,13
Nordfyns Kommune	11,4	-5,2	-	1,20	1,26
Nyborg Kommune	5,8	-0,1	-	0,63	1,18
Næstved Kommune	5,2	-0,4	1,50	1,04	1,23
Odder Kommune	3,8	-0,3	-	0,79	1,19
Odense Kommune	2,5	-0,3	2,70	0,68	0,98
Odsherred Kommune	10,4	5,6	-	1,10	1,39
Randers Kommune	4,6	0,1	1,30	1,07	1,23
Rebild Kommune	6,8	-1,5	-	0,90	0,93
Ringkøbing-Skjern Kommune	9,5	0,1	1,20	1,29	0,93
Ringsted Kommune	3,8	-0,1	1,80	1,12	1,12
Roskilde Kommune	3,4	-0,3	1,50	1,00	1,02
Rudersdal Kommune	2,7	-0,2	1,20	1,34	1,01
Rødovre Kommune	1,7	0,1	1,60	0,97	1,10
Samsø Kommune	4,7	-	-	1,00	0,62
Silkeborg Kommune	5,6	-0,3	1,40	0,83	1,08
Skanderborg Kommune	3,5	0,0	1,20	0,99	1,17
Skive Kommune	5,8	-0,9	1,70	0,76	0,80
Slagelse Kommune	4,2	0,1	1,40	0,73	0,95
Solrød Kommune	1,8	-1,3	-	0,98	1,07
Sorø Kommune	7,7	-0,3	1,70	0,99	1,05
Stevns Kommune	9,3	-0,1	-	1,02	1,28
Struer Kommune	5,8	0,0	-	1,57	1,91
Svendborg Kommune	5,6	0,9	2,20	0,91	1,32
Syddjurs Kommune	6,5	0,0	1,20	1,21	1,27
Sønderborg Kommune	6,0	-2,4	1,50	0,89	1,08
Thisted Kommune	11,3	0,6	1,40	1,32	1,54
Tønder Kommune	14,9	1,0	1,30	0,77	1,08
Tårnby Kommune	2,0	-0,3	1,20	0,79	0,96
Vallensbæk Kommune	1,3	-0,3	-	0,86	0,97
Varde Kommune	7,9	-1,5	1,40	1,48	1,12
Vejen Kommune	7,5	0,3	-	1,02	0,93
Vejle Kommune	6,6	1,0	1,70	0,87	1,12
Vesthimmerlands Kommune	4,9	-4,4	1,30	0,99	1,05
Viborg Kommune	6,3	-0,2	1,20	1,06	0,91
Vordingborg Kommune	4,8	-0,2	1,70	0,91	1,50
Ærø Kommune	8,4	-0,3	-	0,80	0,99
Aabenraa Kommune	6,4	-0,8	1,40	0,84	1,14
Aalborg Kommune	4,5	-1,2	1,80	1,01	1,17
Aarhus Kommune	2,8	0,0	2,00	0,99	1,08

TABEL B.4.8

Kapitel 8: Kiropraktor

Kommune	Figur			
	8.1.1.3	8.1.1.4	8.2.1	8.2.2
Albertslund Kommune	1,9	0,0	0,74	1,36
Allerød Kommune	3,1	0,0	1,18	0,96
Assens Kommune	6,4	-2,5	1,28	0,98
Ballerup Kommune	2,5	-0,3	0,75	1,07
Billund Kommune	5,5	-3,1	1,16	1,37
Bornholms Regionskommune	13,1	0,0	0,54	0,83
Brøndby Kommune	2,7	0,5	0,80	1,35
Brønderslev Kommune	6,1	0,0	1,57	1,32
Dragør Kommune	2,1	0,0	0,89	0,84
Egedal Kommune	4,2	-0,1	0,93	1,04
Esbjerg Kommune	5,7	0,1	0,70	0,69
Fanø Kommune	-	-	0,78	1,37
Favrskov Kommune	6,0	-0,2	1,40	1,09
Faxe Kommune	11,0	5,9	1,09	1,06
Fredensborg Kommune	6,2	-0,4	0,93	0,81
Fredericia Kommune	3,7	0,0	1,62	0,97
Frederiksberg Kommune	0,9	0,0	0,82	0,97
Frederikshavn Kommune	5,0	0,0	1,13	1,26
Frederikssund Kommune	6,6	0,0	1,16	0,90
Furesø Kommune	2,3	0,0	0,78	0,94
Faaborg-Midtfyn Kommune	7,1	-0,4	0,99	0,74
Gentofte Kommune	2,1	0,0	0,81	0,96
Gladsaxe Kommune	2,4	0,0	0,70	0,74
Glostrup Kommune	1,6	-0,3	0,89	1,32
Greve Kommune	3,2	-1,1	0,78	1,11
Gribskov Kommune	5,1	0,0	1,83	1,06
Guldborgsund Kommune	9,3	0,1	1,47	1,25
Haderslev Kommune	5,9	0,0	1,44	1,04
Halsnæs Kommune	5,9	-0,1	1,21	1,01
Hedensted Kommune	8,4	0,0	1,39	1,05
Helsingør Kommune	3,5	0,0	1,24	1,24
Herlev Kommune	1,9	-0,1	1,25	1,41
Herning Kommune	8,2	0,4	0,98	0,78
Hillerød Kommune	3,9	-0,4	1,24	1,18
Hjørring Kommune	8,7	0,0	1,19	0,98
Holbæk Kommune	7,9	-1,6	0,97	1,03
Holstebro Kommune	7,5	0,1	1,32	0,84
Horsens Kommune	5,9	0,0	1,31	0,88
Hvidovre Kommune	2,4	0,0	0,81	1,16
Høje-Taastrup Kommune	3,7	0,0	0,68	0,93
Hørsholm Kommune	1,8	-0,4	1,04	0,97
Ikast-Brande Kommune	12,1	0,1	1,16	0,92
Ishøj Kommune	1,6	0,0	0,69	0,93
Jammerbugt Kommune	10,9	0,0	1,32	1,33
Kalundborg Kommune	10,0	0,0	1,14	0,96
Kerteminde Kommune	5,4	-0,1	1,33	1,13

Kommune	Figur			
	8.1.1.3	8.1.1.4	8.2.1	8.2.2
Kolding Kommune	5,4	-0,4	1,30	0,90
Københavns Kommune	1,2	0,0	0,80	1,05
Køge Kommune	6,3	0,1	0,95	1,07
Langeland Kommune	26,7	-0,2	1,31	1,61
Lejre Kommune	10,8	-3,0	0,98	0,99
Lemvig Kommune	9,1	0,0	1,84	1,38
Lolland Kommune	16,2	0,0	1,94	0,89
Lyngby-Taarbæk Kommune	2,4	0,1	0,87	0,90
Læsø Kommune	-	-	-	-
Mariagerfjord Kommune	6,8	0,0	1,06	1,19
Middelfart Kommune	6,2	-0,6	1,15	0,93
Morsø Kommune	7,5	0,0	0,62	0,96
Norddjurs Kommune	11,0	-0,2	0,91	0,75
Nordfyns Kommune	4,5	-2,5	1,71	1,15
Nyborg Kommune	5,5	0,0	1,89	0,83
Næstved Kommune	6,0	0,1	0,99	0,77
Odder Kommune	4,6	0,3	0,89	0,77
Odense Kommune	2,8	-0,3	1,20	1,38
Odsherred Kommune	26,5	0,0	0,53	1,23
Randers Kommune	5,6	0,3	1,17	1,04
Rebild Kommune	15,2	-2,2	0,88	1,00
Ringkøbing-Skjern Kommune	17,9	2,4	0,87	0,99
Ringsted Kommune	4,7	0,6	0,73	0,98
Roskilde Kommune	4,6	0,0	0,86	1,07
Rudersdal Kommune	3,4	0,0	0,84	0,98
Rødovre Kommune	1,7	-0,1	0,85	1,14
Samsø Kommune	-	-	0,25	0,83
Silkeborg Kommune	7,4	0,7	1,39	0,97
Skanderborg Kommune	6,8	0,2	1,47	1,44
Skive Kommune	8,0	0,0	0,59	0,96
Slagelse Kommune	5,5	-0,1	1,29	1,15
Solrød Kommune	3,4	0,0	0,70	0,76
Sorø Kommune	7,4	0,0	1,28	1,26
Stevns Kommune	15,7	0,0	0,89	0,85
Struer Kommune	5,9	0,0	1,02	0,82
Svendborg Kommune	5,6	0,3	1,66	1,03
Syddjurs Kommune	8,5	0,0	0,71	1,02
Sønderborg Kommune	9,5	0,0	1,11	0,96
Thisted Kommune	8,9	0,0	0,76	0,92
Tønder Kommune	14,1	-0,2	1,00	1,08
Tårnby Kommune	2,6	-0,9	1,23	1,28
Vallensbæk Kommune	2,0	-0,6	0,97	1,20
Varde Kommune	11,6	0,7	0,56	0,86
Vejen Kommune	10,4	0,0	1,28	0,92
Vejle Kommune	7,2	-0,5	1,35	1,27
Vesthimmerlands Kommune	8,7	0,0	0,73	1,06
Viborg Kommune	8,0	0,2	0,62	0,80
Vordingborg Kommune	13,1	-0,1	1,08	1,11

Kommune	Figur			
	8.1.1.3	8.1.1.4	8.2.1	8.2.2
Ærø Kommune	-	-	1,15	1,11
Aabenraa Kommune	7,8	0,1	0,62	0,75
Aalborg Kommune	5,5	-0,6	0,90	0,92
Aarhus Kommune	3,2	-0,7	0,86	1,24

Bilagsreferencer

1. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7_suppl):22-5.
2. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):91-4.
3. Baadsgaard M, Quitzau J. Danish registers on personal income and transfer payments. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):103-5.
4. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7_suppl):30-3.
5. Sahl Andersen J, De Fine Olivarius N, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(7_suppl):34-7.
6. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Algren MH, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
7. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
8. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed – Den nationale sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen; 2018.
9. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, K K, Christensen AI, et al. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen; 2022.
10. Kjaersgaard MIS, Vedsted P, Parner ET, Bech BH, Vestergaard M, Flarup KR, et al. Algorithm linking patients and general practices in Denmark using the Danish National Health Service Register. *Clinical epidemiology*. 2016;8:273-83.
11. Sundhedsdatastyrelsen. Algoritmer for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2018.
12. Hvidberg MF, Johnsen SP, Glümer C, Petersen KD, Olesen AV, Ehlers L. Catalog of 199 register-based definitions of chronic conditions. *Scand J Public Health*. 2016;44(5):462-79.
13. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):422.

Social og geografisk ulighed i sundhedsydelser

Analyse af behov for, adgang til og brug af ydelser
i det primære sundhedsvæsen

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk version ISBN: XXX-XX-XXXX-XXX-X

Sprog: Dansk
Version: 1.
Versionsdato: XX. maj 2023
Format: pdf
Foto: iStock
Design og layout: BGRAPHIC

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Maj 2023

