

Mette Bjerrum Koch
Nina Føns Johnsen
Michael Davidsen
Knud Juul

Statens
Institut
for
Folkesundhed

Hjertekar- sygdomme i 2011

Incidens, prævalens og dødelighed
samt udviklingen siden 2002

Hjertekarsygdomme i 2011
– Incidens, prævalens og dødelighed samt udvikling siden 2002

Mette Bjerrum Koch
Nina Føns Johnsen
Michael Davidsen
Knud Juel

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
februar 2014

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-269-7

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A
1353 København K

Rapporten kan downloades på <http://www.si-folkesundhed.dk/>

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	4
1 Indledning.....	6
2 Materiale og metode.....	7
2.1 Landspatientregistret	7
2.2 Dødsårsagsregistret.....	7
2.3 Definition af hjertekarsygdomme	8
2.4 Definition af incidens, prævalens og dødelighed	8
2.5 Befolkningen	9
2.6 Uddannelsesniveau	10
2.7 Regioner	10
2.8 En kort læsevejledning	11
3 Iskæmisk hjertesygdom (IHD)	12
3.1 Udviklingen i IHD	14
3.2 IHD fordelt på uddannelsesniveau	16
3.3 IHD fordelt på regioner	18
4 Akut myokardieinfarkt (AMI).....	20
4.1 Udviklingen i AMI	22
4.2 AMI fordelt på uddannelsesniveau	24
4.3 AMI fordelt på regioner.....	26
5 Hjerteklapsygdomme	28
5.1 Udviklingen i hjerteklapsygdomme.....	30
5.2 Hjerteklapsygdomme fordelt på uddannelsesniveau	32
5.3 Hjerteklapsygdomme fordelt på regioner.....	34
6 Hjertesvigt	36
6.1 Udviklingen i hjertesvigt.....	38
6.2 Hjertesvigt fordelt på uddannelsesniveau	40
6.3 Hjertesvigt fordelt på regioner.....	42
7 Forkammerflimren	44
7.1 Udviklingen i forkammerflimren	46
7.2 Forkammerflimren fordelt på uddannelsesniveau	48
7.3 Forkammerflimren fordelt på regioner	50

8	Karsygdomme i hjernen.....	52
8.1	Udviklingen i karsygdomme i hjernen.....	54
8.2	Karsygdomme i hjernen fordelt på uddannelsesniveau	56
8.3	Karsygdomme i hjernen fordelt på regioner.....	58
9	Alle hjertekarsygdomme	60
9.1	Udviklingen i hjertekarsygdomme	62
9.2	Hjertekarsygdomme fordelt på uddannelsesniveau.....	64
9.3	Hjertekarsygdomme fordelt på regioner	66
10	Metodemæssige overvejelser	68
	Bilag.....	70

Sammenfatning

Indledning

Denne rapport beskriver incidens, prævalens og dødelighed af en række hjertekarsygdomme i Danmark. De sygdomme, der beskrives, er iskæmisk hjertesygdom, akut myokardieinfarkt, hjerteklapsygdom, hjertesvigt, forkammerflimren og karsygdomme i hjernen. Rapporten indeholder dels en status for 2011 og dels en beskrivelse af udviklingen i perioden 2002-2011. Der er endvidere lavet opgørelser af incidens, prævalens og dødelighed fordelt på uddannelsesniveau og regioner.

Materiale og metode

Rapporten tager udgangspunkt i registerdata fra Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret, hvor indlæggelser og død grundet hjertekarsygdomme bruges til at afgøre, hvornår en person får et nyt tilfælde af (er incident med eller dør af) en hjertekarsygdom. Et tilfælde tæller som værende nyt/incident, hvis personen i de forudgående 20 år ikke har haft et tilfælde. Tidsperioden sættes til 20 år, idet det er muligt at følge personerne 20 år bagud i registre. Prævalens beregnes med udgangspunkt i incidens, hvor hver person betragtes som værende prævalent i 20 år efter det incidente tilfælde eller til sin død. Opgørelserne er lavet for alle danskere på 35 år eller derover, dog ved opgørelser efter uddannelsesniveau for aldersgruppen 35-84 år.

Incidens, prævalens og dødelighed af hjertekarsygdomme i 2011

I 2011 blev der registreret knap 46.000 nye tilfælde af hjertekarsygdom. Den hyppigst diagnosticerede hjertekarsygdom var forkammerflimren med knap 20.000 nye tilfælde og en incidensrate på 562 per 100.000 for kvinder og 716 per 100.000 for mænd. Den næst-hyppigst diagnosticerede hjertekarsygdom var iskæmisk hjertesygdom, der omfatter akut myokardieinfarkt, kronisk iskæmisk hjertesygdom og angina pectoris, med mere end 16.000 nye tilfælde i 2011 og en incidensrate på 399 per 100.000 kvinder og 667 per 100.000 mænd. Hovedparten af tilfældene af iskæmisk hjertesygdom skyldtes akut myokardieinfarkt med knap 8.600 nye tilfælde og en incidensrate på 196 per 100.000 for kvinder og 357 per 100.000 for mænd.

Det estimeres, at knap 430.000 danske mænd og kvinder levede med en hjertekarsygdom i 2011, lidt flere mænd end kvinder. 150.000 personer levede med IHD i 2011, hvilket gør iskæmisk hjertesygdom til den hyppigst forekomne hjertekarsygdom. Mere end 90.000 danske mænd og kvinder levede med forkammerflimren i 2011 og godt 87.000 levede med karsygdomme i hjernen.

I 2011 døde mere end 13.000 danske mænd og kvinder af en hjertekarsygdom, hvilket svarede til 25 % af alle dødsfald blandt personer på 35 år eller derover. Den højeste dødelighed sås for iskæmisk hjertesygdom med rater på 121 per 100.000 kvinder og 157 per 100.000 mænd. Herefter fulgte karsygdomme i hjernen med dødelighedsrater på 118 per 100.000 kvinder og 92 per 100.000 mænd.

Udviklingen

For iskæmisk hjertesygdom, akut myokardieinfarkt og karsygdomme i hjernen, var der i perioden 2002-2011 et fald i antallet af nye tilfælde og i den aldersstandardiserede incidensrate, samt et næsten uændret antal og prævalensrate. Derudover faldt dødeligheden for de nævnte sygdomme ganske markant. Således var incidensraten ca. 33 % lavere i 2011 sammenlignet med 2002, mens dødeligheden var halveret.

Til gengæld var der for hjerteklapsygdomme (2002-2011) og forkammerflimren (2005-2011) både en stigning i antallet af nye tilfælde og incidensraten, samt antal og prævalensrate for personer, der levede med hjerteklapsygdomme og forkammerflimren. Denne stigning udgjorde ca. 20 % for forkammerflimren og noget mere for hjerteklapsygdommene. For hjertesvigt ændrede antallet af nye tilfælde og incidensraten sig ikke mellem 2005 og 2011, mens antal prævalente personer og raten af hjertesvigt, var uændret for kvinder og steg knap 11 % for mænd.

Hjertekarsygdomme fordelt på uddannelsesniveau

Med undtagelse af hjerteklapsygdomme og forkammerflimren, var der tydelige gradienter i forekomst og dødelighed af hjertekarsygdomme i forhold til uddannelse, således at den højeste forekomst og dødelighed af hjertekarsygdomme fandtes hos personer med grundskole som højest gennemførte uddannelse, mens den laveste forekomst og dødelighed fandtes hos personer med lang videregående uddannelse. Forekomst og dødelighed af hjertekarsygdomme var 1,5-3 gange højere hos personer med grundskole som højest gennemførte uddannelse sammenlignet med personer med lang videregående uddannelse.

Hjertekarsygdomme fordelt på regioner

For iskæmisk hjertesygdom og akut myokardieinfarkt adskilte incidens og prævalens sig ikke væsentligt mellem de fem regioner, mens dødeligheden af iskæmisk hjertesygdom og akut myokardieinfarkt var lidt højere i region Nordjylland i forhold til de øvrige regioner. Der var nogen forskel i forekomsten af hjerteklapsygdom mellem regioner, hvor Region Sjælland havde den laveste incidens og prævalens (både mænd og kvinder), mens Region Midtjylland havde den højeste; forskellen udgjorde ca. 35 %. For hjertesvigt var både incidens- og prævalensrate højest i Region Hovedstaden, og der var nærmest en trend i forekomsten med lavere forekomst med stigende afstand til hovedstaden. Således var forekomsten af hjertesvigt næsten dobbelt så høj i Region Hovedstaden sammenlignet med Region Nordjylland. For forkammerflimren var der ingen regionale forskelle, og for karsygdomme i hjernen skilte Region Nordjylland sig en smule ud ved at have op til 33 % lavere incidensrate end de øvrige regioner.

1 Indledning

Formålet med denne rapport har været at belyse hjertekarsygdommens forekomst og dødelighed i Danmark i 2011, fordelt på uddannelsesniveau og regioner, samt at beskrive udviklingen fra 2002.

I efteråret 2011 udarbejdede Statens Institut for Folkesundhed rapporten, "Hjertekarsygdomme i Danmark – Forekomst og udvikling 2000-2009", til Hjerteforeningen og nærværende rapport er dels en opdatering af det arbejde og dels en udvidelse, da opgørelsen indeholder nye beregninger af dødeligheden og opdeling på regioner.

Rapporten beskriver incidens, prævalens og dødelighed af udvalgte hjertekarsygdomme i Danmark. Incidens er et mål for, hvor mange nye tilfælde, der indtræffer årligt, mens prævalens måler, hvor mange personer, der lever med sygdommene på et givent tidspunkt. Dødeligheden er et mål for, hvor mange personer, der dør af hjertekarsygdomme årligt. Forekomsten af hjertekarsygdommene er baseret på individspecifikke oplysninger fra flere registre. Opgørelserne er lavet for 2011, opdelt på køn og alder, og for et gennemsnit af perioden 2007-2011, når der opdeles på uddannelsesniveau og regioner. Desuden observeres 10 års udvikling (2002-2011) af de forskellige hjertekarsygdomme fordelt på køn.

2 Materiale og metode

I denne rapport er der anvendt registeroplysninger fra nationale registre for sundhed og uddannelse for den danske befolkning på 35 år eller derover i perioden 1982-2011. For hvert år tages udgangspunkt i oplysninger fra Det Centrale Personregister (CPR) per 1. januar. Der medtages kun personer, der i det givne år på denne dato er fyldt 35 år. Hver person følges individuelt over tid i Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret for at opspore alle sygdomstilfælde og dødsfald af hjertesygdom. Oplysningerne om befolkningen og sygdomstilfælde kobles til Uddannelsesregistret, der indeholder oplysninger om højest fuldførte uddannelse. Endvidere benyttes oplysninger om bopæl (region) fra CPR. Registerne omtales nedenfor.

2.1 Landspatientregistret

I landspatientregistret (LPR) registreres alle indlæggelser, ambulante forløb (kontakter) og skadestuekontakter på de danske hospitaler. Registreringen af indlæggelser startede i 1977, mens registreringen af ambulante forløb først startede i 1995.

Til alle registreringer tilknyttes en hoveddiagnose (aktionsdiagnose) opgjort ved ICD (International Classification of Diseases) diagnosekoder. Der kan endvidere optræde en eller flere bidiagnoser, ligeledes opgjort ved ICD. Diagnosekoderne gør det muligt at udtrække oplysninger om indlæggelser og behandling af specifikke sygdomme. I perioden før 1994 er diagnoserne klassificeret ved brug af ICD8-koder, og fra 1994 og frem ved ICD10-koder.

2.2 Dødsårsagsregistret

Dødsårsagsregistret indeholder oplysninger om alle dødsfald i Danmark. I registret fremgår dødsårsagen, ligeledes opgjort ved ICD-koder. Der er opgjort både tilgrundliggende og medvirkende dødsårsag. I nærværende analyse betragtes udelukkende den tilgrundliggende dødsårsag.

2.3 Definition af hjertekarsygdomme

Denne analyse er registerbaseret, og hvert individ følges i både Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret, hvor hjertekarsygdomsdiagnoserne udtrækkes ved hjælp af ICD-koder. I nedenstående tabel vises definitionen på de hjertekarsygdomme, der benyttes i denne rapport.

Tabel 2.1 Registerbaseret definition af incidens og prævalens af hjertekarsygdom

Sygdom	Diagnose		Landpatientregistret			Dødsårsagsregistret
	ICD-8	ICD-10	Indlæggelser	Ambulant	Bidiagnose	
Iskæmisk hjertesygdom	410-414	I20-I25	Ja	Nej	Nej	Ja
Akut myokardieinfarkt	410	I21-I22	Ja	Nej	Nej	Ja
Hjerteklap	394-397, 424	I05-I08, I34-I37	Ja	Nej	Nej	Nej
Hjertesvigt	427.0	I11.0, I13.0, I13.2, I50	Ja	Ja	Nej	Nej
Forkammerflimren	427.4	I48	Ja	Ja	Ja	Nej
Karsygdomme i hjernen	430-438	I60-I69	Ja	Nej	Nej	Ja
Alle hjertekarsygdomme	390-458	I00-I99	Ja	Nej	Nej	Ja

Akut myokardieinfarkt er eksempelvis defineret ud fra en indlæggelse med aktionsdiagnose 410 (før 1994) eller I20-I21 (fra 1995 og frem) i enten Landspatientregistret eller Dødsårsagsregistret. I Landspatientregistret bruges der ikke oplysninger fra ambulante forløb, ligesom der heller ikke inddrages oplysninger fra bidiagnoser til opgørelsen af akut myokardieinfarkt.

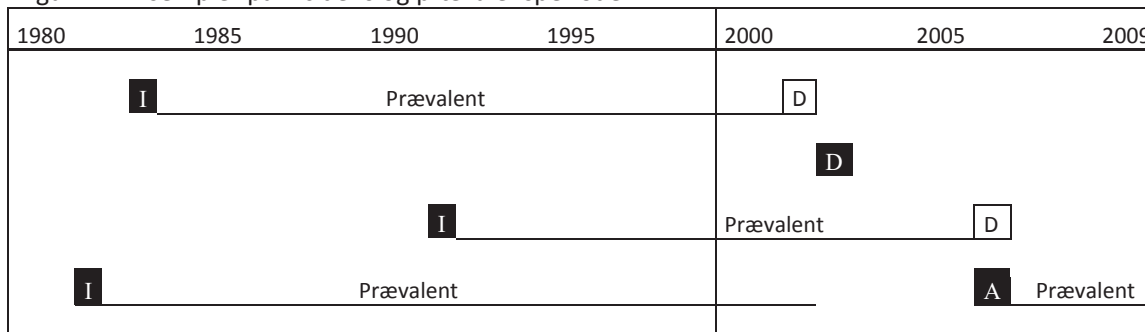
2.4 Definition af incidens, prævalens og dødelighed

En person defineres som havende et nyt tilfælde af hjertekarsygdom (incident tilfælde), hvis personen får en hjertekarsygdom (jf. tabel 2.1 ovenfor) og ikke har haft et tilfælde de sidste 20 år. En person kan altså kun få et nyt tilfælde i f.eks. år 2002, hvis personen ikke er registreret med et tilfælde i årene 1982-2001.

En person betragtes som værende prævalent året efter, at personen har oplevet sit incidente sygdomstilfælde, og betragtes herefter som prævalent i 20 år eller indtil død eller migration. Alle personer betragtes som værende ikke-prævalente 20 år tilbage. Ved hjertesvigt og forkammerflimren, hvor der inkluderes ambulante forløb (jf. tabel 2.1) bruges ikke 20 men 10 år som maksimal tidsperiode, hvilket skyldes, at de ambulante forløb udelukkende er registreret i Landspatientregistret fra 1995 og frem. Ved opgørelse af alle hjertekarsygdomme samlet betragtes udelukkende indlæggelser, hvilket medfører, at nogle af de tilfælde af hjertesvigt og forkammerflimren, som kun er kendt fra ambulante kontakter, ikke vil indgå her.

I figur 2.1 er eksempler på incidens og prævalensperiode illustreret. I figuren vises prævalente perioder for fire forskellige personer, der alle har haft et eller flere incidente tilfælde (indlæggelse=I, påbegyndt ambulantly forløb=A eller død=D) af en hjertekarsygdom.

Figur 2.1 Eksempler på incidens og prævalensperiode



Dødeligheden af de forskellige hjertekarsygdomme er opgjort ved brug af den tilgrundliggende dødsårsag fra Dødsårsagsregisteret. Diagnoserne der benyttes svarer til diagnoserne i tabel 2.1.

2.5 Befolkningen

I analysen benyttes individualspecifikke data for alle personer på 35 år eller derover. Personer under 35 år udelades, da forekomsten af hjertekarsygdomme i denne aldersgruppe er meget lav. I tabel 2.2 ses alderssammensætningen for befolkningen på 35 år eller derover for årene 2002 og 2011.

Tabel 2.2 Alderssammensætning i befolkningen på 35 år eller derover i 2002 og 2011

Aldersgruppe	2002		2011	
	N	Procent	N	Procent
35-44	804.260	27 %	793.094	25 %
45-54	745.116	25 %	777.129	24 %
55-64	653.032	22 %	713.471	22 %
65-74	415.348	14 %	542.643	17 %
75-84	280.390	9 %	279.822	9 %
85+	99.042	3 %	111.316	3 %
I alt	2.997.188	100 %	3.217.475	100 %

Kilde: Danmarks statistik tabel BEF5

For at kunne sammenligne udviklingen i incidens, prævalens og dødelighed over tid, er det nødvendigt at tage højde for at eventuelle ændringer i alderssammensætningen i befolkningen. I opgørelserne fremgår derfor aldersstandardiserede rater, som kan sammenlignes på tværs af år, uddannelsesgrupper eller regioner. Til standardiseringen er der brugt WHO's europæiske standard population¹ (se tabel 1 i bilag for specifikke aldersvægte).

¹ The European Standard Population

Incidens, prævalens og dødelighed opgøres både som absolutte tal og som rater, dvs. tilfælde per 100.000 personer i risikogruppen. Ved opgørelse af incidensrater defineres risikogruppen som hele befolkningen fratrukket alle prævalente personer. Ved opgørelse af prævalens- og dødelighedsrater svarer risikogruppen til alle personer i befolkningen.

2.6 Uddannelsesniveau

Sociale forskelle i forekomsten af hjertekarsygdom vil blive belyst ved at benytte oplysninger om højeste fuldførte uddannelse. Grupperingen fremgår af tabel 2.3 nedenfor (se tabel 2 i bilag for specificering af uddannelsesgrupperingen).

Ved opgørelse på uddannelsesniveau ses der udelukkende på personer i aldersgruppen 35-84 år, da der mangler registeroplysninger for uddannelse for personer ældre end 85 år. For at sikre stabile resultater og sammenlignelighed grupperne imellem er opgørelserne lavet som gennemsnit af perioden 2007-2011.

Tabel 2.3 Befolkningen på 35-84 år fordelt på uddannelsesniveau og køn. Gennemsnit af årene 2007-2011

Uddannelsesgruppe	Kvinder	Mænd	I alt	Procent
Grundskoleuddannelse (8.-10. klasse)	513.212	407.296	920.508	30,1 %
Erhvervsfaglig uddannelse*	522.170	609.402	1.131.572	37,0 %
Kort eller mellemlang uddannelse	343.337	261.878	605.215	19,8 %
Lang videregående uddannelse	81.922	123.146	205.068	6,7 %
Uoplyst	92.248	102.900	195.148	6,4 %
	1.552.889	1.504.623	3.057.512	100,0 %

*Inkl. Gymnasial uddannelse

2.7 Regioner

Analyserne vil ligeledes være fordelt på de fem danske regioner. Fordelingen vil tage udgangspunkt i CPR og adresseopgørelser fra 1. januar det pågældende år. For at sikre stabile resultater og sammenlignelighed grupperne imellem er opgørelserne lavet som gennemsnit af perioden 2007-2011.

Tabel 2.4 Befolkningen fordelt på regioner og køn. Gennemsnit af årene 2007-2011

Region	Kvinder	Mænd	I alt	Procent
Hovedstaden	483.209	443.341	926.550	29,3 %
Sjælland	257.267	243.391	500.659	15,8 %
Syddanmark	359.689	343.085	702.774	22,2 %
Midtjylland	355.295	341.065	696.360	22,0 %
Nordjylland	173.115	166.539	339.654	10,7 %
	1.628.575	1.537.422	3.165.997	100,0 %

2.8 En kort læsevejledning

I de efterfølgende resultatafsnit beskrives de syv hjertekarsygdomme fra tabel 2.1. Hver sygdom indeholder otte siders opslag. De første to sider indeholder en opgørelse af incidens, prævalens og dødelighed i 2011 fordelt på køn og alder. Der er både opgjort absolutte antal og rater per 100.000. De næste tre sider indeholder en opgørelse af incidens, prævalens og dødelighedens udvikling fra 2002 til 2011. For hjertesvigt og forkammerflimren dog kun 2005 til 2011. Resultaterne er opgjort som aldersstandardiserede rater fordelt på køn. Yderligere to sider beskriver incidens, prævalens og dødelighed fordelt på uddannelsesniveau, hvor resultaterne er opgjort som aldersstandardiserede rater fordelt på køn. De sidste to sider indeholder en opgørelse af incidens, prævalens og dødelighed fordelt på regioner, hvor resultaterne er opgjort som aldersstandardiserede rater fordelt på køn.

3 Iskæmisk hjertesygdom (IHD)

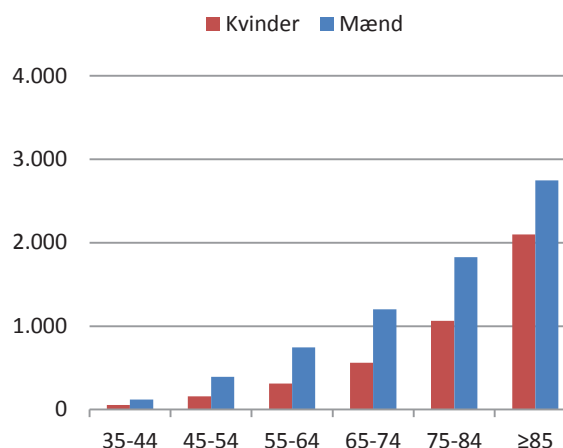
Iskæmisk hjertesygdom omfatter akut myokardieinfarkt, kronisk iskæmisk hjertesygdom og angina pectoris.

I tabel 3.1 og figur 3.1 ses incidensen af IHD i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 var der ca. 16.000 nye tilfælde af IHD, hvoraf ca. 60 % af tilfældene forekom blandt mænd. Incidensraten steg med alderen, og de højeste incidensrater sås blandt personer på 85 år eller derover.

Tabel 3.1 Incidens af IHD i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 3.1 Incidens af IHD i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	220	56	478	120
45-54	606	159	1.509	394
55-64	1.090	313	2.464	745
65-74	1.485	561	2.761	1.201
75-84	1.535	1.063	1.796	1.826
≥85	1.439	2.101	775	2.748
I alt	6.375	399	9.783	667

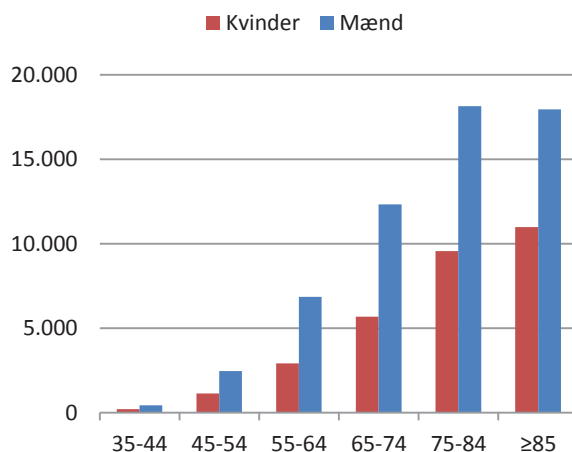


I tabel 3.2 og figur 3.2 ses prævalensen af IHD i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 levede ca. 151.000 personer med IHD, hvoraf ca. 63 % var mænd. Prævalensraten steg med alderen, dog sås der blandt mænd ingen forskel mellem aldersgruppen 75-84 år og 85 år eller ældre.

Tabel 3.2 Prævalens af IHD i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 3.2 Prævalens af IHD i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

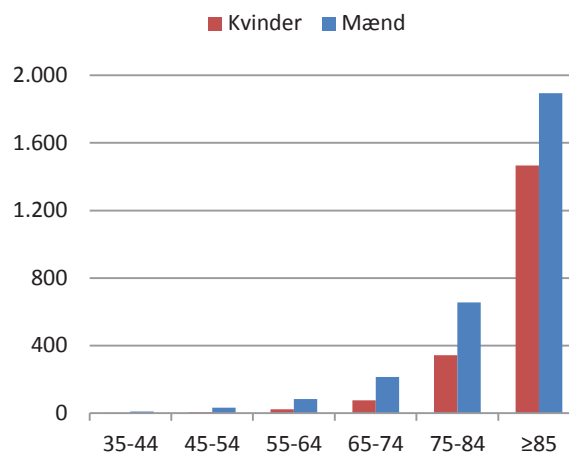
Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	790	201	1.736	434
45-54	4.402	1.143	9.626	2.455
55-64	10.433	2.911	24.329	6.851
65-74	15.919	5.677	32.340	12.332
75-84	15.280	9.570	21.802	18.144
≥85	8.451	10.983	6.170	17.950
I alt	55.275	3.342	96.003	6.139



I tabel 3.3 og figur 3.3 ses dødeligheden af IHD i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 døde ca. 4.500 personer af IHD som primær dødsårsag, hvor 55 % af dødsfaldene forekom blandt mænd. Den alders- og kønsspecifikke dødelighed steg med alderen fra henholdsvis 2 per 100.000 kvinder og 9 per 100.000 mænd i aldersgruppen 35-44 år til henholdsvis 1.466 per 100.000 kvinder og 1.894 per 100.000 mænd på 85 år eller derover.

Tabel 3.3 Dødelighed af IHD i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000
 Figur 3.3 Dødelighed af IHD i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	7	2	35	9
45-54	25	6	124	32
55-64	82	23	294	83
65-74	212	76	561	214
75-84	548	343	787	655
≥85	1.128	1.466	651	1.894
I alt	2.002	121	2.452	157



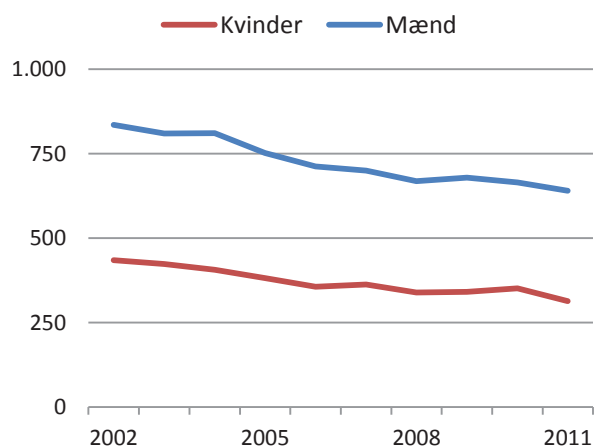
3.1 Udviklingen i IHD

I tabel 3.4 og figur 3.4 ses udviklingen i incidens af IHD fra 2002 til 2011. Fra 2002 til 2011 var der et fald i antallet af incidente tilfælde blandt både blandt mænd og kvinder, ligesom der var et fald i den aldersstandardiserede incidens af IHD. På 10 år faldt den aldersstandardiserede incidensrate med 28 % for kvinder og 23 % for mænd.

Tabel 3.4 Udvikling i incidens af IHD i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 3.4 Udvikling i incidens af IHD i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	8.497	435	11.222	836
2003	8.319	424	10.991	810
2004	7.929	406	11.112	811
2005	7.482	382	10.431	752
2006	6.999	357	9.996	712
2007	7.126	363	9.957	700
2008	6.738	340	9.665	669
2009	6.809	341	10.005	679
2010	7.025	352	9.963	665
2011	6.375	314	9.783	641

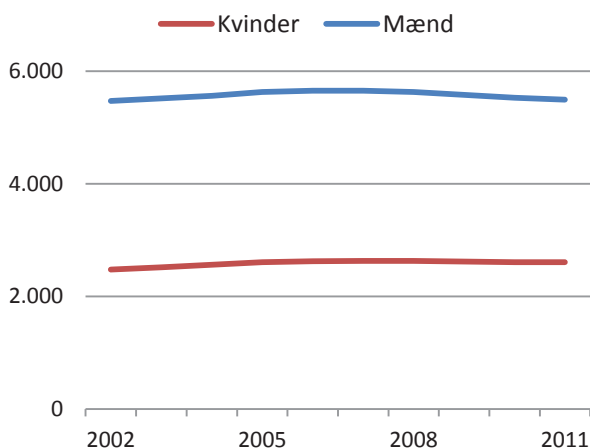


I tabel 3.5 og figur 3.5 ses udviklingen i prævalens af IHD fra 2002 til 2011. Fra 2002 til 2011 var der en let stigning i antallet, der levede med IHD (15 % flere kvinder og 18 % flere mænd), mens der ikke var nogen udvikling i den aldersstandardiserede prævalens. Når den aldersstandardiserede prævalens ikke viste en udvikling, skyldes det voksende antal prævalente en ændret befolkningssammensætning med flere ældre.

Tabel 3.5 Udvikling i prævalens af IHD i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 3.5 Udvikling i prævalens af IHD i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	48.083	2.476	81.695	5.471
2003	49.168	2.518	83.680	5.515
2004	50.353	2.562	85.695	5.563
2005	51.546	2.605	87.967	5.628
2006	52.430	2.625	89.720	5.651
2007	52.930	2.626	91.127	5.651
2008	53.512	2.629	92.453	5.628
2009	54.011	2.616	93.472	5.579
2010	54.541	2.604	94.528	5.525
2011	55.275	2.606	96.003	5.490

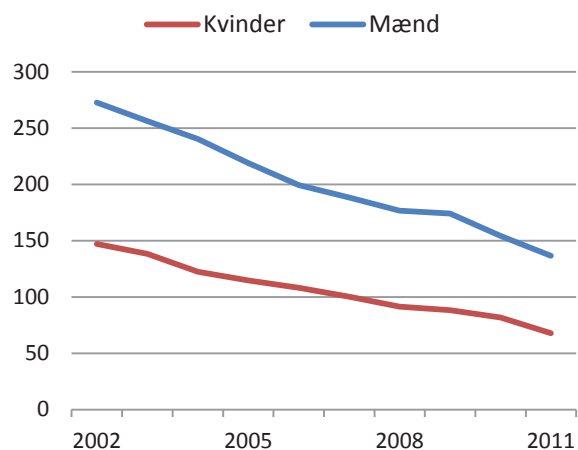


I figur 3.6 og tabel 3.6 ses dødeligheden af IHD fra 2002 til 2011. Fra 2002 til 2011 var der et markant fald i dødeligheden af IHD, svarende til en halvering i det absolutte antal dødsfald af IHD blandt kvinder og en reduktion på 42 % blandt mænd. Tilsvarende sås en halvering i de aldersstandardiserede rater per 100.000 blandt både mænd og kvinder.

Tabel 3.6 Udvikling i dødelighed af IHD i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 3.6 Udvikling i dødelighed af IHD i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

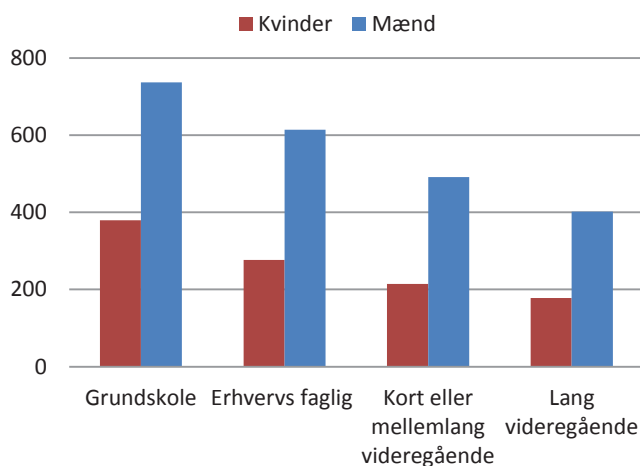
Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	3.994	147	4.246	273
2003	3.757	138	4.015	256
2004	3.349	122	3.811	240
2005	3.160	115	3.531	219
2006	2.977	108	3.251	199
2007	2.817	100	3.127	188
2008	2.612	91	2.976	177
2009	2.531	88	2.992	174
2010	2.366	82	2.714	154
2011	2.002	68	2.452	137



3.2 IHD fordelt på uddannelsesniveau

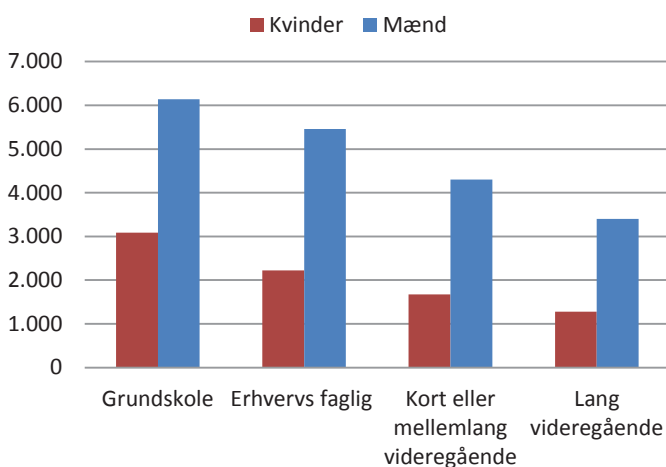
I figur 3.7 ses den aldersstandardiserede incidens af IHD fordelt på uddannelsesniveau. Der var en tydelig gradient i incidensraten af IHD i forhold til uddannelse blandt både mænd og kvinder. Blandt mænd og kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelse sås op imod dobbelt så høj aldersstandardiseret incidensrate som blandt mænd og kvinder med lang videregående uddannelse.

Figur 3.7 Incidens af IHD efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



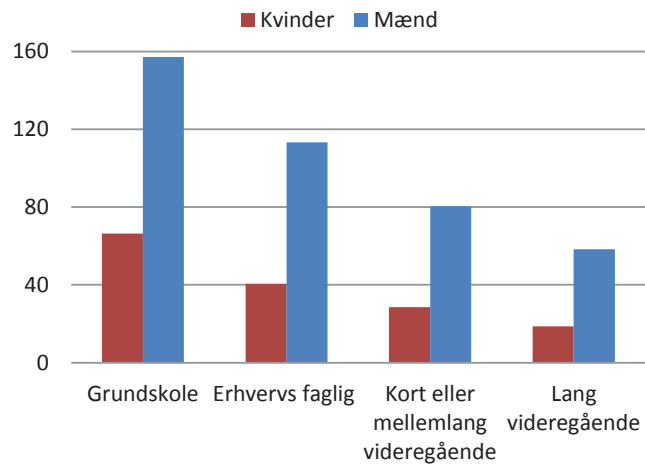
I figur 3.8 ses den aldersstandardiserede prævalens af IHD fordelt på uddannelsesniveau. Der var en tydelig gradient i prævalensen af IHD blandt både mænd og kvinder i forhold til uddannelse, hvor mænd og kvinder med grundskoleuddannelse havde ca. dobbelt så høj aldersstandardiseret prævalens blandt sammenlignet med mænd og kvinder med lang videregående uddannelse.

Figur 3.8 Prævalens af IHD efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 3.9 ses den aldersstandardiserede dødelighed af IHD fordelt på uddannelsesniveau. For dødeligheden af IHD var der en stejl gradient, hvor kvinder og mænd med grundskole som højest fuldførte uddannelse havde ca. tre gange så høje aldersstandardiserede dødelighedsrater som mænd og kvinder med en lang videregående uddannelse.

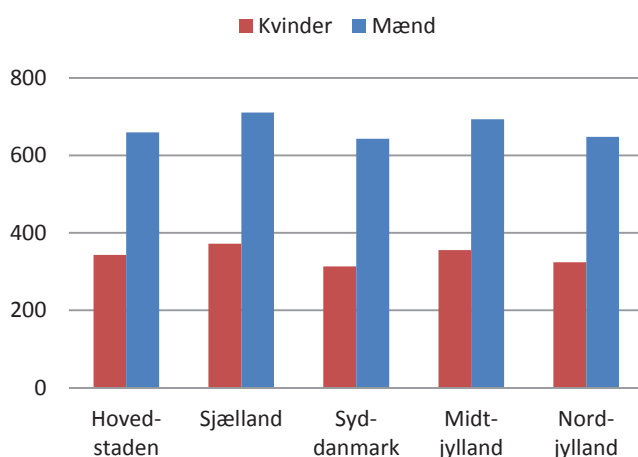
Figur 3.9 Dødelighed af IHD efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



3.3 IHD fordelt på regioner

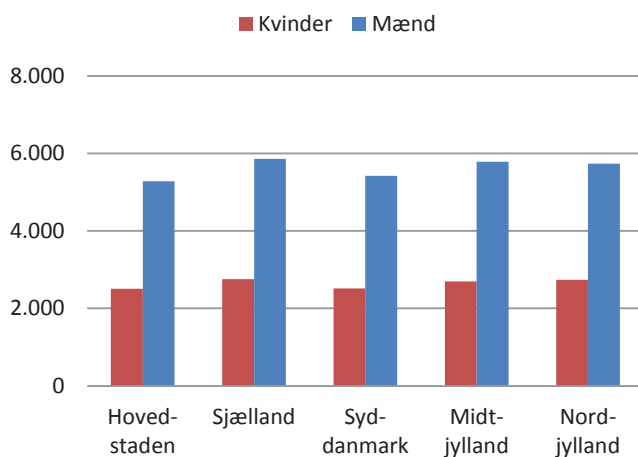
I figur 3.10 ses den aldersstandardiserede incidens af IHD fordelt på regioner. Der var ingen markante forskelle i den aldersstandardiserede incidens af IHD mellem regioner. De laveste incidensrater sås i Region Syddanmark for både kvinder og mænd (314 per 100.000 kvinder og 644 per 100.000 mænd), mens de højeste sås i Region Sjælland (372 per 100.000 kvinder og 711 per 100.000 mænd).

Figur 3.10 Incidens af IHD efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 3.11 ses den aldersstandardiserede prævalens af IHD fordelt på regioner. Der var ingen markante forskelle i den aldersstandardiserede prævalens af IHD mellem regioner. De laveste prævalenser sås i Region Hovedstaden (2.505 per 100.000 kvinder og 5.281 per 100.000 mænd), mens de højeste sås i Region Sjælland (2.754 per 100.000 kvinder og 5.864 per 100.000 mænd).

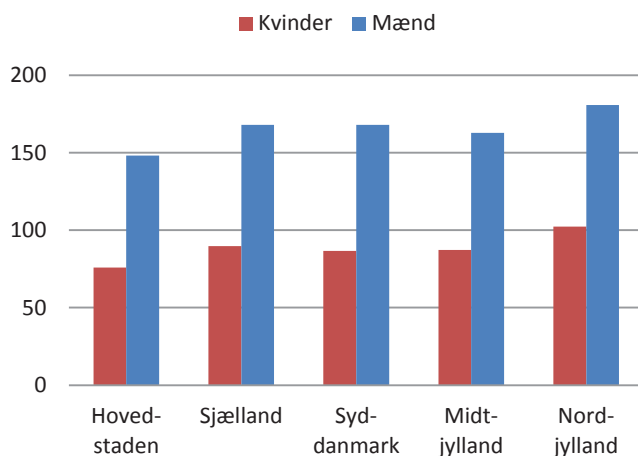
Figur 3.11 Prævalens af IHD efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



Hjertekarsygdomme i 2011

I figur 3.12 ses den aldersstandardiserede dødelighed af IHD fordelt på regioner. Der var små forskelle i den aldersstandardiserede dødelighed af IHD mellem regioner. Den laveste dødelighed sås i Region Hovedstaden (76 per 100.000 kvinder og 148 per 100.000 mænd), og den højeste dødelighed sås i Region Nordjylland (102 per 100.000 kvinder og 181 per 100.000 mænd).

Figur 3.12 Dødelighed af IHD efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



4 Akut myokardieinfarkt (AMI)

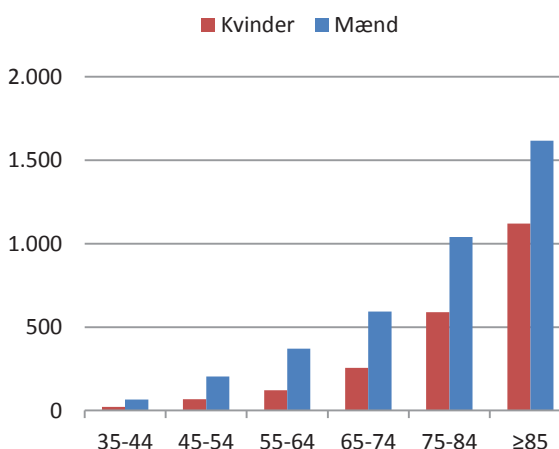
Akut myokardieinfarkt er en del af Iskæmisk hjertesygdom. Da AMI er en akut tilstand, er det meningsløst at tale om at leve med AMI. Når der i dette afsnit omtales AMI-prævalens, menes der personer, som har overlevet et AMI.

I tabel 4.1 og figur 4.1 ses incidensen af AMI i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 var der således knap 8.600 nye tilfælde af AMI, hvoraf ca. 63 % af tilfældene forekom blandt mænd. Incidensraten af AMI steg med alderen.

Tabel 4.1 Incidens af AMI i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 4.1 Incidens af AMI i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	84	21	260	65
45-54	260	68	789	204
55-64	435	123	1.273	372
65-74	703	256	1.457	593
75-84	899	589	1.130	1.040
≥85	811	1.120	495	1.617
I alt	3.192	196	5.404	357

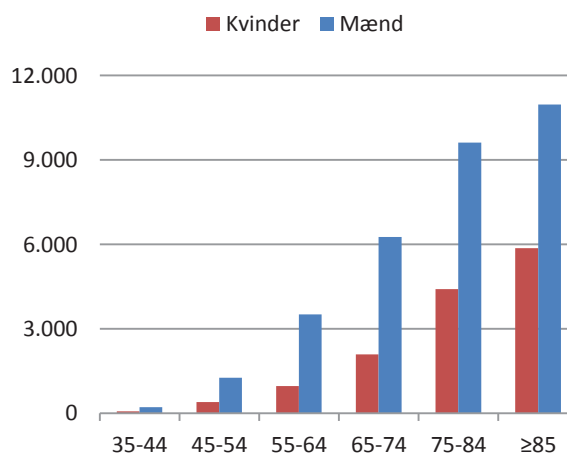


I tabel 4.2 og figur 4.2 ses prævalensen af AMI i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 levede ca. 73.000 personer efter at have haft et AMI, og mere end dobbelt så mange af dem var mænd som kvinder. Prævalensraten steg med alderen.

Tabel 4.2 Prævalens af AMI i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 4.2 Prævalens af AMI i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	271	69	856	214
45-54	1.549	402	4.938	1.259
55-64	3.446	962	12.471	3.512
65-74	5.864	2.091	16.428	6.264
75-84	7.048	4.414	11.554	9.615
≥85	4.513	5.865	3.769	10.965
I alt	22.691	1.372	50.016	3.198



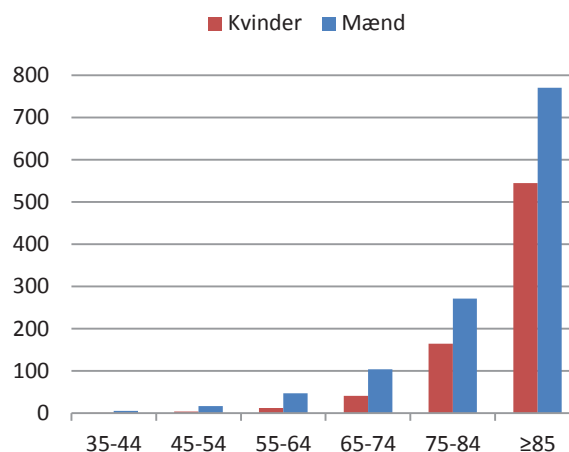
Hjertekarsygdomme i 2011

I tabel 4.3 og figur 4.3 ses dødeligheden af AMI i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 døde næsten 2.000 personer af AMI som primære dødsårsag, hvor 57 % af alle AMI-dødsfald forekom blandt mænd. Den alders- og kønsspecifikke dødelighed steg med alderen fra henholdsvis 1 per 100.000 kvinder og 6 per 100.000 mænd i alderen 35-44 år til henholdsvis 545 per 100.000 kvinder og 771 per 100.000 mænd på 85 år og derover.

Tabel 4.3 Dødelighed af AMI i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 4.3 Dødelighed af AMI i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	2	1	22	6
45-54	15	4	64	16
55-64	44	12	167	47
65-74	115	41	273	104
75-84	263	165	326	271
≥85	419	545	265	771
I alt	858	52	1.117	71



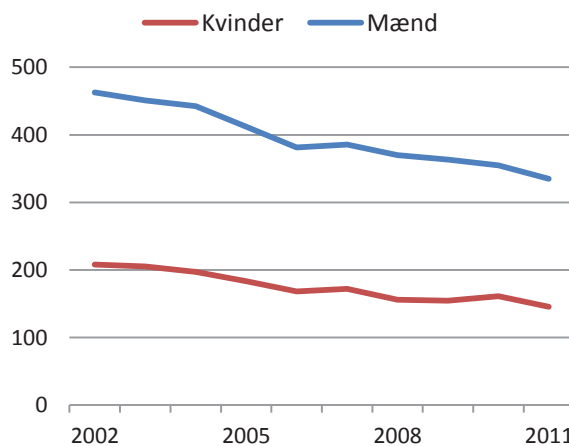
4.1 Udviklingen i AMI

I tabel 4.4 og figur 4.4 ses udviklingen i incidens af AMI fra 2002 til 2011. I perioden 2002-2011 var der et fald i antallet af incidente tilfælde af AMI både blandt mænd og kvinder, samt i den aldersstandardiserede incidens af AMI. Faldet udgjorde knap 30 %.

Tabel 4.4 Udvikling i incidens af AMI i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 4.4 Udvikling i incidens af AMI i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	4.328	208	6.545	463
2003	4.307	205	6.453	451
2004	4.152	197	6.406	442
2005	3.878	184	6.035	412
2006	3.575	168	5.649	381
2007	3.627	172	5.798	386
2008	3.363	156	5.656	370
2009	3.339	155	5.647	363
2010	3.483	161	5.619	355
2011	3.192	146	5.404	335

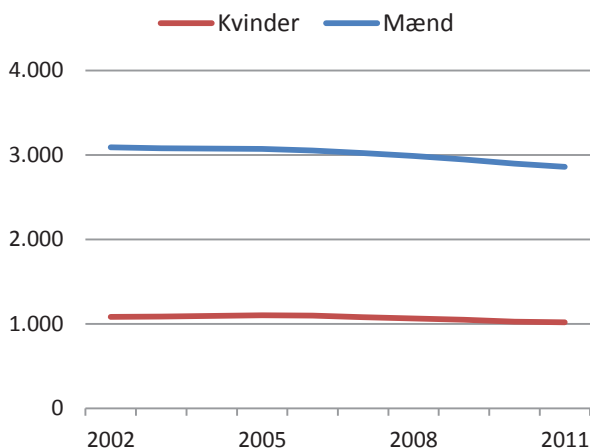


I tabel 4.5 og figur 4.5 ses udviklingen i prævalens af AMI fra 2002 til 2011. I perioden 2002-2011 sås en stigning i antallet, der havde oplevet et AMI og levede med det, men når der blev taget der højde for ændringer i befolkningssammensætningen i denne periode ved aldersstandardisering, var prævalensraterne svagt faldende.

Tabel 4.5 Udvikling i prævalens af AMI i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 4.5 Udvikling i prævalens af AMI i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	21.734	1.080	46.318	3.089
2003	22.012	1.085	46.907	3.079
2004	22.402	1.093	47.597	3.077
2005	22.774	1.101	48.225	3.073
2006	22.949	1.097	48.659	3.054
2007	22.815	1.079	48.854	3.020
2008	22.754	1.064	49.215	2.989
2009	22.738	1.046	49.462	2.946
2010	22.604	1.027	49.616	2.896
2011	22.691	1.018	50.016	2.858

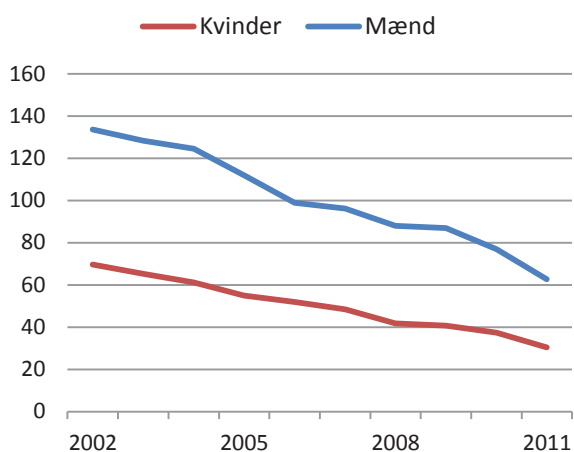


I figur 4.6 og tabel 4.6 ses udviklingen i dødelighed af AMI fra 2002 til 2011. Der sås et markant fald i dødeligheden af AMI fra 2002 til 2011, hvor det absolutte antal dødsfald blev mere end halveret for kvinder, mens der blandt mænd var et fald på 46 %. Tilsvarende blev de aldersstandardiserede dødelighedsrater per 100.000 mere end halveret blandt både mænd og kvinder.

Tabel 4.6 Udvikling i dødelighed af AMI i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 4.6 Udvikling i dødelighed af AMI i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

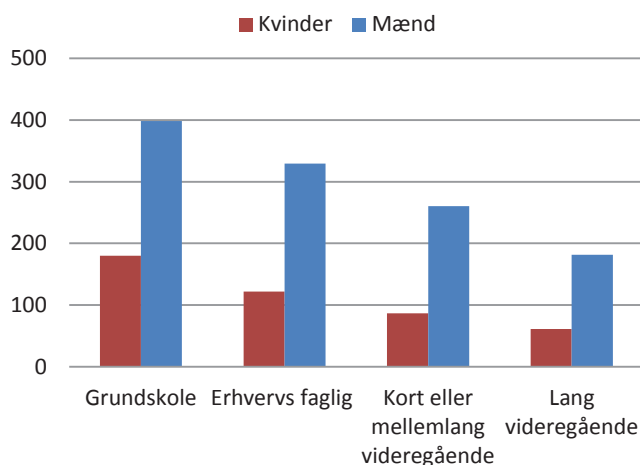
Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	1.778	70	2.076	134
2003	1.673	65	2.016	128
2004	1.581	61	1.987	125
2005	1.420	55	1.794	112
2006	1.343	52	1.608	99
2007	1.275	48	1.590	96
2008	1.128	42	1.476	88
2009	1.089	41	1.488	87
2010	1.023	37	1.345	77
2011	858	30	1.117	63



4.2 AMI fordelt på uddannelsesniveau

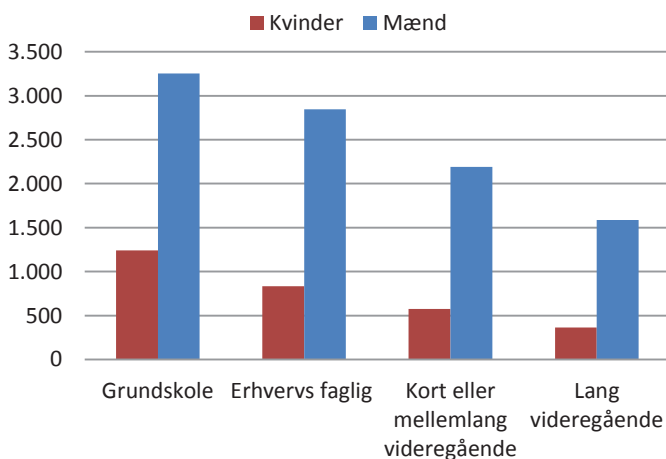
I figur 4.7 ses den aldersstandardiserede incidens af AMI fordelt på uddannelsesniveau. Der var en tydelig gradient i incidensraten af AMI i forhold til uddannelse blandt både mænd og kvinder. Kvinder med grundskole som højst fuldførte uddannelse havde tre gange så høj aldersstandardiseret incidens som kvinder med en lang videregående uddannelse. Blandt mænd var den aldersstandardiserede incidens mere end dobbelt så høj blandt mænd med grundskoleuddannelse som blandt mænd med en lang videregående uddannelse.

Figur 4.7 Incidens af AMI efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



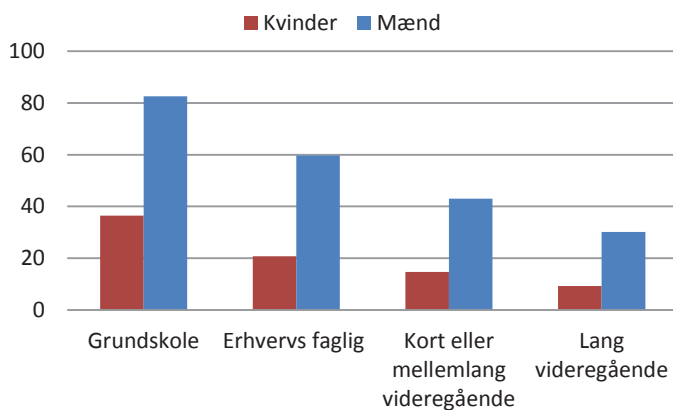
I figur 4.8 ses den aldersstandardiserede prævalens af AMI fordelt på uddannelsesniveau. Der var en tydelig gradient i prævalensraten af AMI i forhold til uddannelse blandt både mænd og kvinder, hvor kvinder med grundskole som højst fuldførte uddannelse havde tre gange så høj aldersstandardiseret prævalens af AMI som kvinder med lang videregående uddannelse. Blandt mænd var den aldersstandardiserede incidens mere end dobbelt så høj blandt mænd med grundskoleuddannelse som blandt mænd med en lang videregående uddannelse.

Figur 4.8 Prævalens af AMI efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 4.9 ses den aldersstandardiserede dødelighed af AMI fordelt på uddannelsesniveau. Der var en meget stejl gradient i dødeligheden af AMI i forhold til uddannelse, hvor kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelse havde fire gange så høj aldersstandardiseret dødelighedsrate som kvinder med lang videregående uddannelse. Blandt mænd var den aldersstandardiserede dødelighedsrate næsten tre gange så høj for mænd med grundskoleuddannelse som blandt mænd med en lang videregående uddannelse.

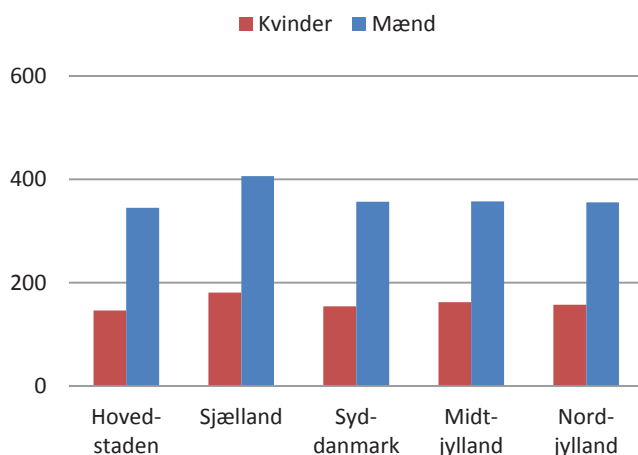
Figur 4.9 Dødelighed af AMI efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



4.3 AMI fordelt på regioner

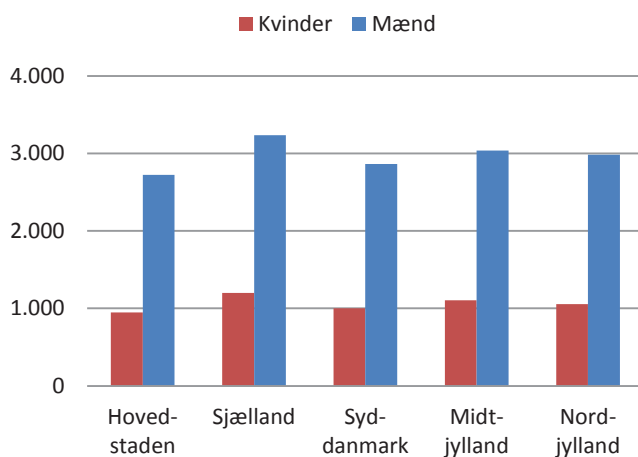
I figur 4.10 ses den aldersstandardiserede incidens af AMI fordelt på regioner. Der var ingen markante forskelle i den aldersstandardiserede incidens af AMI mellem regioner. Kun region Sjælland skilte sig en smule ud med en lidt højere incidens af AMI. De laveste incidensrater sås i Region Hovedstaden for både kvinder og mænd (146 per 100.000 kvinder og 345 per 100.000 mænd) og de højeste i Region Sjælland (181 per 100.000 kvinder og 406 per 100.000 mænd).

Figur 4.10 Incidens af AMI efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 4.11 ses den aldersstandardiserede prævalens af AMI fordelt på regioner. Der var kun små forskelle i den aldersstandardiserede prævalens af AMI mellem regioner. De laveste prævalensrater sås i Region Hovedstaden for både kvinder og mænd (947 per 100.000 kvinder og 2.726 per 100.000 mænd) og de højeste i Region Sjælland (1.202 per 100.000 kvinder og 3.238 per 100.000 mænd).

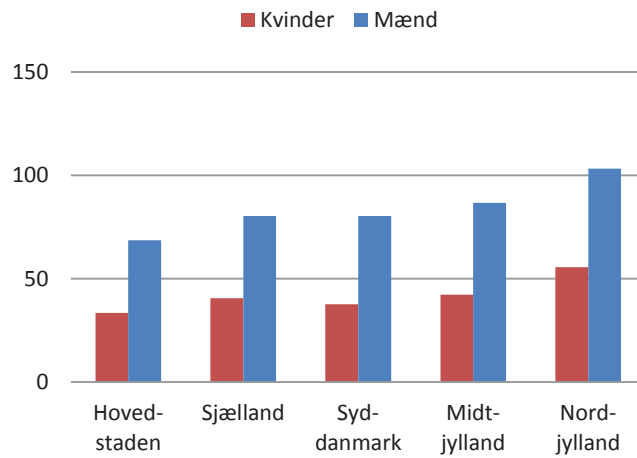
Figur 4.11 Prævalens af AMI efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



Hjertekarsygdomme i 2011

I figur 4.12 ses den aldersstandardiserede dødelighed af AMI fordelt på regioner. De laveste dødelighedsrater sås i Region Hovedstaden for både kvinder og mænd (33 per 100.000 kvinder og 69 per 100.000 mænd), hvor dødeligheden i Region Nordjylland var væsentlig højere (56 per 100.000 kvinder og 103 per 100.000 mænd).

Figur 4.12 Dødelighed af AMI efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



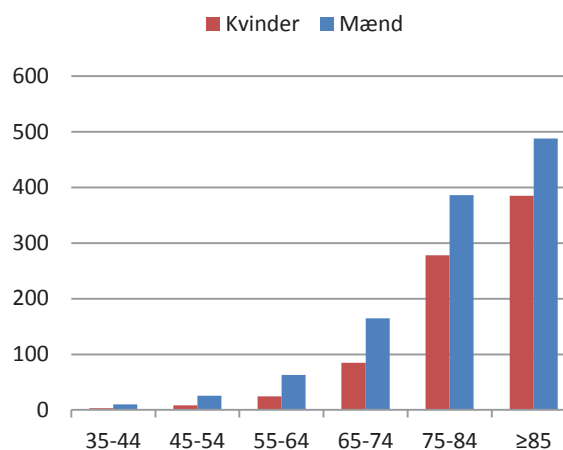
5 Hjerteklapsygdomme

Hjerteklapsygdomme omfatter stenoser og insufficiens koblet til venstre eller højre hjerteklap.

I tabel 5.1 og figur 5.1 ses incidensen af hjerteklapsygdom i 2011 fordelt på aldersgrupper. Der var således ca. 2.500 nye tilfælde af hjerteklapsygdom i Danmark i 2011, hvoraf ca. 56 % af tilfældene forekom blandt mænd. Incidensen var højere blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper og steg med alderen.

Tabel 5.1 Incidens af hjerteklapsygdomme i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000
 Figur 5.1 Incidens af hjerteklapsygdomme i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	12	3	41	10
45-54	33	9	101	26
55-64	88	25	222	63
65-74	237	85	428	165
75-84	437	278	453	386
≥85	291	385	164	488
I alt	1.098	67	1.409	91

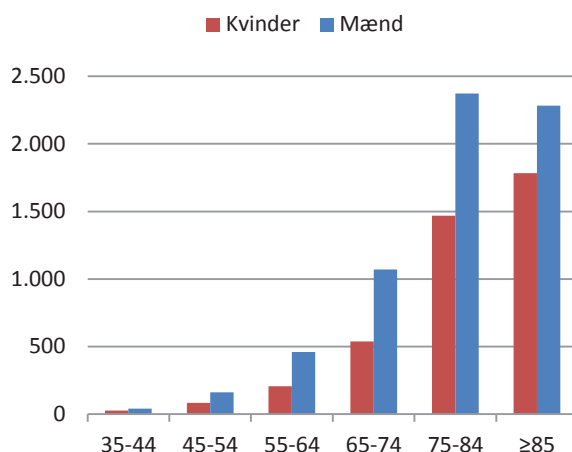


I tabel 5.2 og figur 5.2 ses prævalensen af hjerteklapsygdom i 2011 fordelt på aldersgrupper. Knap 15.000 personer levede med en hjerteklapsygdom, hvoraf ca. 58 % var mænd. Prævalensen af hjerteklapsygdom var i alle aldersgrupper højere blandt mænd end blandt kvinder og steg med alderen blandt kvinderne, mens den blandt mænd steg indtil aldersgruppen 75-84 år.

Tabel 5.2 Prævalens af hjerteklapsygdomme i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 5.2 Prævalens af hjerteklapsygdomme i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	100	25	161	40
45-54	317	82	635	162
55-64	736	205	1.629	459
65-74	1.505	537	2.809	1.071
75-84	2.344	1.468	2.850	2.372
≥85	1.372	1.783	785	2.284
I alt	6.374	385	8.869	567



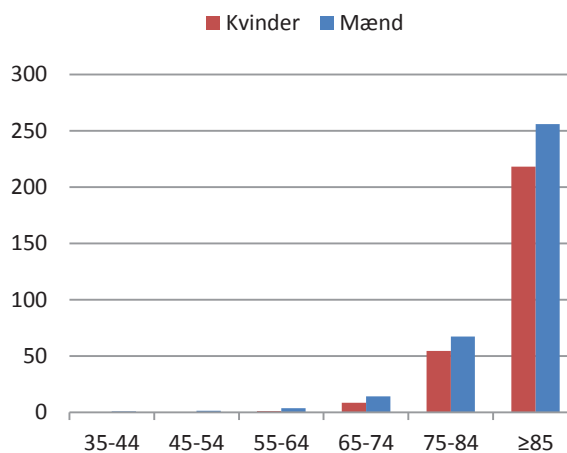
Hjertekarsygdomme i 2011

I tabel 5.3 og figur 5.3 ses dødeligheden af hjerteklapsygdom i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 døde ca. 500 personer af en hjerteklapsygdom som primære dødsårsag, og ca. 56 % af dødsfaldene forekom blandt kvinder. Den alders- og kønsspecifikke dødelighed steg med alderen fra henholdsvis 0 per 100.000 kvinder og 1 per 100.000 mænd i alderen 35-44 år til henholdsvis 218 per 100.000 kvinder og 256 per 100.000 mænd på 85 år og derover.

Tabel 5.3 Dødelighed af hjerteklapsygdomme i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 5.3 Dødelighed af hjerteklapsygdomme i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	0	0	3	1
45-54	1	0	5	1
55-64	4	1	13	4
65-74	24	9	37	14
75-84	87	54	81	67
≥85	168	218	88	256
I alt	284	17	227	15



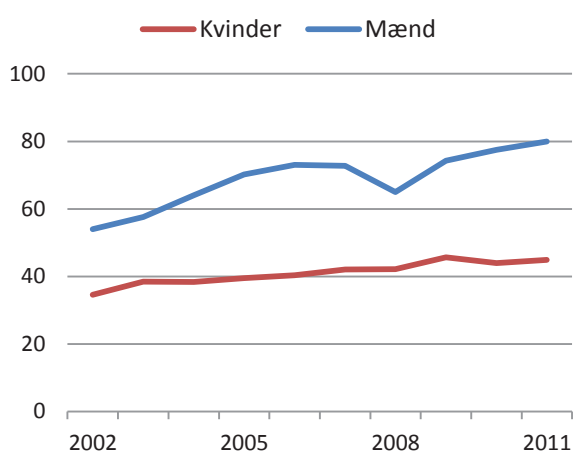
5.1 Udviklingen i hjerteklapsygdomme

I figur 5.4 og tabel 5.4 ses udviklingen i incidens af hjerteklapsygdom fra 2002 til 2011. Siden 2002 har der været en stigning i det absolutte antal nye tilfælde af hjerteklapsygdom på 58 % blandt kvinder og 73 % blandt mænd. Stigningen i den aldersstandardiserede incidens var 30 % blandt kvinder og 48 % blandt mænd. Faldet i antallet af incidente i 2008 kan skyldes, at der i foråret 2008 var sygehuskonflikt, som resulterede i et stort antal aflyste operationer.

Tabel 5.4 Udvikling i incidens af hjerteklapsygdomme i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 5.4 Udvikling i incidens af hjerteklapsygdomme i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	694	35	814	54
2003	771	38	869	58
2004	808	38	986	64
2005	817	39	1.103	70
2006	868	40	1.157	73
2007	927	42	1.174	73
2008	932	42	1.068	65
2009	1.027	46	1.249	74
2010	1.037	44	1.341	78
2011	1.098	45	1.409	80

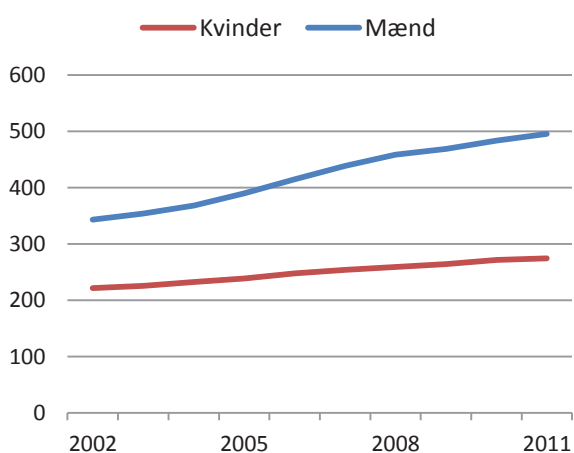


I tabel 5.5 og figur 5.5 ses udviklingen i prævalens af hjerteklapsygdom fra 2002 til 2011. Antallet af personer, der levede med en hjerteklapsygdom, steg i perioden 2002-2011 og det samme gjorde den aldersstandardiserede prævalens. For kvinderne var der tale om en stigning på 47 % i det absolutte antal og på 24 % i den aldersstandardiserede rate, og for mændene var stigningerne henholdsvis 71 % og 44 %.

Tabel 5.5 Udvikling i prævalens af hjerteklapsygdomme i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 5.5 Udvikling i prævalens af hjerteklapsygdomme i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	4.327	221	5.181	343
2003	4.482	225	5.430	354
2004	4.689	232	5.727	368
2005	4.903	238	6.160	390
2006	5.164	247	6.674	415
2007	5.392	254	7.177	439
2008	5.615	259	7.651	459
2009	5.850	264	7.995	468
2010	6.141	271	8.434	483
2011	6.374	274	8.869	495



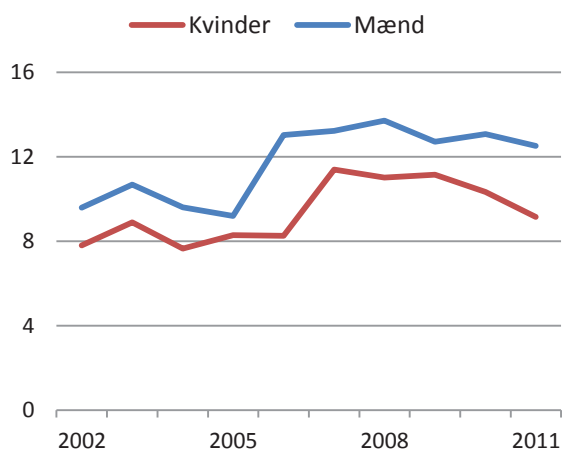
Hjertekarsygdomme i 2011

I tabel 5.6 og figur 5.6 ses udviklingen i dødelighed af hjerteklapsygdom fra 2002 til 2011. Der var ingen klare tendenser i udviklingen. Dødelighedsraterne var meget små og usikkerheden i opgørelserne derfor stor.

Tabel 5.6 Udvikling i dødelighed af hjerteklapsygdomme i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 5.6 Udvikling i dødelighed af hjerteklapsygdomme i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

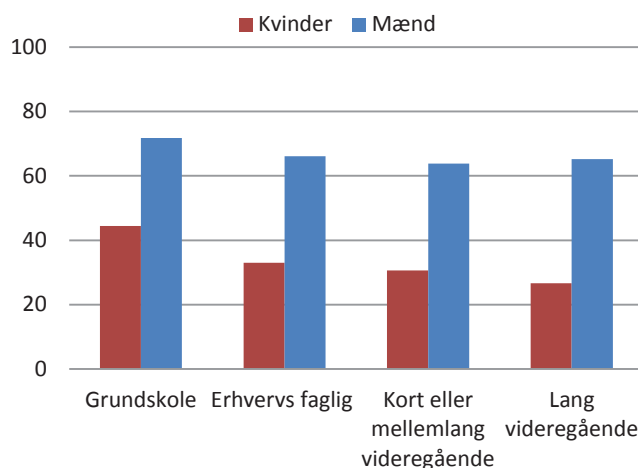
Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	208	8	149	10
2003	240	9	171	11
2004	208	8	152	10
2005	223	8	149	9
2006	236	8	214	13
2007	326	11	223	13
2008	326	11	235	14
2009	337	11	222	13
2010	306	10	234	13
2011	284	9	227	13



5.2 Hjerteklapsygdomme fordelt på uddannelsesniveau

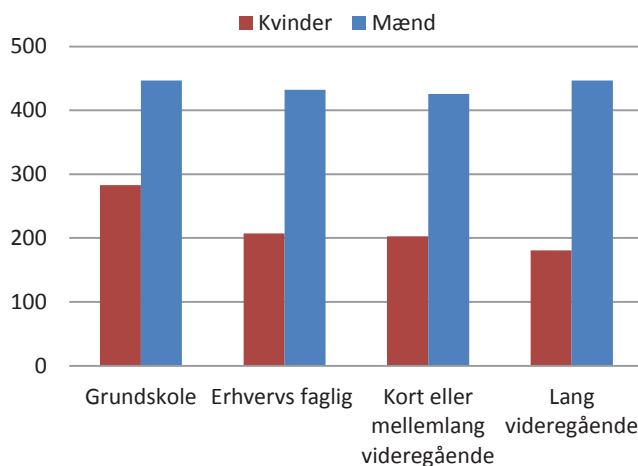
I figur 5.7 ses den aldersstandardiserede incidens af hjerteklapsygdom fordelt på uddannelsesniveau. Blandt kvinder var der en lille gradient i incidensraten af hjerteklapsygdom i forhold til uddannelse, hvor kvinder med grundskole som højst fuldførte uddannelse havde en aldersstandardiseret incidens på 44 per 100.000 sammenlignet med 27 per 100.000 blandt kvinder med lang videregående uddannelse. Blandt mænd var der ingen tydelig sammenhæng mellem uddannelse og aldersstandardiseret incidens af hjerteklapsygdom.

Figur 5.7 Incidens af hjerteklapsygdomme efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



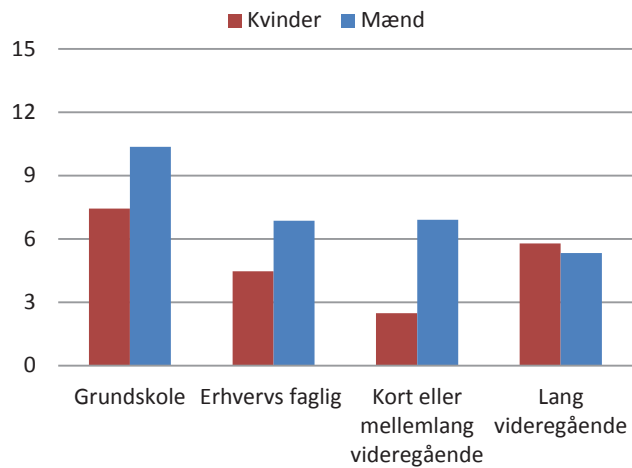
I figur 5.8 ses den aldersstandardiserede prævalens af hjerteklapsygdom fordelt på uddannelsesniveau. Blandt kvinder var der en lille gradient i prævalensraten af hjerteklapsygdomme i forhold til uddannelse, hvor kvinder med grundskole som højst fuldførte uddannelse havde en prævalens af hjerteklapsygdom på 283 per 100.000, mens kvinder med lang videregående uddannelse havde en prævalens på 181 per 100.000. Der var ingen tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og prævalens af hjerteklapsygdomme blandt mænd.

Figur 5.8 Prævalens af hjerteklapsygdomme efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I Figur 5.9 ses den aldersstandardiserede dødelighed af hjerteklapsygdomme fordelt på uddannelsesniveau. Der var ingen klar gradient i dødeligheden af hjerteklapsygdomme, dog sås den højeste dødelighed blandt personer med grundskoleuddannelse.

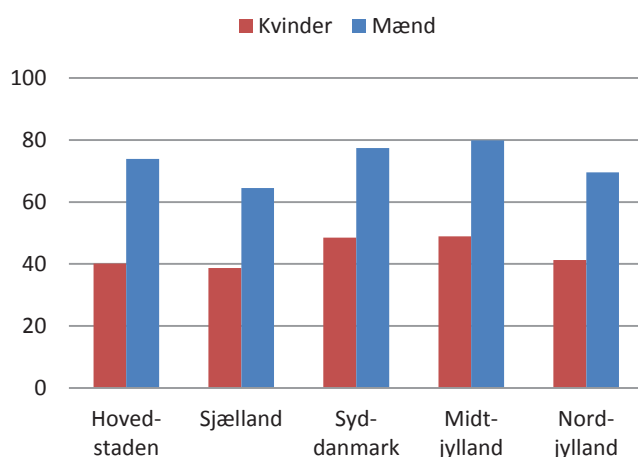
Figur 5.9 Dødelighed af hjerteklapsygdomme efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



5.3 Hjerteklapsygdomme fordelt på regioner

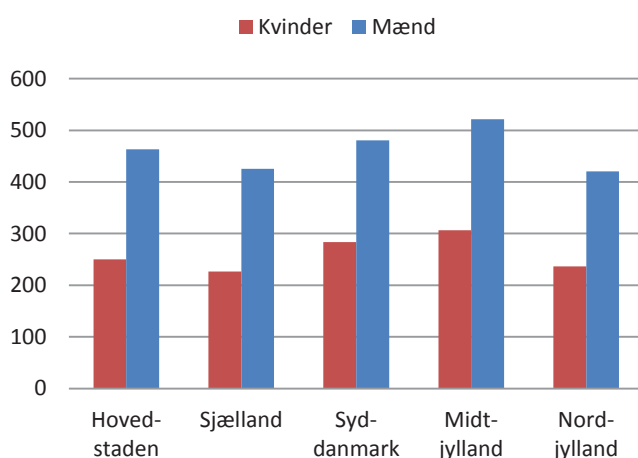
I figur 5.10 ses den aldersstandardiserede incidens af hjerteklapsygdom fordelt på regioner. Der var mindre forskelle i den aldersstandardiserede incidens af hjerteklapsygdomme mellem regioner. De laveste incidensrater sås i Region Sjælland for både kvinder og mænd (39 per 100.000 kvinder og 65 per 100.000 mænd) og de højeste i Region Midtjylland (49 per 100.000 kvinder og 80 per 100.000 mænd).

Figur 5.10 Incidens af hjerteklapsygdomme efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 5.11 ses den aldersstandardiserede prævalens af hjerteklapsygdom fordelt på regioner. Den laveste aldersstandardiserede prævalens af hjerteklapsygdomme sås i Region Sjælland blandt kvinder (227 per 100.000 kvinder) og i Region Nordjylland blandt mænd (420 per 100.000 mænd). De højeste prævalensrater sås i Region Midtjylland (307 per 100.000 kvinder og 522 per 100.000 mænd).

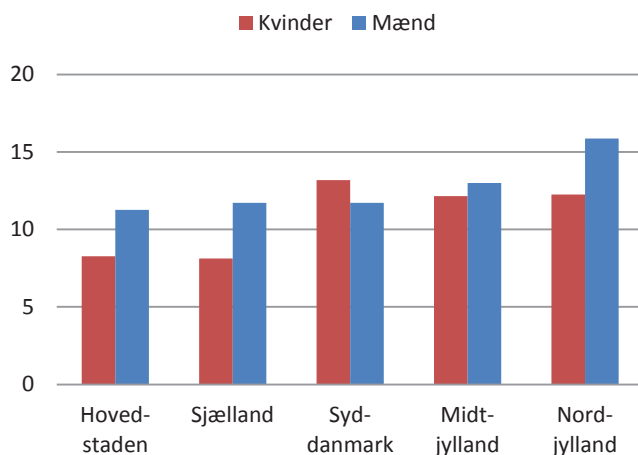
Figur 5.11 Prævalens af hjerteklapsygdomme efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



Hjertekarsygdomme i 2011

I figur 5.12 ses den aldersstandardiserede dødelighed af hjerteklapsygdomme fordelt på regioner. Den laveste aldersstandardiserede prævalens af hjerteklapsygdomme sås i Region Hovedstaden og Region Sjælland blandt kvinder (8 per 100.000 kvinder) og i Region Hovedstaden blandt mænd (11 per 100.000 mænd). De højeste prævalensrater sås i Region Syddanmark blandt kvinder (13 per 100.000 kvinder) og i Region Nordjylland blandt mænd (16 per 100.000 mænd).

Figur 5.12 Dødelighed af hjerteklapsygdomme efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



6 Hjertesvigt

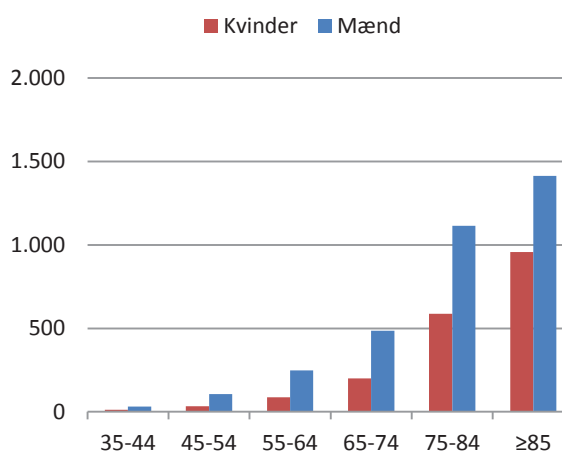
Hjertesvigt, eller kronisk hjerteinsufficiens, udgør en række symptomer på reduceret pumpekraft i hjertet.

I tabel 6.2 og figur 6.1 ses incidensen af hjertesvigt i 2011 fordelt på aldersgrupper. Der var ca. 7.000 nye tilfælde af hjertesvigt i 2011, hvoraf 62 % af tilfældene forekom blandt mænd. Incidensraten var højere blandt mænd end blandt kvinder i alle aldersgrupper og steg med alderen. Blandt kvinderne optrådte 61 % af alle nye tilfælde i aldersgrupperne 75-84 år og 85 år og ældre. Blandt mænd optrådte 40 % af alle nye tilfælde i de to ældste aldersgrupper.

Tabel 6.1 Incidens af hjertesvigt i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 6.1 Incidens af hjertesvigt i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	51	13	125	31
45-54	127	33	412	105
55-64	308	86	874	249
65-74	554	200	1.245	487
75-84	914	588	1.276	1.115
≥85	705	957	455	1.414
I alt	2.659	162	4.387	284

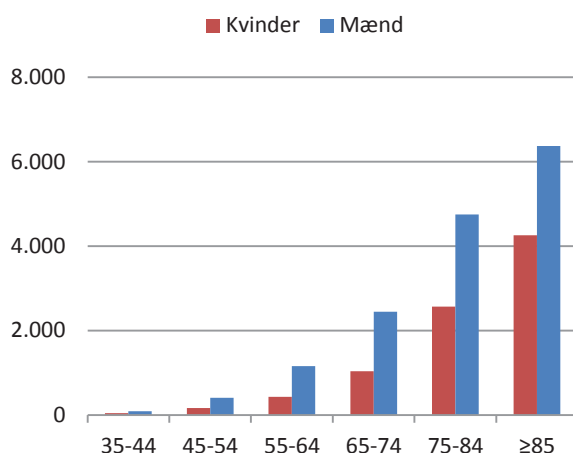


I tabel 6.1 og figur 6.2 ses prævalensen af hjertesvigt i 2011 fordelt på aldersgrupper. I alt levede ca. 33.000 personer med hjertesvigt i 2011, hvoraf ca. 62 % af personerne var mænd. Blandt kvinder var der flest prævalente tilfælde i aldersgruppen 75-84 år, hvorimod de fleste prævalente tilfælde blandt mænd fandt sted i aldersgruppen 65-74 år. Prævalensraten steg med alderen.

Tabel 6.2 Prævalens af hjertesvigt i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 6.2 Prævalens af hjertesvigt i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	183	47	359	90
45-54	635	165	1.588	405
55-64	1.538	429	4.119	1.160
65-74	2.908	1.037	6.418	2.447
75-84	4.104	2.570	5.709	4.751
≥85	3.277	4.259	2.190	6.371
I alt	12.645	765	20.383	1.303

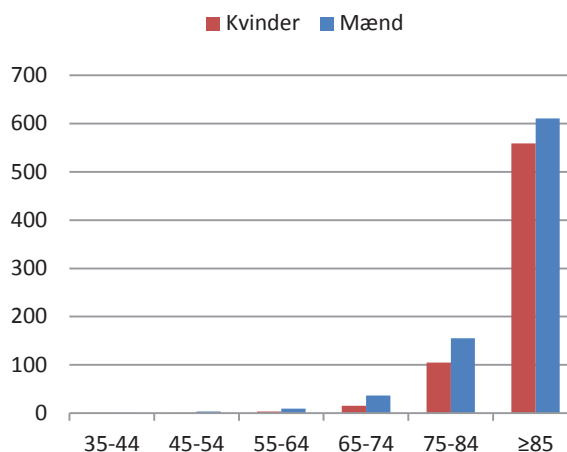


I tabel 6.3 og figur 6.3 ses dødelighed af hjertesvigt i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 døde ca. 1.200 personer af hjertesvigt som primær dødsårsag, og i alt 55 % af dødsfaldene af hjertesvigt forekom blandt kvinder. Den alders- og kønsspecifikke dødelighed steg med alderen fra henholdsvis 0 per 100.000 kvinder og 1 per 100.000 mænd i alderen 35-44 år til henholdsvis 559 per 100.000 kvinder og 611 per 100.000 mænd på 85 år og derover.

Tabel 6.3 Dødelighed af hjertesvigt i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 6.3 Dødelighed af hjertesvigt i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	1	0	3	1
45-54	3	1	12	3
55-64	12	3	33	9
65-74	43	15	96	37
75-84	167	105	186	155
≥85	430	559	210	611
I alt	656	40	540	35



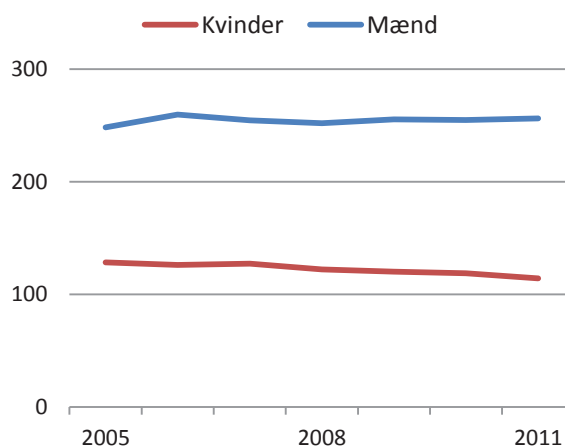
6.1 Udviklingen i hjertesvigt

I tabel 6.4 og figur 6.4 ses udviklingen i incidens af hjertesvigt fra 2005 til 2011. For kvinder var der et let fald i det absolutte antal incidente tilfælde og i de aldersstandardiserede rater, mens der for mænd var en let stigning i både antal og rater gennem perioden.

Tabel 6.4 Udvikling i incidens af hjertesvigt i 2005-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 6.4 Udvikling i incidens af hjertesvigt i 2005-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2005	2.866	128	3.832	249
2006	2.843	126	4.052	260
2007	2.850	127	4.040	255
2008	2.748	122	4.066	252
2009	2.729	120	4.187	256
2010	2.701	119	4.272	255
2011	2.659	114	4.387	256

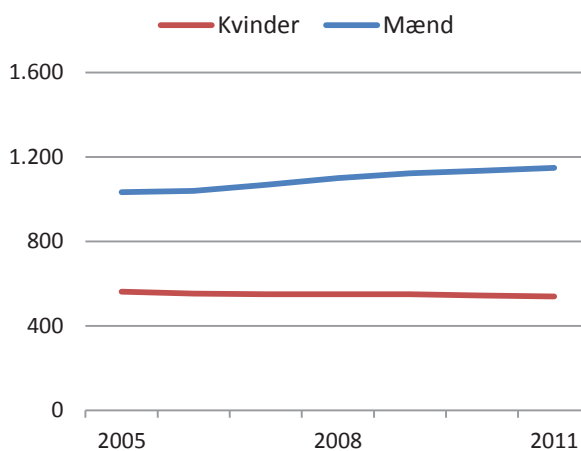


I tabel 6.5 og figur 6.5 ses udviklingen i prævalens af hjertesvigt fra 2005 til 2011. Blandt mænd var der en stigning på 24 % i antallet af personer, der levede med hjertesvigt og en stigning på 11 % i den aldersstandardiserede prævalens, mens der blandt kvinder kunne observeres et svagt fald i antallet af prævalente tilfælde af hjertesvigt samt i den aldersstandardiserede prævalens.

Tabel 6.5 Udvikling i prævalens af hjertesvigt i 2005-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 6.5 Udvikling i prævalens af hjertesvigt i 2005-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2005	12.800	562	16.498	1.034
2006	12.594	552	16.833	1.039
2007	12.598	549	17.531	1.068
2008	12.644	550	18.348	1.099
2009	12.699	549	19.082	1.122
2010	12.646	543	19.702	1.135
2011	12.645	538	20.383	1.149



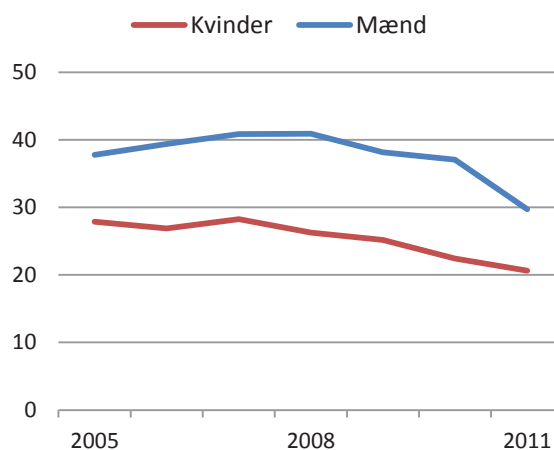
Hjertekarsygdomme i 2011

I tabel 6.6 og figur 6.6 ses udviklingen i dødelighed af hjertesvigt fra 2005 til 2011. Der var et fald i dødeligheden af hjertesvigt fra 2005 til 2011. Blandt kvinder var der en reduktion i den aldersstandardiserede dødelighed på 26 %, og blandt mænd var reduktionen 21 %.

Tabel 6.6 Udvikling i dødelighed af hjertesvigt i 2005-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 6.6 Udvikling i dødelighed af hjertesvigt i 2005-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

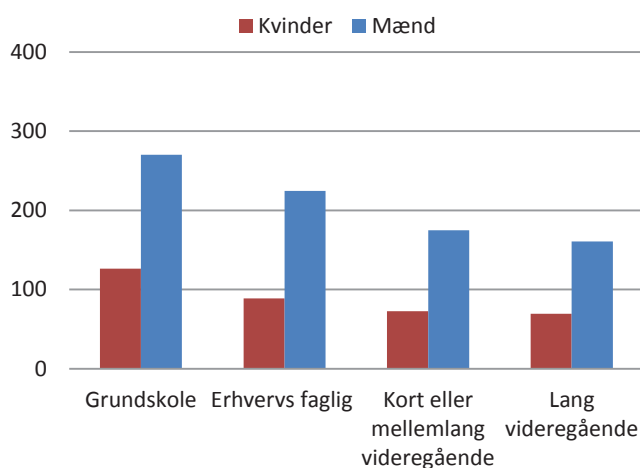
Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2005	837	28	607	38
2006	809	27	644	39
2007	870	28	681	41
2008	800	26	700	41
2009	776	25	661	38
2010	698	22	659	37
2011	656	21	540	30



6.2 Hjertesvigt fordelt på uddannelsesniveau

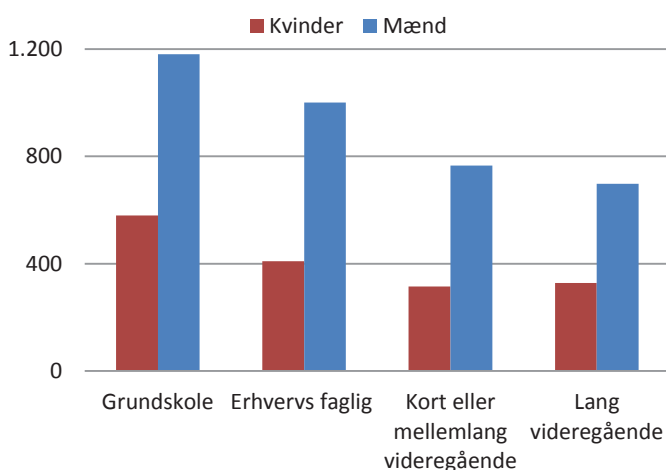
I figur 6.7 ses den aldersstandardiserede incidens af hjertesvigt fordelt på uddannelsesniveau. For både mænd og kvinder sås en gradient i den aldersstandardiserede incidens af hjertesvigt i forhold til uddannelsesniveau, hvor den aldersstandardiserede incidens var halvanden til to gange højere blandt personer med grundskoleuddannelse sammenlignet med personer med en lang videregående uddannelse.

Figur 6.7 Incidens af hjertesvigt efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



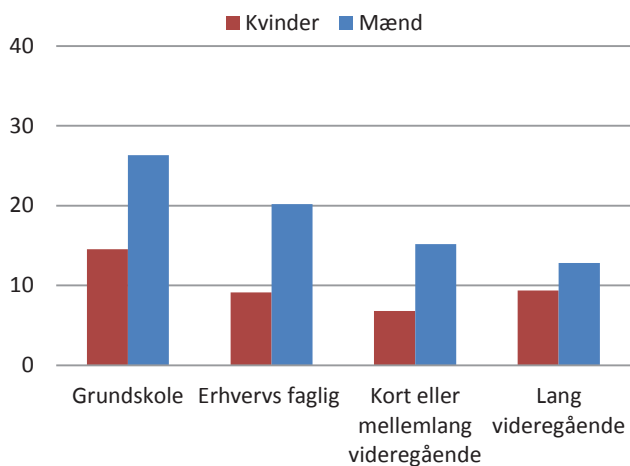
I figur 6.8 ses den aldersstandardiserede prævalens af hjertesvigt fordelt på uddannelsesniveau. Der var en gradient i prævalens af hjertesvigt i forhold til uddannelse, hvor den aldersstandardiserede prævalens var mellem halvanden og to gange højere blandt personer med grundskoleuddannelse sammenlignet med personer med lang videregående uddannelse.

Figur 6.8 Prævalens af hjertesvigt efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 6.9 ses den aldersstandardiserede dødelighed af hjertesvigt fordelt på uddannelsesniveau. Blandt kvinder var der forskel mellem uddannelsesgrupperne, hvor kvinder med grundskoleuddannelse havde den højeste dødelighed, mens de resterende grupper lå på et lavere niveau. Blandt mænd sås en gradient i dødeligheden af hjertesvigt i forhold til uddannelse, hvor mænd med grundskoleuddannelse havde ca. dobbelt så høj aldersstandardiseret dødelighed som mænd med en lang videregående uddannelse.

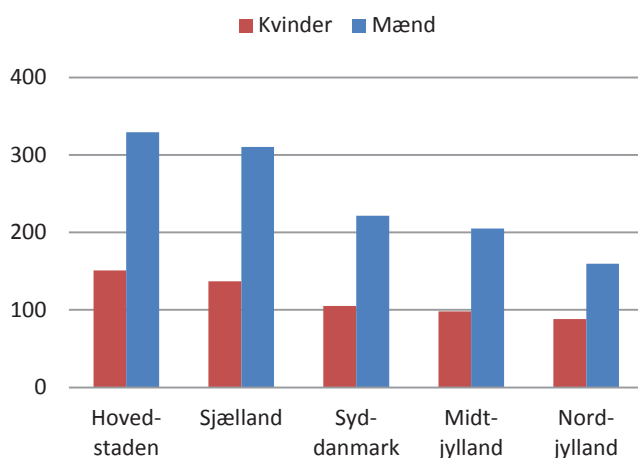
Figur 6.9 Dødelighed af hjertesvigt efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



6.3 Hjertesvigt fordelt på regioner

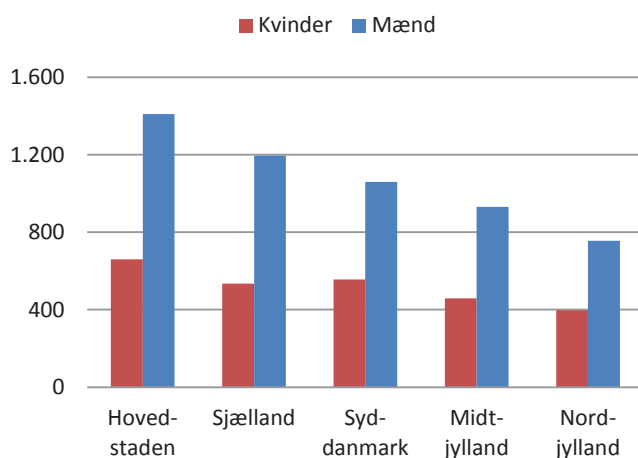
I figur 6.10 ses den aldersstandardiserede incidens af hjertesvigt fordelt på regioner. Der var markante forskelle i incidensraten af hjertesvigt mellem de forskellige regioner. De højeste incidensrater sås i Region Hovedstaden for både kvinder og mænd (151 per 100.000 kvinder og 329 per 100.000 mænd), mens incidensraten i Region Nordjylland var markant lavere (88 per 100.000 kvinder og 160 per 100.000 mænd). Blandt mænd var den aldersstandardiserede incidens således mere end dobbelt så høj i Region Hovedstaden sammenlignet med Region Nordjylland.

Figur 6.10 Incidens af hjertesvigt efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 6.11 ses den aldersstandardiserede prævalens af hjertesvigt fordelt på regioner. De højeste prævalensrater af hjertesvigt sås i Region Hovedstaden for både kvinder og mænd (661 per 100.000 kvinder og 1.410 per 100.000 mænd), mens Region Nordjylland havde de laveste aldersstandardiserede prævalensrater (398 per 100.000 kvinder og 757 per 100.000 mænd).

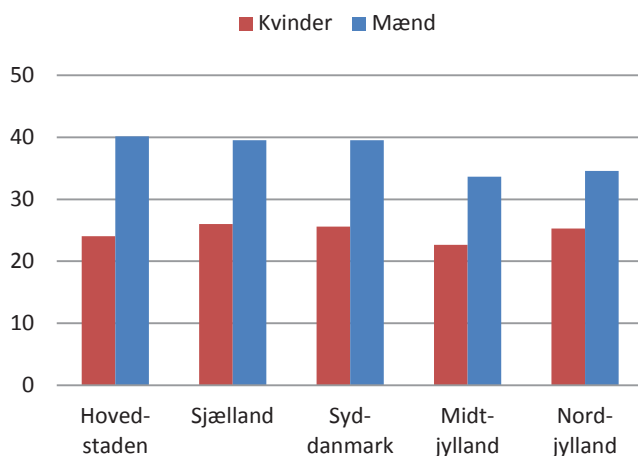
Figur 6.11 Prævalens af hjertesvigt efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



Hjertekarsygdomme i 2011

I Figur 6.11 ses den aldersstandardiserede dødelighed af hjertesvigt fordelt på regioner. Blandt kvinder var der ingen særlige forskelle i dødeligheden af hjertesvigt mellem regioner. Blandt mænd lå dødeligheden af hjertesvigt højest i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark (40 per 100.000 mænd), mens dødelighed i Region Midtjylland og Region Nordjylland var lidt lavere (henholdsvis 34 og 35 per 100.000 mænd).

Figur 6.12 Dødelighed af hjertesvigt efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



7 Forkammerflimren

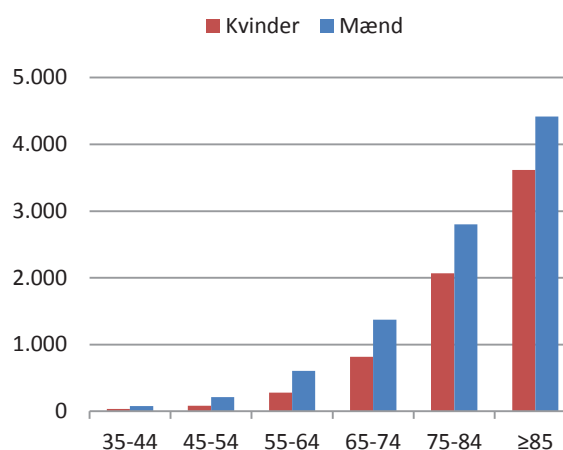
Forkammerflimren, eller atrieflimren, dækker alle registrerede episoder af ustabil hjerterytme.

I tabel 7.1 og figur 7.1 ses incidensen af forkammerflimren i 2011 fordelt på aldersgrupper. Der var der knap 20.000 nye tilfælde af forkammerflimren i 2011, hvor lidt over halvdelen af tilfældene forekom blandt mænd. Incidensraten steg med alderen.

Tabel 7.1 Incidens af forkammerflimren i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 7.1 Incidens af forkammerflimren i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	143	36	321	81
45-54	324	85	819	211
55-64	985	278	2.083	604
65-74	2.205	815	3.370	1.372
75-84	3.014	2.066	2.961	2.803
≥85	2.397	3.615	1.268	4.417
I alt	9.068	562	10.822	716

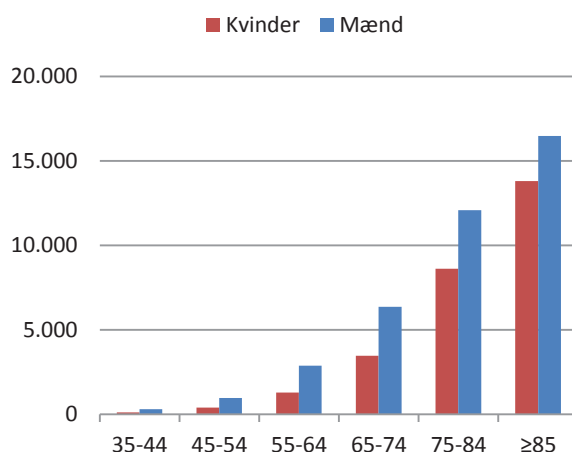


I tabel 7.2 og figur 7.2 ses prævalensen af forkammerflimren i 2011 fordelt på aldersgrupper. I alt levede knap 93.000 personer med forkammerflimren, hvoraf ca. 56 % var mænd. I alle aldersgrupper var prævalensraten større blandt mænd end blandt kvinder, og raten var stigende med alderen.

Tabel 7.2 Prævalens af forkammerflimren i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 7.2 Prævalens af forkammerflimren i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

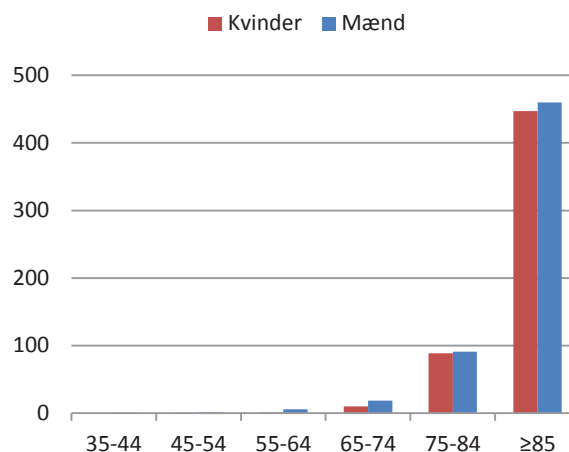
Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	454	115	1.193	298
45-54	1.554	404	3.814	973
55-64	4.607	1.286	10.231	2.881
65-74	9.722	3.467	16.692	6.365
75-84	13.758	8.617	14.512	12.077
≥85	10.632	13.818	5.666	16.484
I alt	40.727	2.463	52.108	3.332



I tabel 7.3 og figur 7.3 ses dødeligheden af forkammerflimren i 2011 fordelt på aldersgrupper. I 2011 døde knap 850 personer af forkammerflimren som primære dødsårsag, hvor ca. 60 % af dødsfaldene forekom blandt kvinder. Den alders- og kønsspecifikke dødelighed steg markant med alderen fra henholdsvis 0 per 100.000 for begge køn i alderen 35-44 år til henholdsvis 447 per 100.000 kvinder og 460 per 100.000 mænd på 85 år og derover.

Tabel 7.3 Dødelighed af forkammerflimren i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000
 Figur 7.3 Dødelighed af forkammerflimren i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	0	0	1	0
45-54	2	1	5	1
55-64	4	1	20	6
65-74	28	10	48	18
75-84	141	88	109	91
≥85	344	447	158	460
I alt	519	31	341	22



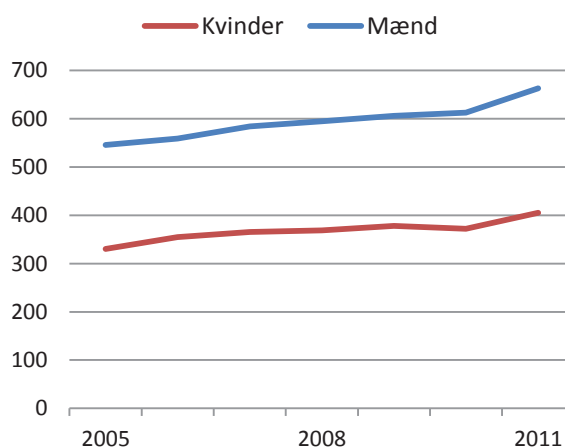
7.1 Udviklingen i forkammerflimren

I tabel 7.4 og figur 7.4 ses udviklingen i incidens af forkammerflimren fra 2005 til 2011. I denne periode steg antallet af nye tilfælde blandt kvinder med 29 %; blandt mænd var der 35 % flere tilfælde. Stigningen i den aldersstandardiserede incidens var henholdsvis 23 % blandt kvinder og 21 % blandt mænd.

Tabel 7.4 Udvikling i incidens af forkammerflimren i 2005-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 7.4 Udvikling i incidens af forkammerflimren i 2005-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2005	7.016	330	8.035	546
2006	7.540	355	8.343	559
2007	7.787	365	8.848	584
2008	7.907	369	9.137	595
2009	8.210	378	9.494	606
2010	8.193	372	9.784	613
2011	9.068	405	10.822	663

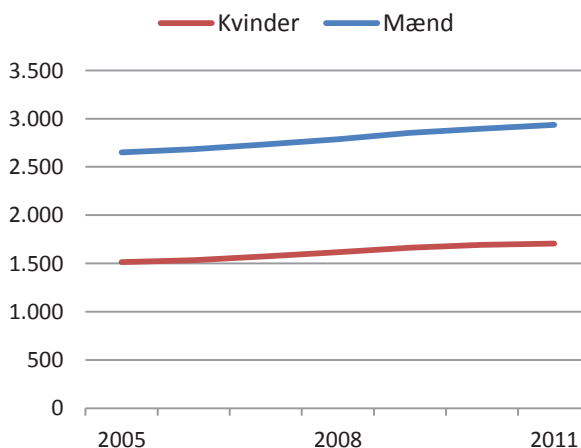


I tabel 7.5 og figur 7.5 ses udviklingen i prævalens af forkammerflimren fra 2005 til 2011. I denne periode var der en stigning i det absolutte antal og i den aldersstandardiserede prævalens af forkammerflimren. For kvinderne var der tale om en stigning på 19 % i det absolutte antal og en stigning på 13 % i den aldersstandardiserede rate, og for mændene var stigningerne på henholdsvis 24 % og 11 %.

Tabel 7.5 Udvikling i prævalens af forkammerflimren i 2005-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 7.5 Udvikling i prævalens af forkammerflimren i 2005-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2005	34.244	1.515	42.026	2.649
2006	34.938	1.533	43.200	2.683
2007	36.075	1.574	44.709	2.733
2008	37.306	1.618	46.437	2.788
2009	38.705	1.664	48.452	2.854
2010	39.886	1.694	50.231	2.896
2011	40.727	1.707	52.108	2.935

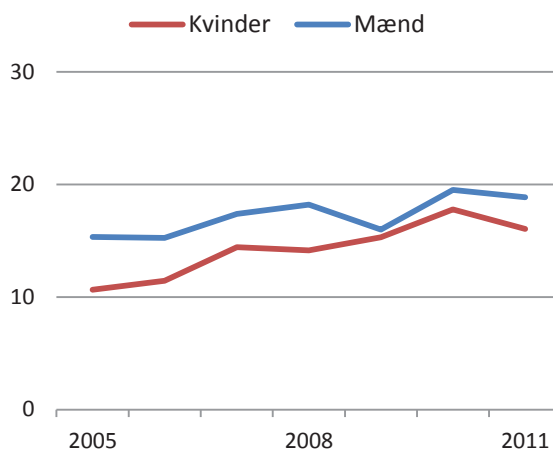


I tabel 7.6 og figur 7.6 ses udviklingen i dødelighed af forkammerflimren fra 2005 til 2011. I denne periode var der en stigning i det absolutte antal døde og i den aldersstandardiserede dødelighedsrate blandt både mænd og kvinder. Blandt kvinder var stigningen på 63 % i det absolutte antal tilfælde og 51 % i den aldersstandardiserede rate. Blandt mænd var der en stigning på 38 % og 23 % i henholdsvis det absolutte antal og den aldersstandardiserede rate.

Tabel 7.6 Udvikling i dødelighed af forkammerflimren i 2005-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 7.6 Udvikling i dødelighed af forkammerflimren i 2005-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

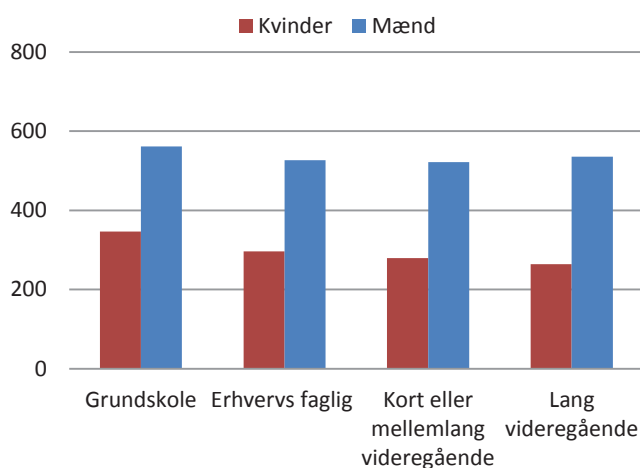
Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2005	318	11	248	15
2006	356	11	252	15
2007	456	14	291	17
2008	444	14	310	18
2009	488	15	277	16
2010	576	18	347	20
2011	519	16	341	19



7.2 Forkammerflimren fordelt på uddannelsesniveau

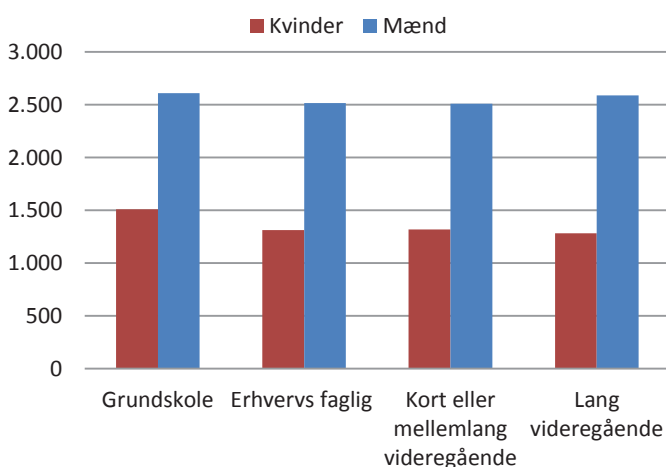
I figur 7.7 ses den aldersstandardiserede incidens af forkammerflimren fordelt på uddannelsesniveau. Der var en lille gradient i incidensraten blandt kvinder i forhold til uddannelse, hvor kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelse havde en aldersstandardiseret incidens på 346 per 100.000 sammenlignet med 264 per 100.000 blandt kvinder med lang videregående uddannelse. Der var ingen tydelig uddannelsesmæssig gradient blandt mænd.

Figur 7.7 Incidens af forkammerflimren efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



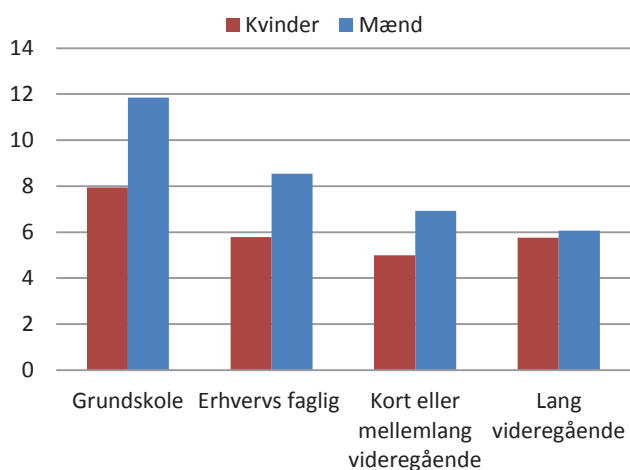
I figur 7.8 ses den aldersstandardiserede prævalens af forkammerflimren fordelt på uddannelsesniveau. Der sås en meget lille uddannelsesmæssig gradient i prævalensraten blandt kvinder, hvor kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelse havde en aldersstandardiseret prævalens på 1.508 per 100.000, og kvinder med en lang videregående uddannelse havde en aldersstandardiseret prævalens på 1.282 per 100.000. Der var ingen tydelig gradient i prævalensraten blandt mænd i forhold til uddannelse.

Figur 7.8 Prævalens af forkammerflimren efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 7.9 ses den aldersstandardiserede dødelighed af forkammerflimren fordelt på uddannelsesniveau. Blandt kvinder var der forskel mellem uddannelsesgrupperne, hvor kvinder med grundskoleuddannelse havde den højeste dødelighed af forkammerflimren, mens de resterende grupper lå på et lavere niveau. Blandt mænd sås en gradient i dødeligheden af forkammerflimren i forhold til uddannelse, hvor mænd med grundskole uddannelse havde ca. dobbelt så høj aldersstandardiseret dødelighed som mænd med en lang videregående uddannelse.

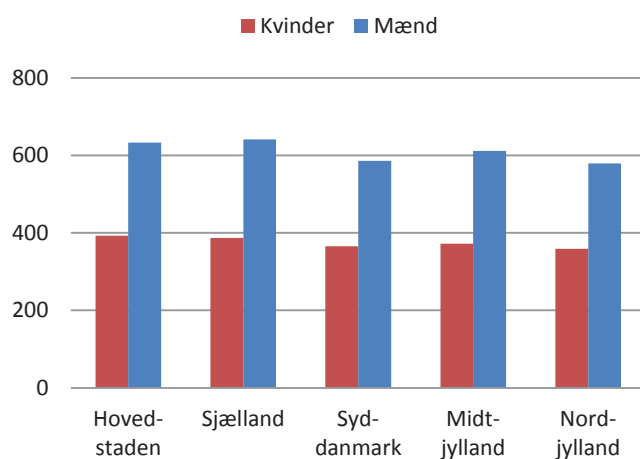
Figur 7.9 Dødelighed af forkammerflimren efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



7.3 Forkammerflimren fordelt på regioner

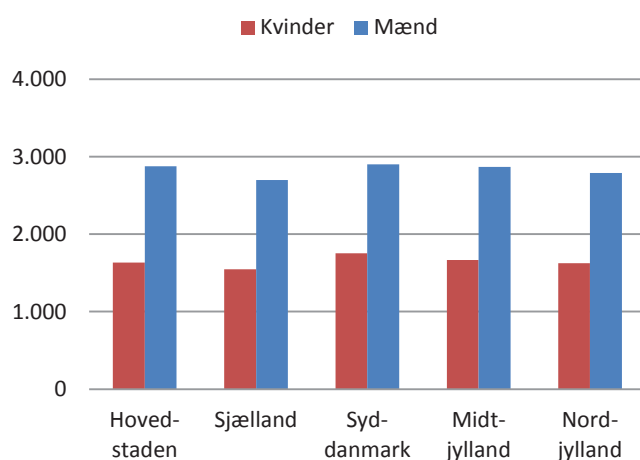
I figur 7.10 ses den aldersstandardiserede incidens af forkammerflimren fordelt på regioner. Der var ikke store forskelle i de aldersstandardiserede incidensrater af forkammerflimren mellem regioner. De laveste aldersstandardiserede incidensrater sås i Region Nordjylland (359 per 100.000 kvinder og 580 per 100.000 mænd), mens de højeste sås i Region Hovedstaden blandt kvinder (393 per 100.000 kvinder) og i Region Sjælland blandt mænd (642 per 100.000 mænd).

Figur 7.10 Incidens af forkammerflimren efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



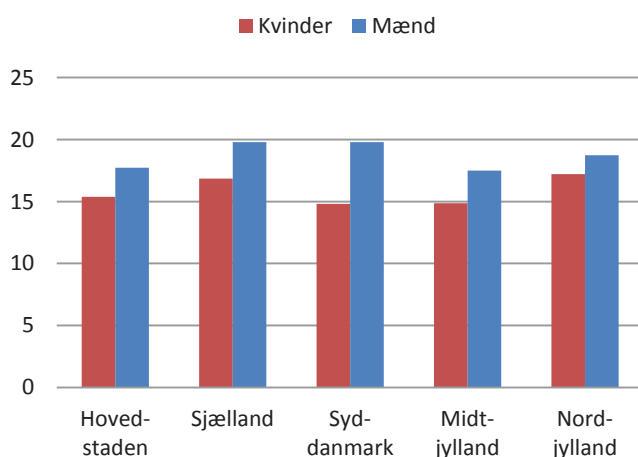
I figur 7.11 ses den aldersstandardiserede prævalens af forkammerflimren fordelt på regioner. Der var kun mindre forskelle i den aldersstandardiserede prævalens af forkammerflimren mellem regioner. De laveste prævalensrater sås i Region Sjælland for både kvinder og mænd (1.547 per 100.000 kvinder og 2.700 per 100.000 mænd) og de højeste i Region Syddanmark (1.752 per 100.000 kvinder og 2.904 per 100.000 mænd).

Figur 7.11 Prævalens af forkammerflimren efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 7.12 ses den aldersstandardiserede dødelighed af forkammerflimren fordelt på regioner. Der var ingen store forskelle i dødeligheden af forkammerflimren mellem regioner. De laveste aldersstandardiserede dødelighedsrater sås i Region Syddanmark og Region Midtjylland blandt kvinder (15 per 100.000 kvinder) og i Region Midtjylland blandt mænd (17 per 100.000 mænd). De højeste dødelighedsrater sås i Region Sjælland og i Region Nordjylland blandt kvinder (17 per 100.000 kvinder) og i Region Sjælland og Region Syddanmark blandt mænd (20 per 100.000 mænd).

Figur 7.12 Dødelighed af forkammerflimren efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



8 Karsygdomme i hjernen

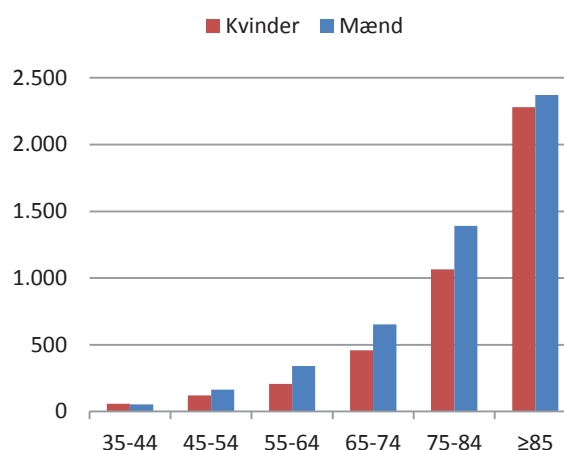
Karsygdomme i hjernen omfatter både hjerneblødning og hjerneinfarkt.

I tabel 8.1 og figur 8.1 ses incidensen af karsygdomme i hjernen i 2011 fordelt på aldersgrupper. Der var knap 12.000 nye tilfælde af karsygdomme i hjernen i 2011, hvor nogenlunde lige mange af dem var kvinder som mænd. Incidensraten steg med alderen.

Tabel 8.1 Incidens af karsygdomme i hjernen i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 8.1 Incidens af karsygdomme i hjernen i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	228	58	211	53
45-54	465	122	636	164
55-64	729	207	1.177	341
65-74	1.239	458	1.615	654
75-84	1.582	1.066	1.505	1.390
≥85	1.570	2.279	709	2.371
I alt	5.813	360	5.853	386



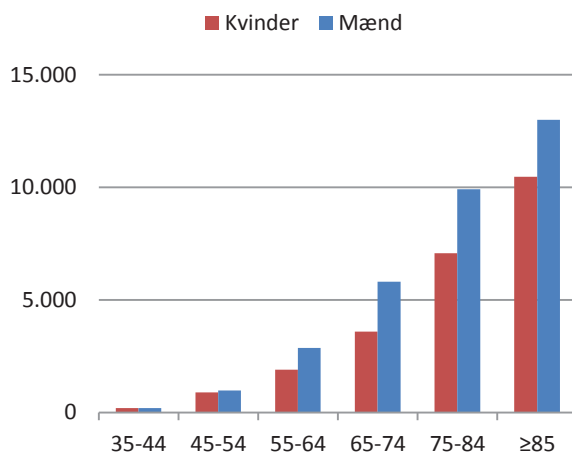
I

tabel 8.2 og figur 8.2 ses prævalensen af karsygdomme i hjernen i 2011 fordelt på aldersgrupper. I alt levede knap 87.000 personer med en karsygdom i hjernen i 2011, lidt flere mænd end kvinder. Prævalensraten var stigende med alderen.

Tabel 8.2 Prævalens af karsygdomme i hjernen i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 8.2 Prævalens af karsygdomme i hjernen i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	752	191	777	194
45-54	3.456	898	3.817	973
55-64	6.814	1.902	10.214	2.876
65-74	10.069	3.591	15.231	5.808
75-84	11.296	7.075	11.922	9.922
≥85	8.057	10.471	4.467	12.996
I alt	40.444	2.446	46.428	2.969



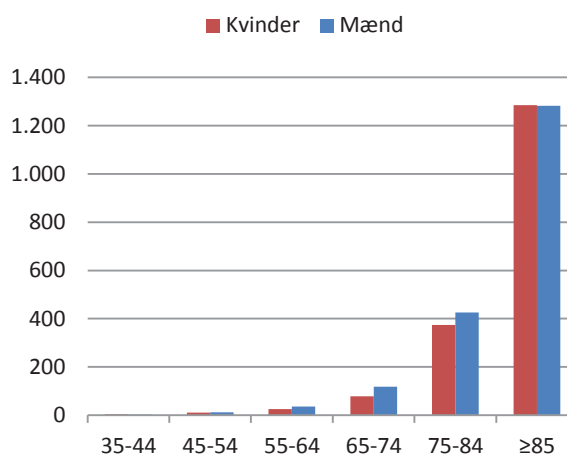
Hjertekarsygdomme i 2011

I tabel 8.3 og figur 8.3 ses dødeligheden af karsygdomme i hjernen i 2011. Knap 3.400 personer døde af karsygdomme i hjernen som primære dødsårsag i 2011, hvor 58 % af dødsfaldene fandt sted blandt kvinder. Den alders- og kønsspecifikke dødelighed steg med alderen fra henholdsvis 4 per 100.000 kvinder og 2 per 100.000 mænd i alderen 35-44 år til henholdsvis 1285 per 100.000 kvinder og 1283 per 100.000 mænd på 85 år og derover.

Tabel 8.3 Dødelighed af karsygdomme i hjernen i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 8.3 Dødelighed af karsygdomme i hjernen i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	17	4	8	2
45-54	40	10	48	12
55-64	89	25	126	35
65-74	219	78	308	117
75-84	596	373	511	425
≥85	989	1.285	441	1.283
I alt	1.950	118	1.442	92



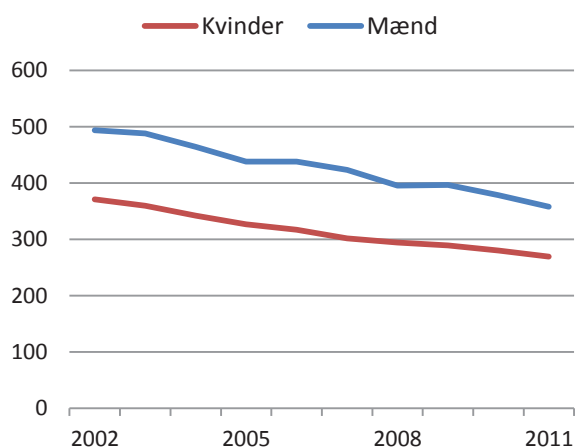
8.1 Udviklingen i karsygdomme i hjernen

I tabel 8.4 og figur 8.4 ses udviklingen i incidens af karsygdomme i hjernen fra 2002 til 2011. I denne periode faldt antallet af incidente tilfælde 23 % for kvinder og 17 % for mænd. Den aldersstandardiserede incidens af karsygdomme i hjernen faldt 27 % for kvinder og 28 % for mænd.

Tabel 8.4 Udvikling i incidens af karsygdomme i hjernen i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 8.4 Udvikling i incidens af karsygdomme i hjernen i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	7.557	371	7.032	494
2003	7.322	360	7.012	488
2004	6.972	342	6.748	464
2005	6.752	327	6.451	438
2006	6.517	317	6.543	439
2007	6.232	302	6.419	423
2008	6.107	294	6.093	396
2009	6.074	290	6.212	397
2010	6.006	280	6.056	379
2011	5.813	270	5.853	358

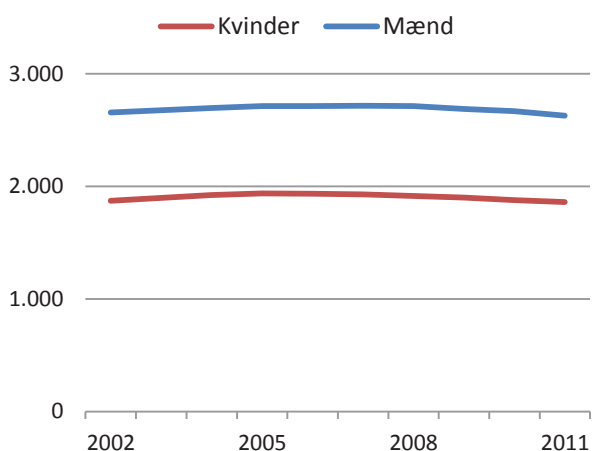


I tabel 8.5 og figur 8.5 ses udviklingen i prævalens af karsygdomme i hjernen fra 2002 til 2011. I denne periode var der en stigning i antallet, der levede med en karsygdom i hjernen blandt både mænd og kvinder, mens den aldersstandardiserede prævalens ikke viste nogen udvikling.

Tabel 8.5 Udvikling i prævalens af karsygdomme i hjernen i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 8.5 Udvikling i prævalens af karsygdomme i hjernen i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	38.216	1.871	40.271	2.656
2003	38.856	1.897	41.142	2.676
2004	39.532	1.922	41.987	2.695
2005	40.086	1.937	42.865	2.713
2006	40.357	1.935	43.497	2.712
2007	40.465	1.929	44.235	2.715
2008	40.401	1.914	44.967	2.712
2009	40.471	1.900	45.450	2.687
2010	40.403	1.878	46.035	2.666
2011	40.444	1.860	46.428	2.628

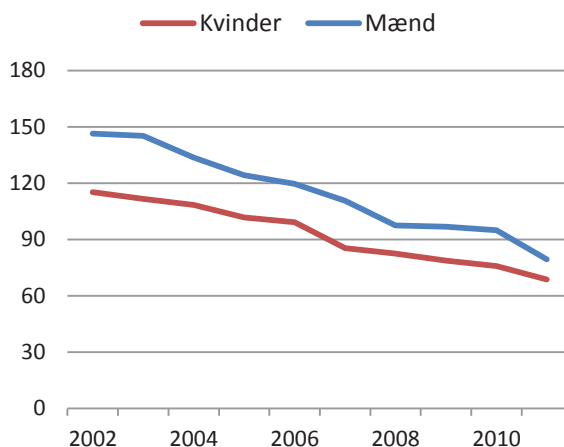


I tabel 8.6 og figur 8.6 ses udviklingen i dødelighed af karsygdomme i hjernen fra 2002 til 2011. Der var et markant fald i dødeligheden af karsygdomme i hjernen. Antallet af dødsfald faldt 36 % og 37 % for henholdsvis kvinder og mænd mens den aldersstandardiserede dødelighed faldt 40 % for kvinder og 46 % for mænd.

Tabel 8.6 Udvikling i dødelighed af karsygdomme i hjernen i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 8.6 Udvikling i dødelighed af karsygdomme i hjernen i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

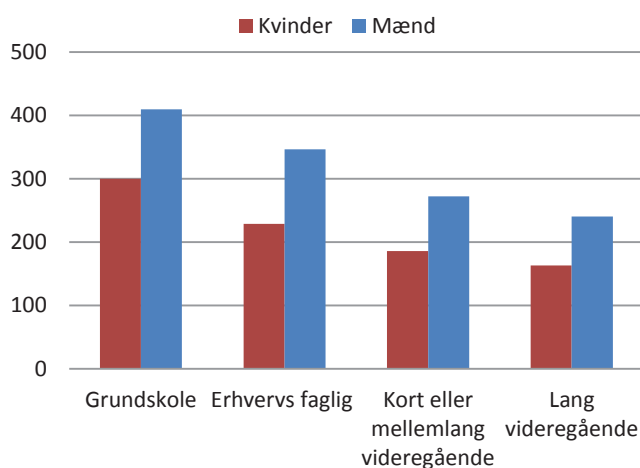
Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	3.068	115	2.291	146
2003	2.966	112	2.285	145
2004	2.873	108	2.133	134
2005	2.734	102	2.014	124
2006	2.668	99	1.963	120
2007	2.338	85	1.841	111
2008	2.266	82	1.657	97
2009	2.168	79	1.673	97
2010	2.141	76	1.685	95
2011	1.950	69	1.442	79



8.2 Karsygdomme i hjernen fordelt på uddannelsesniveau

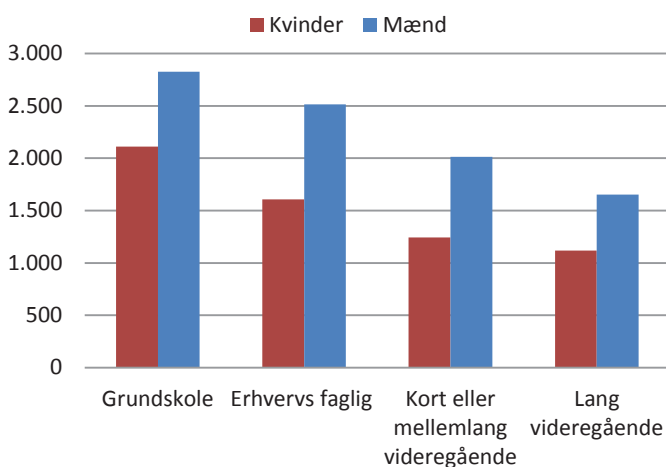
I figur 8.7 ses den aldersstandardiserede incidens af karsygdomme i hjernen fordelt på uddannelsesniveau. Der var en tydelig gradient i incidensraten af karsygdomme i hjernen i forhold til uddannelse blandt både mænd og kvinder. Personer med grundskole som højest fuldførte uddannelse havde op imod dobbelt så høj aldersstandardiseret incidens som personer med lang videregående uddannelse.

Figur 8.7 Incidens af karsygdomme i hjernen efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



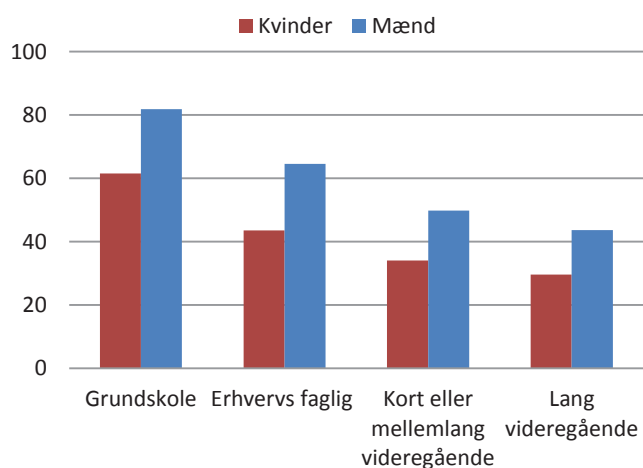
I figur 8.8 ses den aldersstandardiserede prævalens af karsygdomme i hjernen fordelt på uddannelsesniveau. Der var en tydelig gradient i prævalensraten af karsygdomme i hjernen i forhold til uddannelse blandt både mænd og kvinder. Personer med grundskole som højest fuldførte uddannelse havde op imod dobbelt så høj aldersstandardiseret prævalens som personer med lang videregående uddannelse.

Figur 8.8 Prævalens af karsygdomme i hjernen efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 8.9 ses den aldersstandardiserede dødelighed af karsygdomme i hjernen fordelt på uddannelsesniveau. Igen sås en sammenhæng mellem dødeligheden af karsygdomme i hjernen og uddannelsesniveau. Blandt kvinder var den aldersstandardiserede dødelighedsrate mere end dobbelt så høj blandt kvinder med grundskole som højest fuldførte uddannelse sammenlignet med kvinder med lang videregående uddannelse. Blandt mænd var raten næsten dobbelt så høj i gruppen med grundskole som højest fuldførte uddannelse sammenlignet med gruppen, der havde en lang videregående uddannelse.

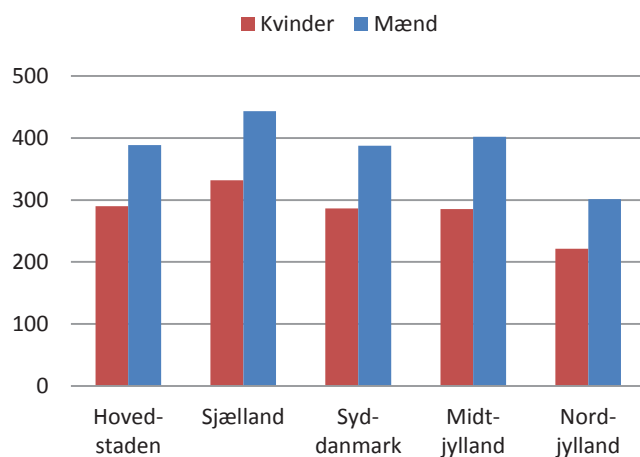
Figur 8.9 Dødelighed af karsygdomme i hjernen efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



8.3 Karsygdomme i hjernen fordelt på regioner

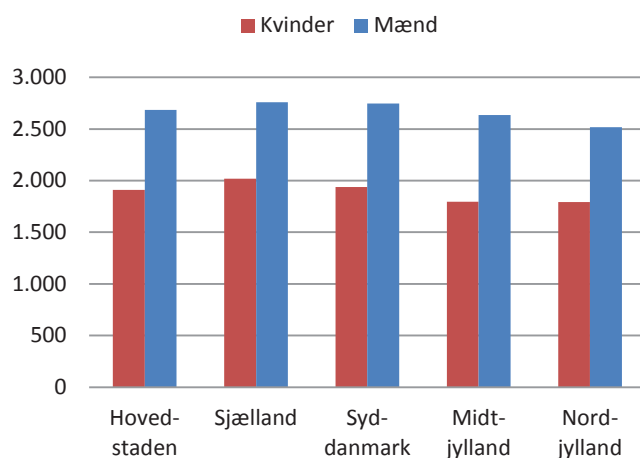
I figur 8.10 ses den aldersstandardiserede incidens af karsygdomme i hjernen fordelt på regioner. For karsygdomme i hjernen var der nogen sammenhæng med region. De laveste aldersstandardiserede incidensrater af karsygdomme i hjernen sås i Region Nordjylland for både kvinder og mænd (221 per 100.000 kvinder og 301 per 100.000 mænd) og de højeste sås i Region Sjælland (332 per 100.000 kvinder og 444 per 100.000 mænd).

Figur 8.10 Incidens af karsygdomme i hjernen efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



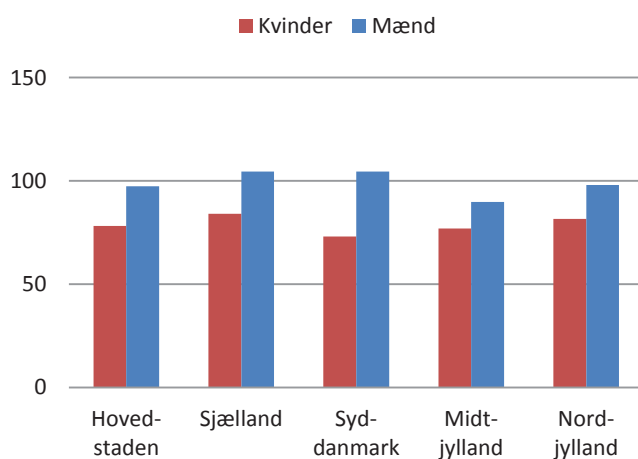
I figur 8.11 ses den aldersstandardiserede prævalens af karsygdomme i hjernen fordelt på regioner. Der var ikke udpræget forskel på den aldersstandardiserede prævalens mellem regioner. De laveste aldersstandardiserede prævalensrater af karsygdomme i hjernen sås i Region Nordjylland for både kvinder og mænd (1.793 per 100.000 kvinder og 2.516 per 100.000 mænd) og de højeste i Region Sjælland (2.020 per 100.000 kvinder og 2.760 per 100.000 mænd).

Figur 8.11 Prævalens af karsygdomme i hjernen efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 8.12 ses den aldersstandardiserede dødelighed af karsygdomme i hjernen fordelt på regioner. Som ved incidens og prævalens af karsygdomme i hjernen var der ikke stor forskel på den aldersstandardiserede dødelighed mellem regioner. Den laveste aldersstandardiserede dødelighed sås i Region Syddanmark blandt kvinder (73 per 100.000 kvinder) og i Region Midtjylland blandt mænd (90 per 100.000 mænd), hvor den højeste sås i Region Sjælland blandt kvinder 84 per 100.000 kvinder) og i Region Sjælland og Syddanmark blandt mænd (105 per 100.000 mænd)).

Figur 8.12 Dødelighed af karsygdomme i hjernen efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



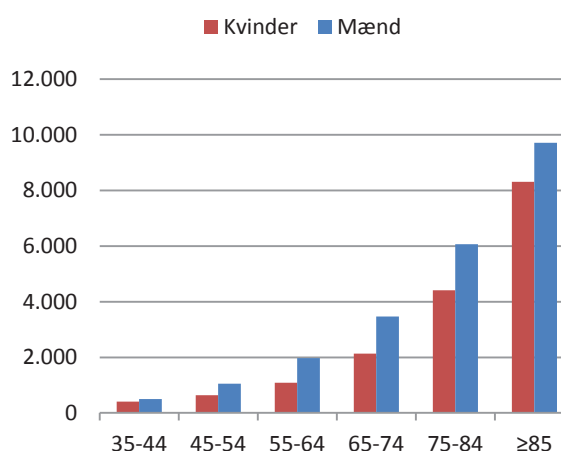
9 Alle hjertekarsygdomme

Alle hjertekarsygdomme omfatter iskæmiske hjertesygdomme, karsygdomme i hjernen og øvrige hjertekarsygdomme.

I tabel 9.1 og figur 9.1 ses incidensen af alle hjertekarsygdomme i 2011 fordelt på aldersgrupper. I alt var der knap 46.000 nye tilfælde af hjertekarsygdom i Danmark i 2011, hvor lidt over halvdelen af tilfældene forekom blandt mænd. Incidensraten var højere for mænd end for kvinder i alle aldersgrupper og steg med alderen.

Tabel 9.1 Incidens af hjertekarsygdomme i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000
Figur 9.1 Incidens af hjertekarsygdomme i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

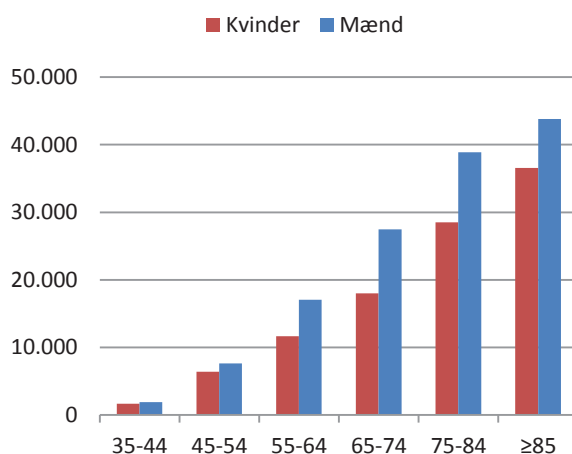
Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	1.596	413	1.976	504
45-54	2.316	643	3.809	1.051
55-64	3.444	1.088	5.813	1.974
65-74	4.900	2.131	6.591	3.466
75-84	5.033	4.410	4.457	6.070
≥85	4.055	8.308	1.876	9.712
I alt	21.344	1.465	24.522	1.841



I tabel 9.2 og figur 9.2 ses prævalensen af alle hjertekarsygdomme i 2011 fordelt på aldersgrupper. I alt levede knap 430.000 personer med en hjertekarsygdom, hvoraf ca. 54 % var mænd. Raten var højest blandt mænd i alle aldersgrupper og stigende med alderen blandt både mænd og kvinder.

Tabel 9.2 Prævalens af hjertekarsygdomme i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000
Figur 9.2 Prævalens af hjertekarsygdomme i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	6.538	1.662	7.531	1.884
45-54	24.552	6.377	29.854	7.613
55-64	41.798	11.664	60.578	17.058
65-74	50.410	17.978	72.069	27.481
75-84	45.539	28.522	46.737	38.895
≥85	28.132	36.562	15.056	43.802
I alt	196.969	11.911	231.825	14.825



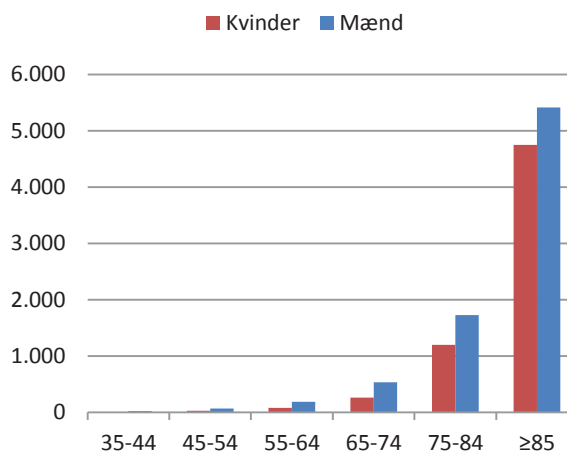
Hjertekarsygdomme i 2011

I tabel 9.3 og figur 9.3 ses dødeligheden af hjertekarsygdomme i 2011 fordelt på aldersgrupper. I alt døde lidt over 13.000 personer af en hjertekarsygdom i 2011, hvor 51 % af dødsfaldene forekom blandt kvinder. Den alders- og kønsspecifikke dødelighed af hjertekarsygdomme steg med alderen fra henholdsvis 8 per 100.000 kvinder og 21 per 100.000 mænd i alderen 35-44 år til 4.749 per 100.000 kvinder og 5.417 per 100.000 mænd på 85 år og derover.

Tabel 9.3 Dødelighed af hjertekarsygdomme i 2011 efter køn og alder. Antal (N) og rater per 100.000

Figur 9.3 Dødelighed af hjertekarsygdomme i 2011 efter køn og alder. Rater per 100.000

Alder (år)	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
35-44	30	8	83	21
45-54	107	28	255	65
55-64	274	76	673	190
65-74	731	261	1.394	532
75-84	1.911	1.197	2.074	1.726
≥85	3.654	4.749	1.862	5.417
I alt	6.707	406	6.341	405

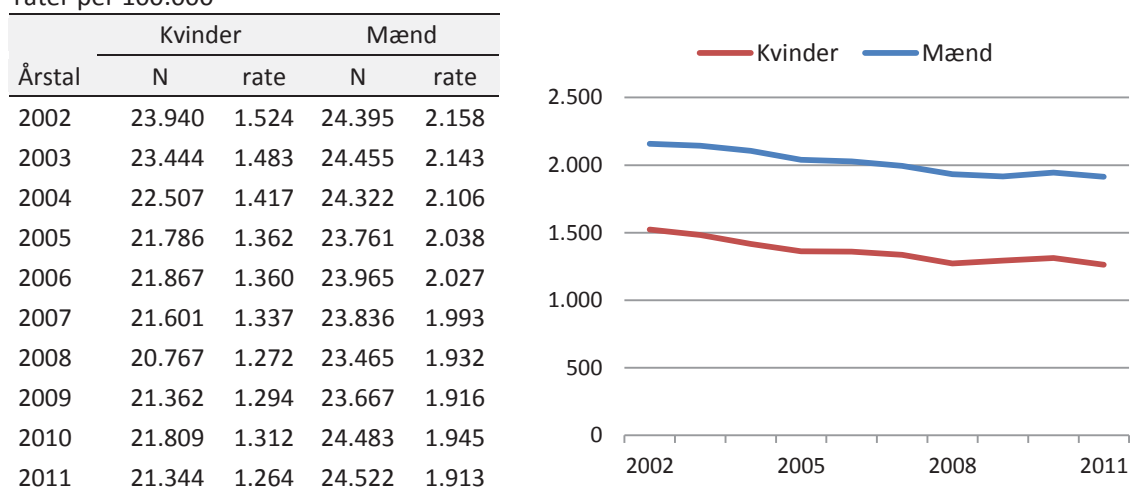


9.1 Udviklingen i hjertekarsygdomme

I tabel 9.4 og figur 9.4 ses udviklingen i incidens af hjertekarsygdomme fra 2002 til 2011. Blandt kvinder faldt det absolutte antal af nye hjertekarsygdomstilfælde med 11 %, mens der var en mindre stigning blandt mænd. Den aldersstandardiserede incidens af hjertekarsygdom faldt 17 % blandt kvinder og 11 % blandt mænd.

Tabel 9.4 Udvikling i incidens af hjertekarsygdomme i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

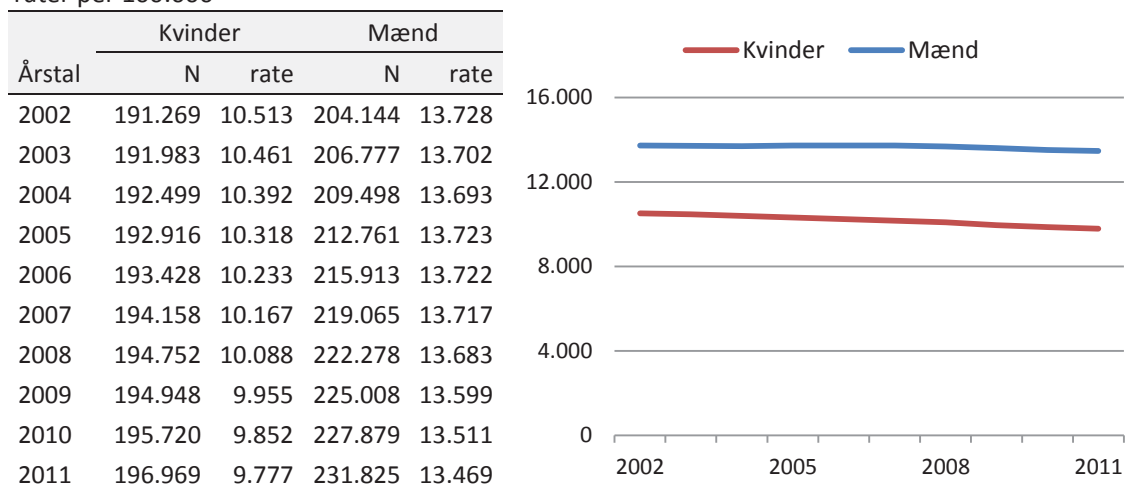
Figur 9.4 Udvikling i incidens af hjertekarsygdomme i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I tabel 9.5 og figur 9.5 ses udviklingen i prævalens af hjertekarsygdomme fra 2002 til 2011. I denne periode steg antallet af personer, der levede med en hjertekarsygdom blandt både mænd og kvinder, mens der var et lille fald i den aldersstandardiserede prævalens.

Tabel 9.5 Udvikling i prævalens af hjertekarsygdomme i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 9.5 Udvikling i prævalens af hjertekarsygdomme i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000



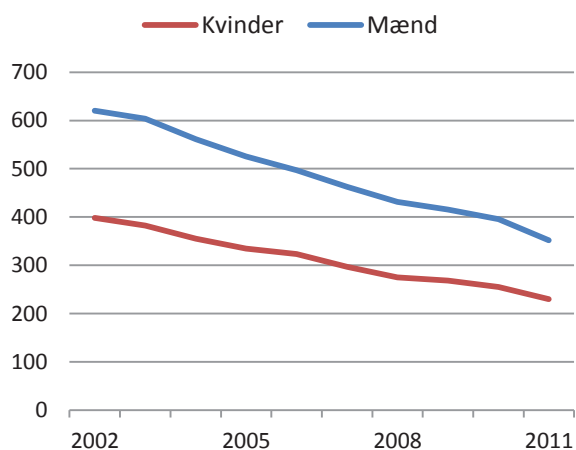
Hjertekarsygdomme i 2011

I tabel 9.6 og figur 9.6 ses udviklingen i dødelighed af hjertekarsygdomme fra 2002 til 2011. I denne periode var der et markant fald i den aldersstandardiserede dødelighed på 42 % blandt kvinder og 43 % blandt mænd.

Tabel 9.6 Udvikling i dødelighed af hjertekarsygdomme i 2002-2011 efter køn. Antal (N) og aldersstandardiserede rater per 100.000

Figur 9.6 Udvikling i dødelighed af hjertekarsygdomme i 2002-2011 efter køn. Aldersstandardiserede rater per 100.000

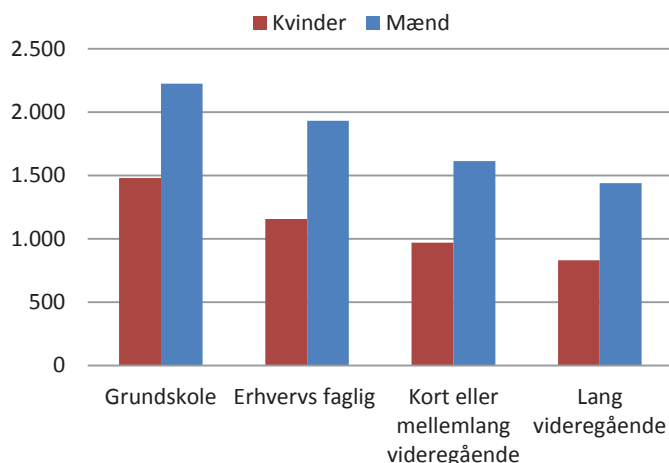
Årstal	Kvinder		Mænd	
	N	rate	N	rate
2002	10.725	398	9.648	621
2003	10.290	382	9.465	603
2004	9.573	355	8.914	561
2005	9.105	335	8.451	525
2006	8.832	323	8.111	497
2007	8.324	297	7.681	463
2008	7.768	275	7.293	431
2009	7.648	269	7.156	415
2010	7.368	255	6.970	395
2011	6.707	230	6.341	352



9.2 Hjertekarsygdomme fordelt på uddannelsesniveau

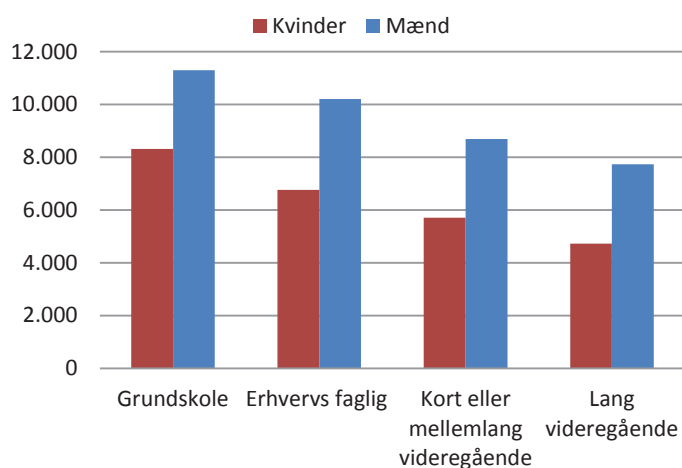
I figur 9.7 ses den aldersstandardiserede incidens af alle hjertekarsygdomme fordelt på uddannelsesniveau. Der var en tydelig gradient i den aldersstandardiserede incidens af hjertekarsygdom i forhold til uddannelse, hvor personer med lang videregående uddannelse havde lavere incidens sammenlignet med personer med grundskole som højest fuldførte uddannelse.

Figur 9.7 Incidens af hjertekarsygdomme efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 9.8 ses den aldersstandardiserede prævalens af alle hjertekarsygdomme fordelt på uddannelsesniveau. Der var ligeledes en tydelig gradient i den aldersstandardiserede prævalens af hjertekarsygdom i forhold til uddannelse, hvor flere mænd og kvinder med grundskoleuddannelse levede med en hjertekarsygdom sammenlignet med personer, der havde en lang videregående uddannelse.

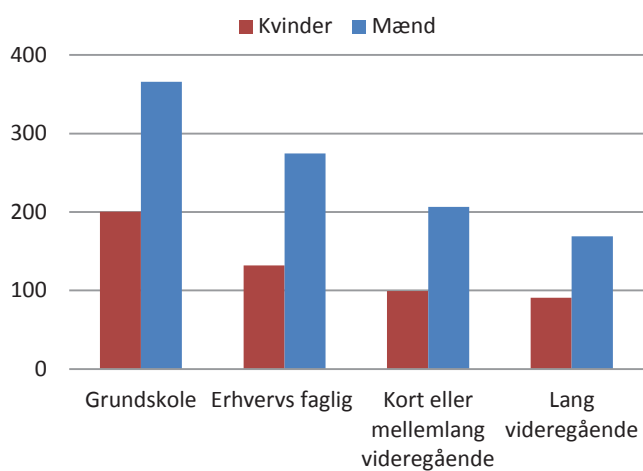
Figur 9.8 Prævalens af hjertekarsygdomme efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



Hjertekarsygdomme i 2011

I figur 9.9 ses den aldersstandardiserede dødelighed af alle hjertekarsygdomme fordelt på uddannelsesniveau. Der var en tydelig sammenhæng mellem dødeligheden af hjertekarsygdomme og uddannelsesniveau. Blandt både kvinder og mænd var den aldersstandardiserede dødelighedsrate mere end dobbelt så høj blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelse sammenlignet med personer, der havde en lang videregående uddannelse.

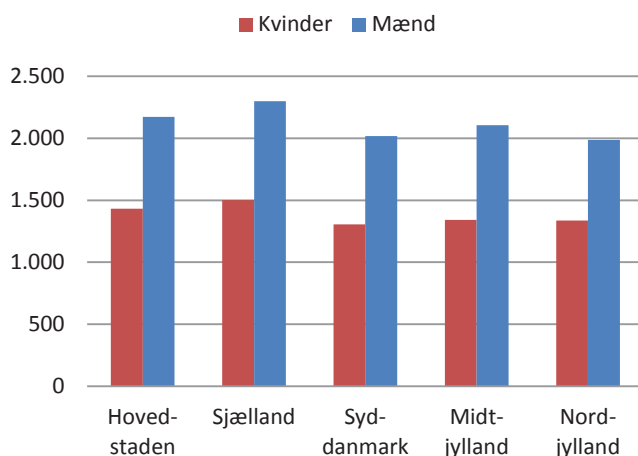
Figur 9.9 Dødelighed af hjertekarsygdomme efter køn og uddannelse. Gennemsnit for 2007-2011 for aldersgruppen 35-84 år. Aldersstandardiserede rater per 100.000



9.3 Hjertekarsygdomme fordelt på regioner

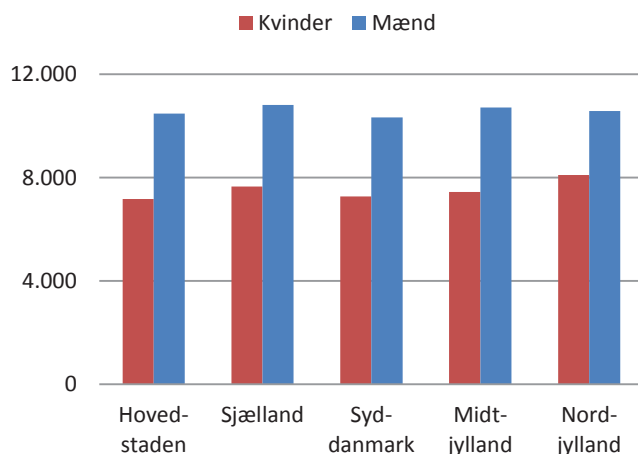
I figur 9.10 ses den aldersstandardiserede incidens af alle hjertekarsygdomme fordelt på regioner. Der var ikke de store forskelle i den aldersstandardiserede incidens af hjertekarsygdom mellem regioner. Den laveste incidens af hjertekarsygdom sås i Region Syddanmark blandt kvinder (1.306 per 100.000 kvinder) og i Region Nordjylland blandt mænd (1.986 per 100.000 mænd), og de højeste incidensrater sås i Region Sjælland (1.502 per 100.000 kvinder og 2.300 per 100.000 mænd).

Figur 9.10 Incidens af hjertekarsygdomme efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



I figur 9.11 ses den aldersstandardiserede prævalens af alle hjertekarsygdomme fordelt på regioner. Her var der meget små forskelle i den aldersstandardiserede prævalens af hjertekarsygdom mellem regioner. Den laveste prævalens af hjertekarsygdom sås i Region Hovedstaden blandt kvinder (7.168 per 100.000 kvinder) og i Region Syddanmark blandt mænd (10.335 per 100.000 mænd), og den højeste prævalens sås i Region Nordjylland blandt kvinder (8.104 per 100.000 kvinder) og i Region Sjælland blandt mænd (10.816 per 100.000 mænd).

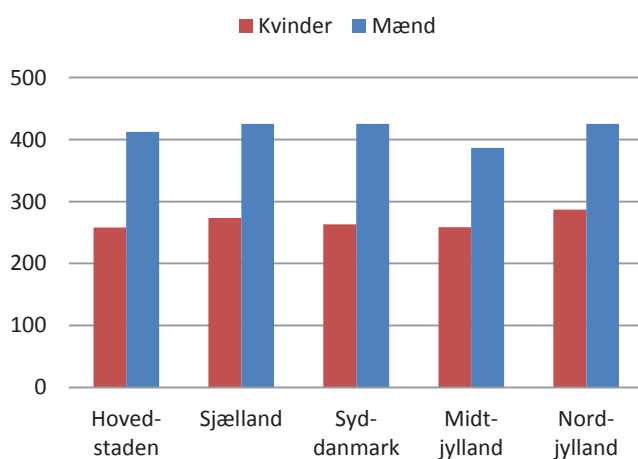
Figur 9.11 Prævalens af hjertekarsygdomme efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



Hjertekarsygdomme i 2011

I figur 9.12 ses den aldersstandardiserede dødelighed af alle hjertekarsygdomme fordelt på regioner. Der var ikke store forskelle mellem regionerne. Den laveste aldersstandardiserede dødelighed af hjertekarsygdom sås i Region Midtjylland og Region Hovedstaden blandt kvinder (258 per 100.000 kvinder) og i Region Midtjylland blandt mænd (386 per 100.000 mænd), og den højeste aldersstandardiserede dødelighed sås i Region Nordjylland blandt kvinder (287 per 100.000 kvinder). Blandt mænd sås den samme aldersstandardiserede dødelighed i Region Sjælland, Region Syddanmark og i Region Nordjylland (425 per 100.000 mænd).

Figur 9.12 Dødelighed af hjertekarsygdomme efter køn og region. Gennemsnit for 2007-2011. Aldersstandardiserede rater per 100.000



10 Metodemæssige overvejelser

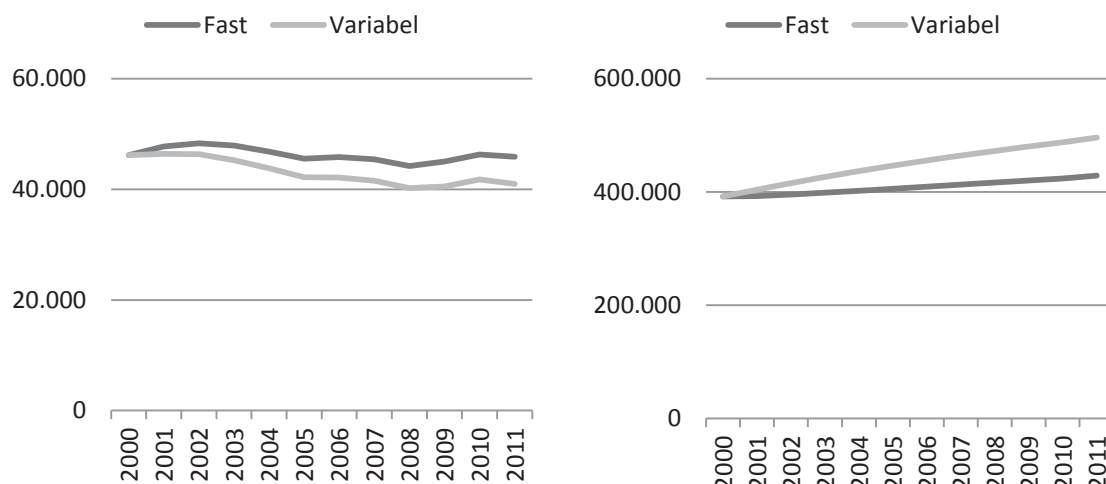
I denne rapport er hjertekarsygdom defineret ud fra to centrale sundhedsregistre, nemlig Landspatientregistret, som indeholder information om alle kontakter til somatiske danske sygehusafdelinger i Danmark, og Dødsårsagsregistret, som indeholder information om alle dødsfald i Danmark. Det vurderes, at sygdommene er så alvorlige, at det vil være yderst få tilfælde, der ikke vil føre til hospitalisering eller til død. For de fleste hjertekarsygdomme er kun heldøgnsindlæggelser medtaget og ikke eventuelle ambulante forløb. Det vurderes, at disse sygdomme er så alvorlige, at patienten i langt de fleste tilfælde vil blive indlagt. Der findes privathospitaler i Danmark, hvor der udføres hjertekirurgi, men det vurderes at have en lille betydning for de angivne incidensrater og prævalensrater (mindre end 1 procent af hjertekirurgien foregik på Danske privathospitaler i 2011).

Bemærk at summen af alle individuelle sygdomme ikke giver "Alle hjertekarsygdomme", da "Alle hjertekarsygdomme" kun indeholder indlæggelser, og da hver person kan indgå i flere af de individuelle sygdomme.

En præcis opgørelse af incidens og prævalens kræver kendskab til alle de indgående personers sygdomshistorie gennem hele livet. De benyttede registre findes fra år 1980 og frem. Incidens og prævalens i denne rapport er estimeret ved at kigge 20 år tilbage. Ved at kigge tilbage i en konstant periode på 20 år bliver det muligt at sammenligne niveauer over tid.

For at få indsigt i betydningen af valget af denne 20-års periode for resultaterne, har vi lavet opgørelserne af incidens og prævalens for alle hjertekarsygdomme ved at benytte en variabel periode, hvor vi kigger 31 år tilbage i 2011, 30 år tilbage i 2010 osv. og sammenlignet disse opgørelser med prævalens, som den er beregnet i rapporten (ved at kigge 20 år tilbage i alle årene). Nedenstående figur 10.1 viser incidens og prævalens af alle hjertekarsygdomme, beregnet ved henholdsvis fast periode på 20 år og variabel periode fra 2000 til 2011.

Figur 10.1 Incidens (til venstre) og prævalens (til højre) af hjertekarsygdomme beregnet ved variabel (20-31 år) og fast (20 år) tidsperiode efter årstal. Antal

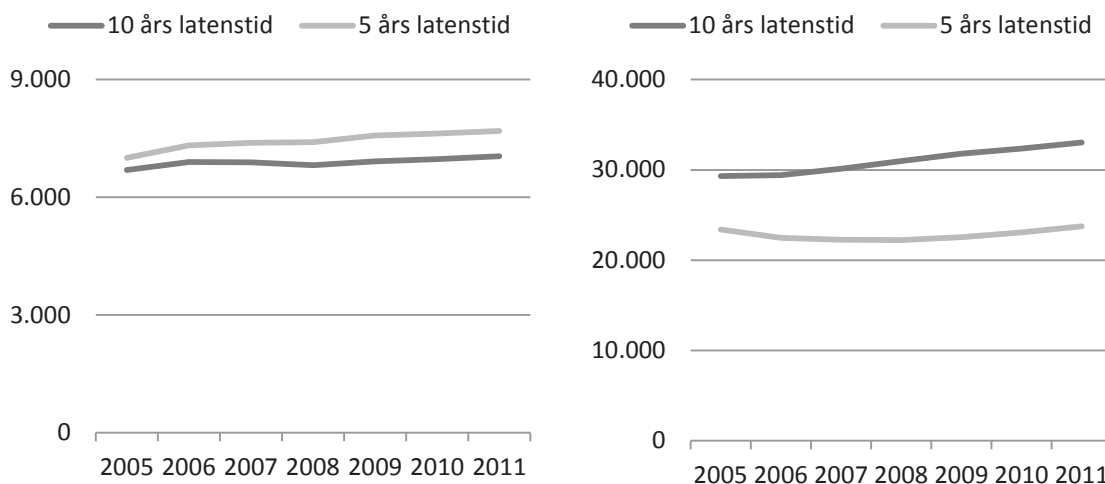


Når man betragter en begrænset periode på (her) 20 år, resulterer det i en overvurdering af incidens (da man overser nogle tidligere sygdomstilfælde) og en undervurdering af prævalens. Dette fremgår af ovenstående figurer.

Ved opgørelsen af incidens og prævalens af hjertesvigt og forkammerflimren er der benyttet data for ambulante forløb. I den foregående rapport "Hjertekarsygdomme i Danmark – forekomst og udvikling 2000-2009", blev incidens og prævalens af hjertesvigt og forkammerflimren opgjort ved at benytte en tidsperiode på fem år, da opgørelserne startede i år 2000 og registreringen af ambulante forløb først begyndte i 1995. I denne udgave har vi valgt at afrapportere udviklingen i hjertesvigt og forkammerflimren fra 2005 og frem, og det er derfor muligt at benytte en tidsperiode på 10 år.

I figur 10.2 ses incidens og prævalens af hjertesvigt (opgjort som absolutte antal) opgjort med en tidsperiode på 5 og 10 år. Længere tid resulterer i en højere prævalens og en lavere incidens. Jo længere tidsperiode, des mere korrekte estimater på incidens og prævalens vil man opnå. Der gælder samme principper, som ovenfor, hvor forskellen på en fast og en variabel tidsperiode er opgjort. Nemlig at man ved en kort tidsperiode undervurderer prævalens og overvurderer incidens. Resultaterne vedrørende incidens og prævalens af hjertesvigt og forkammerflimren, vil derfor ikke direkte kunne sammenlignes med resultaterne fra "Hjertekarsygdomme i Danmark – forekomst og udvikling 2000-2009".

Figur 10.2 Incidens (til venstre) og prævalens (til højre) af hjertesvigt beregnet ved 10 års og 5 års periode efter årstal. Antal



Det skal bemærkes, at de ændringer over tid, der er beskrevet i rapporten, kan skyldes ændringer i behandlingsstrategi, nye diagnostiske metoder, rapportering eller lignende. De foregående kapitler har beskrevet udviklingen i prævalens, incidens og dødelighed uden at vurdere om en udvikling kan skyldes en eller flere af ovenstående forhold. Det kan eksempelvis nævnes at stigningen i incidens af hjerteklapsygdom i høj grad forventes at skyldes at diagnosticeringen i dag sker ved ekkokardiografi. Stigningen skyldes derfor at flere tilfælde, der tidligere ikke ville være blevet opdaget, bliver opdaget i dag.

Bilag

Tabel 1 Aldersvægte for personer på 35 år eller derover. WHO's European Standard Population

Aldersgruppe	Vægt
35-44	0,28
45-54	0,28
55-64	0,22
65-74	0,14
75-84	0,06
85+	0,02

Tabel 2 Gruppering af uddannelsesniveau efter højest fuldførte uddannelse (HFUDD)

Gruppe	
Grundskoleuddannelse	8.-10. klasse
Erhvervsfaglig uddannelse	F.eks.: håndværkere, kontorassistenter og sygehjælpere. Inkl. almen- og erhvervs gymnasial uddannelse.
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	F.eks.: Sygeplejersker og folkeskolelærere
Lang videregående uddannelse	F.eks.: Læger og civilingeniører inkl. forsker uddannelser