

# Sammenligning af risikofaktorer for hjerte-karsygdom ved diagnosetidspunktet for type 2-diabetes mellem befolkningen i Danmarks by- og landområder

**Forskningstræning 2024, FT 61**  
**Speciallægeuddannelse i almen medicin, Aarhus**



**René Tidemand Larsen og Regitze Johnsen Høy**  
**Vejleder: Anders Prior**

## Indholdsfortegnelse

<b>Introduktion</b> .....	<b>3</b>
<b>Metode</b> .....	<b>3</b>
<i>Design</i> .....	3
<i>Population</i> .....	4
<i>Outcomes</i> .....	4
<i>Statistiske analyser</i> .....	4
<i>Litteratursøgning</i> .....	5
<b>Resultater</b> .....	<b>5</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>6</b>
<i>Opsummering af vigtigste fund</i> .....	6
<i>Sammenligning med andre studier og tolkning af resultater</i> .....	7
<i>Styrker og svagheder</i> .....	8
<b>Konklusion</b> .....	<b>9</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>10</b>
<b>Bilag 1</b> .....	<b>11</b>
<b>Bilag 2</b> .....	<b>12</b>

## Introduktion

Type 2-diabetes (DM II) er en kronisk metabolisk sygdom, som er kendetegnet ved varierende grader af insulinresistens. Ca. 325.000 danskere lever med sygdommen. DM II er en sygdom, der typisk viser sig langsomt. Man kan derfor have sygdommen i mange år uden at vide det, da den kan give få eller ingen symptomer. For at undgå komplikationer til DM II, er det af afgørende betydning, at have velreguleret blodsukker, blodtryk og kolesterol. DM II er arveligt, men også miljø spiller en rolle (1). En komplikation til DM II er blandt andet hjertekarsygdom og risikofaktorer for hjertekarsygdom er desuden hypertension, hyperkolesterolemie, alder, BMI, mandligt køn og rygning. Hjertekarsygdom er vigtig at forebygge, da mere end 50% af den danske befolkning over 55 år bliver ramt. Desuden lever ca. 524.000 danskere med en hjertekarsygdom og hver 5. dør af den (2, 3).

Ulighed i sundhed mellem land og by er et emne med øget interesse og betydning for folkesundheden. Hvilke aspekter af livet på henholdsvis land og i by der har betydning, kan være svært at blive klog på. Det må antages at være multifaktorielt (4).

Flere studier har vist, at der er forskel i befolkningens helbred når man sammenligner by- og landområder. Studier fra USA har vist, at ældre i landdistrikterne har en højere forekomst af kroniske sygdomme sammenlignet med ældre i byområder, inklusiv diabetes, hjertekarsygdom, overvægt, depression og generelt en dårligere sundhedsopfattelse (5, 6). Et andet studie har desuden også belyst at konsultationsraten var højere i byområderne, hvilket kunne være årsag til, at man i landdistrikterne fik den kroniske diagnose senere end i byerne og derfor også havde flere risikofaktorer på diagnosetidspunktet (7).

Ud fra hypotesen om, at befolkningen i landdistrikterne søger mindre læge end i byerne og har et dårligere helbred, har dette projekt til formål at belyse sværhedsgraden af risikofaktorer for hjertekarsygdom ved diagnosetidspunktet for DM II blandt befolkningen i landdistrikterne sammenlignet med befolkningen i byerne.

## Metode

### Design

Studiet er et analytisk tværsnitstudie. Det sammenligner risikofaktorer for hjertekarsygdom ved diagnosetidspunktet for DM II mellem to populationer fra Thisted og Aarhus, som hhv. repræsenterer befolkning i landdistrikterne og byområderne. Patienterne blev udvalgt via forløbsplaner, hvor de patienter der senest var registreret med diagnosen DM II blev inkluderet. Data blev efterfølgende registreret på baggrund af opslag i patienternes laboratoriekort og journal.

## Population

Til at repræsentere befolkningen i byområde blev der inkluderet patienter fra Aarhus, der i 2023 havde et befolkningstal på 290.598, og til at repræsentere befolkningen i landdistrikterne blev der inkluderet patienter fra Thisted, der i 2023 havde et befolkningstal på 13.534 (8). Der blev udtaget 50 patienter fra Lægehuset Banegårdspladsen 6 i centrum af Aarhus, samt 50 patienter fra Thisted fordelt på to forskellige lægehuse med hhv. 25 patienter fra Toldbodlægerne og 25 patienter fra Lægerne Bølgen.

## Outcomes

Data for følgende faktorer omkring diagnosetidspunktet for DM II blev registreret: Køn, alder, HbA1c, systolisk og diastolisk blodtryk, LDL-kolesterol, mikroalbuminuri, øjenstatus fra øjenlæge, BMI, rygning og komorbiditeter.

De værdier, der blev inkluderet, var dem som var registreret nærmest diagnosetidspunktet i perioden tre måneder op til diagnosetidspunkt og indtil to uger efter. Forelå der ingen værdier i denne periode, blev de registreret som 'missing'.

Den HbA1c-værdi der blev registreret, var den første værdi målt  $\geq 48$ , og kun patienter der havde fået stillet diagnosen på baggrund af HbA1c blev inkluderet. Hvis der indenfor den angivne periode både forelå et konsultationsblodtryk og et hjemmeblodtryk, var det hjemmeblodtrykket der blev registreret.

Rygestatus blev registreret som: 'dagligt' eller 'ikke-ryger' på diagnosetidspunktet. Mikroalbuminuri blev registreret som et dikotomt udfald, med et positivt udfald ved værdier  $\geq 30$  mg/døgn. Øjenstatus blev inkluderet, hvis der var foretaget øjenundersøgelse op til 12 måneder efter diagnosetidspunktet.

Følgende komorbiditeter blev inkluderet: hjertekarsygdom, KOL, astma, kræft samt psykiatriske diagnoser. De blev registreret på baggrund af ICPC koder i patientjournalen, samt ud fra aktuelle eller tidligere ordinationer i medicinkortet og blev inkluderet, hvis diagnosen var givet før diagnosetidspunktet for DM II. Hjertekarsygdom blev defineret som sygdomme i hjertet eller blodkar. Hypertension og hyperkolesterolemie blev ikke inkluderet, men i stedet blev de defineret som risikofaktorer. Samtlige kræft- og psykiatriske diagnoser blev inkluderet.

## Statistiske analyser

Analyserne blev foretaget i Microsoft Excel, hvor p-værdier for de kontinuerte variabler blev udregnet ved brug af one-way ANOVA, mens det for de kategoriske variabler blev udregnet ved brug af CHI2 test. Resultater med en p-værdi  $< 0,05$  blev betragtet som statistisk signifikante.

## Litteratursøgning

Til litteratursøgningen blev der gjort brug af forskellige databaser.

Der blev i PubMed lavet søgninger med ord der fremgår af tabel i Bilag 1. Der blev ligeledes søgt i Google Scholar med følgende sætninger:

- "Differences in cardiovascular disease risk factors in urban and rural areas" med 1 relevant artikel
- "Differences in disease prevalence between rural and urban areas" med 1 relevant artikel
- "Urban vs rural health disparities" med 1 relevant artikel
- "WHO urban vs rural health disparities" med 4 relevante artikler, hvoraf 1 blev ekskluderet efter gennemlæsning.

Der blev kun medtaget artikler der havde relevans for formålet i dette projekt og som kunne sammenlignes med det der forsøges belyst. Ved fund af relevante artikler, er disses litteraturliste også gennemgået. Derudover blev der hentet baggrundsmateriale via relevante hjemmesider.

## Resultater

Karakteristika for de to populationer ved diagnosetidspunktet ses i tabel 1. Alder ved diagnosetidspunktet var i gennemsnit i Thisted 61,0 år, mens det i Aarhus var 59,6 år (p-værdi 0,59), andelen af mænd var 58,0% i Thisted og 62,0% i Aarhus (p-værdi 0,68).

På diagnosetidspunktet var HbA1c i gennemsnit i Thisted 59,6, mens det i Aarhus var 60,3 (p-værdi 0,86). Det systoliske blodtryk var i hhv. Thisted og Aarhus 136,1 og 137,9 (p-værdi 0,62), og det diastoliske hhv. 83,9 og 84,6 (p-værdi 0,79). Gennemsnits-LDL-niveau var i Thisted 2,5 og Aarhus 2,9 (p-værdi 0,12) og BMI hhv. 36,1 og 34,3 (p-værdi 0,50).

Summen af komorbiditeter var i gennemsnit 0,84 i Thisted sammenlignet med 0,60 i Aarhus (p-værdi 0,14). I hhv. Thisted og Aarhus havde 25,0% og 23,8% mikroalbuminuri (p-værdi 0,93), og 3,6% og 0% havde diabetiske øjenforandringer (p-værdi 0,29) ved diagnosetidspunktet. Andelen af daglige rygere var 32,6% i Thisted og 16,1% i Aarhus (p-værdi 0,11).

Andelen af patienter med en hypertensions-diagnose på diagnosetidspunktet for DM II var hhv. 60% og 30% i Thisted og Aarhus (p-værdi < 0,01), se bilag 2.

Tabel 1

	Thisted	Aarhus	Total, n (%)	p-værdi	Missing/N (%)
<b>n (%)</b>	50 (50,0)	50 (50,0)	100 (100,0)		0/100 (0,0)
<b>Alder, mean (sd)</b>	61,0 (13,50)	59,6 (12,89)		0,59	0/100 (0,0)
<b>Køn , n (%)</b>				0,68	0/100 (0,0)
<b>Mand</b>	29 (58)	31 (62)	60 (60,0)		
<b>Kvinde</b>	21 (42)	19 (38)	40 (40,0)		
<b>HbA1c , mean (sd)</b>	59,6 (19,51)	60,3 (20,02)		0,86	0/100 (0,0)
<b>Systolisk BT , mean (sd)</b>	136,1 (14,74)	137,9 (16,02)		0,62	29/100 (29,0)
<b>Diastolisk BT , mean (sd)</b>	83,9 (10,51)	84,6 (12,23)		0,79	29/100 (29,0)
<b>LDL , mean (sd)</b>	2,5 (0,91)	2,9 (1,17)		0,12	32/100 (32,0)
<b>Mikroalbuminuri , n (%)</b>				0,93	55/100 (55,0)
<b>Mikroalbuminuri</b>	6 (25)	5 (23,8)	11 (24,4)		
<b>Ingen mikroalbuminuri</b>	18 (75)	16 (76,2)	34 (75,6)		
<b>BMI , mean (sd)</b>	36,1 (9,05)	34,3 (7,43)		0,5	59/100 (59,0)
<b>Komorbiditeter, mean (sd)</b>	0,84 (0,84)	0,60 (0,78)		0,14	0/100 (0,0)
<b>Rygning , n (%)</b>				0,11	23/100 (23,0)
<b>Dagligt</b>	15 (32,6)	5 (16,1)	20 (26,0)		
<b>Nej</b>	31 (67,4)	26 (83,9)	57 (74,0)		
<b>Øjenundersøgelse , n (%)</b>				0,29	41/100 (100,0)
<b>DM forandringer</b>	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (1,7)		
<b>Ingen DM forandringer</b>	27 (96,4)	31 (100)	58 (98,3)		

## Diskussion

### Opsummering af vigtigste fund

Resultaterne i dette projekt indikerer således, at DM II patienter fra byen og landdistrikterne ikke adskiller sig fra hinanden. Der blev ikke observeret nogen signifikant forskel på de to populationer, hverken på grundkarakteriska som alder og køn eller på sværhedsgraden af

risikofaktorer ved diagnosetidspunkt for DM II. Om end der ikke blev fundet en statistisk signifikant forskel, fandtes der en tendens til, at populationen i landdistriktet havde flere komorbiditeter på diagnosetidspunktet. Ligesådan ses i forhold til rygning, da andelen af rygere er over dobbelt så stor i Thisted sammenlignet med Aarhus.

## Sammenligning med andre studier og tolkning af resultater

Fundende i dette studie er i uoverensstemmelse med flere andre studier. Blandt andet et stort studie fra Sverige der viste, at landdistrikterne havde en større tendens til kardiovaskulære risikofaktorer i form af BMI, kolesterol, rygning og blodtryk, samt diabetes end byområderne (9). Der ses også samme tendens i USA og England. Her fandt et studie øget mortalitet på baggrund af kardiovaskulær sygdom i landdistrikterne (5). I samme studie så man også en forskel i uddannelsesniveau, med flere risikofaktorer i takt med faldende uddannelsesniveau (5). Dette kendes også fra andre studier, hvor der er en sammenhæng mellem livsstilssygdomme, mængden af fysisk aktivitet, indtag af grøntsager og uddannelsesniveau (9, 6). Således ser man, hvordan også lav uddannelsesniveau og generel lav socioøkonomisk status bidrager til et dårligere helbred. I aktuelle studie er uddannelsesniveaet ikke registreret i populationen, men måske ville man se et anderledes udfald i sværhedsgraden af risikofaktorer mellem land og by, hvis der var taget højde for dette.

Et studie fra UK konkluderede, at befolkningen i byområderne oftere konsulterer læge end befolkningen i landdistrikterne (7). Det understøtter netop dette projekts hypotese om, at befolkningen i byen sandsynligvis hurtigere får konstateret DM II og dermed har færre risikofaktorer på diagnosetidspunktet end befolkningen i landområder. I samme studie beretter de, at der i Australien var mindre aktivitet ved de praktiserende læger i landdistrikterne sammenlignet med byerne. Man bekymrer sig i den forbindelse om, at en lavere konsultationsrate er ensbetydende med en dårligere helbredstilstand, blandt andet i relation til DM II og derudover også en større sandsynlighed for et øget antal kardiovaskulære risikofaktorer (7). Der kan sandsynligvis også være tale om andre faktorer, såsom egenomsorg, individuelle krav til behandling, afstand til lægehus, viden om rettigheder og muligheder, samt opdragelse i forhold til hvornår man opsøger lægen og så videre.

Det er velkendt, at patienter i landdistrikterne kan have flere komorbiditeter end i byerne. Som tidligere nævnt, viste et studie fra Amerika, at de ældre i landdistrikterne havde en højere forekomst af kroniske sygdomme sammenlignet med ældre i byområder, inklusiv diabetes, hjertekarsygdom, overvægt, depression og generelt dårligere sundhedsopfattelse (6). Observationerne i aktuelle projekt antyder samme tendens, dog uden at der opnås statistisk signifikans. Man kunne således muligvis antage, at patienterne i landdistrikterne, mere sandsynligt end i byerne, allerede vil være på en forløbsydelse for en anden kronisk diagnose ved diagnosetidspunktet for DM II. Patienterne vil derfor, som hovedregel, komme til kontrol minimum én gang årligt, og af den grund, oftere end i byerne, allerede have et tæt forløb i praksis med fokus på blandt andet livsstil. Man kunne derfor forestille sig, at patienterne, med større sandsynlighed, vil være i behandling for blandt andet hypertension og hyperkolesterolemie på



diagnosetidspunktet for anden kronisk lidelse. På samme måde vil de oftere blive screenet for DM II i form af blodprøver med HbA1c, og derved få diagnosen tidligere, end hvis de ikke havde haft en anledning til at konsultere lægen. Samlet set vil det derfor give et fald i sværhedsgraden af risikofaktorer ved diagnosetidspunktet for DM II, fordi de er mere velregulerede. Dette kan muligvis være en del af forklaringen på, hvorfor dette projekt ikke finder nogen forskel, når risikofaktorer for hjertekarsygdom ved diagnosetidspunktet for DM II sammenlignes. Det kunne således være interessant for fremtidige studier, at kigge på risikofaktorerne ved diagnosetidspunktet for første kroniske diagnose.

## Styrker og svagheder

Et af studiets styrker er indsamling af data. Her er anvendt forløbsplaner og opslag i både laboratoriekort og patientjournal. Ligeledes har der været tilgang til medicinkort i forhold til registrering af komorbiditeter, sammen med diagnose-registrering. Der har således været adgang til de data der kunne være registreret forskellige steder og det er ikke udelukkende indhentet via koder eller automatiske registreringer.

Studiets svagheder inkluderer først og fremmest populationens størrelse. Studier med små populationer er mere udsat for outliers, som vil kunne påvirke resultaterne, især på parametre med mange missing-værdier. De outliers, der er observeret, er dog vurderet jævnt fordelt mellem de to populationer, hvorfor det ikke vurderes at have haft en større betydning for resultaterne i dette projekt.

Der var desværre også flere 'missing'-værdier, som blandt andet var udtalt på flere variabler med 59% missing på BMI og 55% missing på mikroalbuminuri. En af årsagerne til de mange missing-værdier skal findes i det interval, der på forhånd var besluttet skulle være fra perioden tre måneder op til diagnosetidspunkt og indtil to uger efter. Det var ofte tilfældet, at der både var observationer før og efter dette interval, der så måtte registreres som 'missing'. Man kunne argumentere for, at såfremt der forelå observationer både før og efter intervallet, som stemte overens med hinanden, da kunne man antage, at det må have været stabilt, og dermed kunne man have inkluderet dem i studiet. Man kan også stille spørgsmålstegn ved, om perioden på tre måneder op til diagnosetidspunkt var for kort et interval. Antallet af missing-værdier har været nogenlunde ens i de to populationer, og kan derfor potentielt have sløret en eventuel forskel.

En anden svaghed er, at der ikke er taget højde for, om patienterne på diagnosetidspunktet for DM II allerede havde diagnosen hyperkolesterolemie og om de eventuel var i behandling herfor. I forhold til hypertension havde 60% af patienterne i Thisted diagnosen, mens det for patienterne i Aarhus kun var 30%. Det overordnede formål med studiet var, at undersøge sværhedsgraden af risikofaktorer for hjertekarsygdom ved diagnosetidspunktet, uanfægtet om man var i behandling eller ej. Af den årsag blev der valgt, ikke at tage højde for om man eventuel var i behandling eller ikke. Men måske en del af forklaringen på den manglende forskel imellem de to populationer alligevel kan findes her, da der imod forventning ikke blev fremfundet en forskel i sværhedsgraden af risikofaktorer ved diagnosetidspunktet for DM II.



En anden faktor, som der ikke blev taget højde for, er etnicitet. Grundet forskelle i genetisk sammensætning er nogle etniske befolkningsgrupper i større risiko for at udvikle DM II end andre, selvom de har den samme livsstil. Dette gør sig også gældende for personer med afrikansk eller asiatisk baggrund, som bor i Danmark (10). Såfremt andelen af personer med afrikansk eller asiatisk baggrund ikke har været ligeligt fordelt imellem de to populationer, vil det således kunne have påvirket resultaterne i projektet, og fremtidige studier bør derfor tage højde for dette.

En anden potentiel fejlkilde opstår ved, at populationen fra Aarhus stammer fra samme praksis, mens populationen fra Thisted stammer fra to forskellige praksis, hvorfor der opstår en forskel i forhold til diagnosetidspunktet. Populationen blev fundet ved at tage de senest diagnosticerede via forløbsplaner, og da populationen fra Thisted er fordelt ud på to praksisser, kommer diagnosetidspunktet for populationen i Aarhus til at ligge længere tilbage i tid. I populationen fra Aarhus er den tidligst diagnosticerede fra 2014, mens den for populationen i Thisted er fra 2019. Dette kan potentielt give bias, da retningslinjer m.v. for blandt andet behandling af hyperkolesterolæmi, samt hypertension løbende ændrer sig, hvor tendensen er, at man behandler mere og mere aggressivt. Dette kan derfor potentielt have givet bias mod nulhypotesen om, at der ingen forskel er mellem de to grupper. Man kan desuden stille spørgsmålstegn ved, om Thisted, i kraft af sine 13.538 indbyggere, er repræsentativ for befolkningen i landdistrikterne. I et fremtidigt studie kunne man vælge en mindre by, som kunne repræsentere landdistrikterne.

## Konklusion

Resultaterne i dette studie antyder, at der ikke er en forskel i sværhedsgraden af risikofaktorer for hjertekarsygdom ved diagnosetidspunktet for DM II blandt befolkningen i landdistrikterne sammenlignet med befolkningen i byerne. Dog ses der en tendens til, at befolkningen i landdistrikterne har flere komorbiditeter og en større andel af rygere på diagnosetidspunktet for DM II. Fremtidige studier kunne kigge på risikofaktorerne ved debut af første kroniske sygdom.

## Litteraturliste

1. <https://diabetes.dk/din-diabetes/type-2-diabetes?fbclid=IwAR3MwQEeXpkxTP1Sfb53gYbNHJHKS7Ea3sZrk4fzHngOP-TDmHLLuTXT-FOA aem AU4k-ol0N2wOise6GI4Efh3ISwvKDYPao3rYvxTv9PDmaeSYXDF21XYrQ2KlfQ6NEnyvjDYg7IBogQrIFwhS-32N>
2. <https://www.dsam.dk/vejledninger/hjerte/risikovurdering?fbclid=IwAR3tjNwZjl4dP8ghfFl6zUDmjtNLA-MAbKm6lh002rc22tn4cOrrdeCKm058 aem AU6OcsfXN1lBFOGAVFZixVGCVK2kzZ-gxfFzPzJom5GZX817jFmLWS06jDmDA7Qu6RuRGnU4S-flvXJA-340EcX6>
3. <https://hjertereforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/noegletal/?fbclid=IwAR0M0gdTemVzsqxmIvbf1nzPr-2gs90Q7a3xTUyUIhWdBLTQB8epsX5r9Ps aem AU7tmgziXNFR1FOYRQf0sD4HcrpQtYqwpAel6pJELdPxK2jdb1tK80BzN0vWrmVgWmxQW4fzsh4fj27Svyt8FZ>
4. (9) Allan R, Williamson P, Kulu H. Unravelling urban–rural health disparities in England. *Popul Space Place*. 2017;23:e2073.
5. (2) A. O'Connor, G. Wellenius, Rural–urban disparities in the prevalence of diabetes and coronary heart disease, *Public Health*, Volume 126, Issue 10, 2012, Pages 813-820.
6. (5) Cohen SA, Cook SK, Sando TA, Sabik NJ. What Aspects of Rural Life Contribute to Rural-Urban Health Disparities in Older Adults? Evidence From a National Survey. *J Rural Health*. 2018 Jun;34(3):293-303.
7. (8) Farmer J, Iversen L, Campbell NC, Guest C, Chesson R, Deans G, MacDonald J. Rural/urban differences in accounts of patients' initial decisions to consult primary care. *Health Place*. 2006 Jun;12(2):210-21.
8. Danmarks Statistik (2023). Statistikbanken. Tabel BY1: Folketal 1. januar efter by-område, alder og køn. Lokaliseret den 9. april 2024 på <https://www.statistikbanken.dk/BY1>
9. (1) Lindroth M, Lundqvist R, Lilja M, Eliasson M. Cardiovascular risk factors differ between rural and urban Sweden: the 2009 Northern Sweden MONICA cohort. *BMC Public Health*. 2014 Aug 9;14:825.
10. Lægehåndbogen (2023). Type 2-diabetes. Lokaliseret den 4. april 2024 på [www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/type-2-diabetes/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/type-2-diabetes/)

## Bilag 1

### Litteratursøgning PubMed.

Search	Actions	Details	Query
#25			Search: <b>(geographic variation OR Population Dynamics [Mesh] AND "delayed diagnosis"</b>
#24			Search: <b>(geographic variation OR Population Dynamics [Mesh] AND delayed diagnosis</b>
#23			Search: <b>Geographic variation</b>
#17			Search: <b>Geographic variation AND "Delayed Diagnosis"[Mesh]</b>
#22			Search: <b>"Population Dynamics"[Mesh] AND "Delayed Diagnosis"[Mesh]</b>
#21			Search: <b>"Population Dynamics"[Mesh]AND "Delayed Diagnosis"[Mesh] AND diabetes</b>
#11			Search: <b>"Population Dynamics"[Mesh]AND "Delayed Diagnosis"[Mesh]</b>
#20			Search: <b>Geographic variation AND "cardiovascular risk factors"</b>
#19			Search: <b>Geographic variation AND "risk factors"[Mesh]</b>
#18			Search: <b>Geographic variation AND "health"[Mesh]</b>
#16			Search: <b>Geographic variation" AND "Delayed Diagnosis"[Mesh]</b>
#15			Search: <b>Geographic variation" AND "Delayed Diagnosis"[Mesh] - Schema: all</b>
#14			Search: <b>(Geographic variation" OR "Urban-rural") AND "Delayed Diagnosis"[Mesh]</b>
#13			Search: <b>(Geographic variation" OR "Urban-rural") AND "Delayed Diagnosis"[Mesh] - Schema: all</b>
#12			Search: <b>"Urban-rural" AND "Delayed Diagnosis"[Mesh]</b>
#10			Search: <b>("Population Dynamics"[Mesh] OR rural-urban" AND health Sort by: Most Recent</b>
#9			Search: <b>"Urban-rural" diabetes</b>
#8			Search: <b>Health urban rural denmark</b>
#7			Search: <b>Health urban rural</b>

## Bilag 2

Tabel 2. Hypertension

	Thisted	Aarhus	Total, n (%)	n p-værdi	Missing/N (%)
<b>n (%)</b>	50 (50,0)	50 (50,0)	100 (100,0)		0/100 (0,0)
<b>Hypertension , n (%)</b>				<0,01	0/100 (0,0)
<b>Hypertension</b>	30 (60)	15 (30)	45 (45)		
<b>Ingen hypertension</b>	20 (40)	35 (70)	55 (55)		