

Lavindkomst og antal kontakter med almenpraksis

Jacob Nielsen Arendt^{a*}, Lektor, ph.d.
Britt Toftgaard Jensen^b, Afdelingsleder
Jørgen Nexø^b, Sundhedskoordinator, ph.d.
Gert Müntzberg^b, Konsulent
Jan Sørensen^c, Professor, Centerleder

^a Institut for Sundhedstjenesteforskning, Sundhedsøkonomi, Syddansk Universitet.

^b Socialcentret, Odense Kommune.

^c Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet

* Kontakt: J. B. Winsløvsvej 9B, 5000 Odense C, mail: jna@sam.sdu.dk. Telefon: 6550 3843.

Health Economics Papers
2008 12

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	3
Abstract.....	4
Introduktion.....	5
Materiale og Metode.....	5
Resultater	6
Diskussion.....	7
Litteratur.....	10
Figurer.....	12
Tabeller	13

Resumé

Introduktion: Formålet med undersøgelsen er at analysere om der er forskelle i antal kontakter med almen praksis mellem lavindkomstgrupper og mere velhavende borgere, når der justeres for sociale og helbredsrelaterede forhold.

Materiale og Metoder: Der anvendes oplysninger fra forskellige registre fra Danmarks Statistik for alle voksne med bopæl i Odense kommune 2003-2005. Indkomst måles som ækvivaleret disponibel husstandsindkomst, og der kontrolleres for sociale og helbredsrelaterede personlige karakteristika ved hjælp af Poisson regressionsmodeller.

Resultater: Fattige med ækvivaleret disponibel indkomst under 73.000 kr. årligt har 2-3 færre årlige kontakter med almen praksis end de med lav indkomst på 73.000-146.000 kr. Forskellen i antal kontakter med almen praksis for fattige og de med en højere indkomst er statistisk signifikant. Forskellen mindskes til 1,5 færre kontakter efter kontrol for sociale og helbredsrelaterede faktorer.

Konklusion: Fattige voksne har signifikant færre kontakter med almen praksis end de med højere indkomst, og forskellen forklares ikke af sociale og helbredsrelaterede forhold. Dette står i kontrast til resultater fra tidligere studier og kan være en indikation på et underforbrug af almen praksis' ydelser. Andre forklaringer kan være, at de fattiges adgang til sundhedssektoren sker ad andre veje, at typen og kvaliteten af kontakter varierer mellem indkomstgrupper eller at der ikke er justeret tilstrækkeligt for helbred eller andre indikatorer for behov.

Abstract

Introduction: The purpose of this study is to examine whether there exist differences in utilization of general practice between low income groups and citizens with higher income after adjustment for social and health-related factors

Material and methods: Various registers from Statistics Denmark with information on all adult citizens of Odense Municipality in 2003-2005 are applied. Income is measured as equivalent disposable income and adjustment for social and health-related personal characteristics are conducted using Poisson regression.

Results: Poor with income below 73.000 DKK have 2-3 fewer contacts with general practice annually than those with an income of 73.000-146.000 DKK, depending upon age groups. The difference in contacts with general practice between the poor and those with a higher income is statistically significant. The difference is reduced to 1.5 fewer contacts after adjustment for differences in social and health-related characteristics.

Conclusion: Poor adults have significantly fewer contacts with general practice than those with higher income. The difference is not explained by social and health-related factors. This is in contrast to results from earlier studies and may be an indication of underutilization of general practice. Other explanations may be that the poor enter the primary health sector through other channels, that the type and quality of contacts vary between income groups or that adjustment for health or other need indicators are not sufficient.

Keywords: Health care utilization; General Practice; Poverty; Social inequality

Introduktion

Det er veldokumenteret, at sundhed [1-4] og brug af sundhedsydelser [5-8] har en stærk social gradient, internationalt såvel som i Danmark. Brugen af sundhedsydelser er typisk højere for de med dårligere helbred, og flere undersøgelser har vist, at der i Danmark ikke er sociale forskelle i brugen af en række forskellige sundhedsydelser, herunder kontakt med almen praksis, når der kontrolleres for dårligt helbred [4;8-10]. Det er også dokumenteret, at for personer med specifikke kroniske lidelser er der ingen social gradient i hyppigheden af lægekonsultationer i Nordiske lande [5].

I to nyere danske rapporter dokumenteres imidlertid på danske data, at personer med lav indkomst gør mindre brug af forskellige sundhedsydelser (kontakter til almen praksis og speciallæger samt hospitalsindlæggelser) end mere velhavende [9;11]. Et væsentligt spørgsmål i forhold til et ideal om lige adgang og behandling i sundhedssektoren for personer med samme behov er derfor om personer med lav indkomst gør mindre brug af sundhedsvæsenet på trods af et ringere helbred.

Formålet med denne undersøgelse er at analysere, om personer med lav indkomst har færre kontakter med almen praksis, når der tages højde for sociale og helbredsrelaterede forhold.

Materiale og Metode

Datamaterialet består af forskellige registre, der er udtrukket, sammenkørt og analyseret på Danmarks Statistiks forskermaskine. Undersøgelsespopulationen består af alle personer med bopæl i Odense kommune. Disse personer er udtrukket i begyndelsen af årene i 2003-2005 og beskrevet med en lang række forskellige variable såsom familie- og husstandsoplysninger, indkomst- og uddannelsesoplysninger, socioøkonomisk gruppe samt socialstatistik og forbrug af sundhedsydelser. Dataene er krypteret, så man ikke kan genkende enkelte individer.

Datamaterialet er valideret i forhold til Statistikbankens oplysninger. Personer, der ikke har boet i Danmark hele året eller døde i løbet af året er ekskluderet. Da studerende er en speciel gruppe, der har lave forbrugsmuligheder i en periode, men forventet større fremtidig indkomst, har vi i lighed med andre undersøgelser valgt at ekskludere denne gruppe.

Indkomst måles som voksenækvivaleret disponibel indkomst. Denne er defineret som summen af disponibel indkomst for alle over 18 år i en husstand defineret ved Danmarks Statistiks C-familieenhed (som også anvendes af Det Økonomiske Råd) divideret med en ækvivalensskala. Det er det tætteste vi kan komme en beskrivelse af en families økonomiske råderum med registerdata. Danmarks Statistiks opgørelse af disponibel indkomst anvendes samt Det Økonomiske Råds ækvivalensskala [12]¹. Den

¹ Dokumentation for den disponible indkomst (DISPON) og for C-familietype (CTYPE) findes på Danmarks Statistiks hjemmeside (22.08.08): <http://www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/times.aspx>

disponible indkomst indeholder al skattepligtig indkomst og overførsler og tilskud fra det offentlige, og er fratrukket skat, arbejdsmarkedsbidrag og renter samt tillagt en kalkuleret lejeværdi af egen bolig for boligejere. Voksne uden indkomstoplysninger er ekskluderet fra analyserne (31 observationer i 2005). Der anvendes en internationalt anerkendt fattigdomsgrænse på halvdelen af medianen af den disponible ækvivalerede indkomst [11] for hele den Odenseanske befolkning i 2005. Denne er i 2005 på 72.949 kr. [11].

Antal kontakter med almen praksis fås fra sygesikringsregistret og opgøres inden for et kalenderår. En kontakt inkluderer konsultation, hjemmebesøg, telefonkonsultation samt lægevagtydelser.

Statistisk metode

Til analyse af hvordan antallet af kontakter med almen praksis varierer med personlige karakteristika anvendes en Poisson model med robuste standardafvigelse, der tillader overdispersion. PROC GENMOD og SAS vrs. 9.1.3 er anvendt. Et signifikansniveau på 5% er anvendt.

Resultater

Fordelingen af antal kontakter med almen praksis er vist i figur 1. I 2005 var 86 % af de voksne i kontakt med almen praksis i Odense, og 45 % havde flere end fem årlige kontakter. Til sammenligning havde 85 % af alle borgere kontakt med almen praksis på landsplan i 2001 [13]. I analyserne blev ekstreme observationer (1 % højeste antal kontakter svarende til mere end 40 årlige kontakter) frasorteret. Det havde dog ingen nævneværdig indflydelse på resultaterne. I den endelige stikprøve var det gennemsnitlige årlige antal kontakter med almen praksis 6,8 og medianen var 5.

Tabel 1 anskueliggør den anvendte indkomstvariabel og fattigdomsgrænse ved at omregne fiktive bruttoindkomstniveauer for givne husstande til ækvivaleret disponibel indkomst. Tabellen tager udgangspunkt i familier på kontanthjælp og familier med forholdsvis lav lønindkomst, uden anden indkomst. Disponible indkomster er beregnet med 2005-skattesatser. Tabellen viser, at et par på kontanthjælp ikke vil figurere som fattige, mens enlige kontanthjælpsmodtagere og alle kontanthjælpsmodtagere med børn vil figurere som fattige. Lavtlønnede par vil ikke figurere som fattige, mens enlige lavtlønnede vil figurere som fattige såfremt de har mindst 3 børn. Nederste række angiver, hvad den ækvivalerede fattigdomsgrænse på 72.949 svarer til i disponibel husstandsindkomst for forskellige husstande.

Tabel 2 indeholder en beskrivelse af fordelingen af antal kontakter opdelt på alder og intervaller for disponibel ækvivaleret indkomst. Indkomstintervallerne er givet ud fra hele multipla af fattigdomsgrænsen. Tabellen viser, at antal kontakter og disponibel ækvivaleret indkomst udviser en omvendt U-form i alle aldersgrupper: De fattige og de velhavende havde færrest kontakter med almen

praksis, mens de med lav indkomst havde flest. Forskellen i antal kontakter mellem de med lav indkomst og de fattige er i gennemsnit 2-3 kontakter og forskellene er statistisk signifikante.

Ved anvendelse af en Poisson model justeres antal kontakter med almen praksis for køn, alder, uddannelse, socioøkonomiske gruppe, familiestatus, indvandringsstatus, oprindelsesland (opdelt på mer- og mindre udviklede lande i henhold til Danmarks Statistiks definition) og indlæggelser eller kontakt med speciallæge inden for de to foregående år.

Tabel 3 viser sammenhængen mellem årlige kontakter med almen praksis og indkomst efter justering for disse forhold. Det ses af femte kolonne, at antallet af kontakter var signifikant forskelligt fra referencegruppen med lav indkomst (73.000-146.000) for alle indkomstgrupperne. De fleste variabler har den forventede association med antal kontakter med almen praksis.

Yderste højre kolonne viser de predikterede forskelle i antal kontakter med almen praksis for hver variabel i forhold til variabelens referencegruppe. Heraf ses, at de fattige i gennemsnit havde 1,47 færre kontakter årligt med almen praksis end de med lav indkomst, efter justering for de nævnte forhold. Dette resultat kan fx ses i forhold til, at kvinder i gennemsnit havde 2,4 flere kontakter årligt end mænd, mens lønmodtagere gennemsnitligt havde 2,8 færre kontakter end kontanthjælpsmodtagere og hospitalsindlagte inden for de 2 foregående år havde 2,1 flere kontakter end ikke-indlagte.

Diskussion

Fra tidligere undersøgelser vides en del om brugen af det danske sundhedsvæsen generelt, og specifikt for brugen af almen praksis [4;5;8;13-15]. Som nævnt indledningsvist er dårligt helbred uden tvivl en hoveddeterminant for kontakt med almen praksis. Derudover har køn og alder stor indflydelse. Tidligere undersøgelser viser, at det formentlig ikke udelukkende er behov defineret ud fra helbredstilstand, der bestemmer brugen af almen praksis. Behov og brug af fx forebyggende undersøgelser kan variere med livsstil, den enkeltes viden om sundhedsrisici, samt ønsker om og vilje til at fastholde en given sundhedstilstand.

Indeværende undersøgelse fokuserer på voksne personer med bopæl i Odense i 2005. Det er vist, at gruppen af fattige, defineret som personer med en disponibel indkomst under halvdelen af medianindkomsten, havde færre kontakter med almen praksis årligt end de med højere indkomst. Forskellen var på 1,5 kontakter årligt efter kontrol for sociale og helbredsrelaterede forhold, svarende til en relativ forskel på 23 %.

Dette resultat er i overensstemmelse med "The inverse care law". Resultatet står i kontrast til resultater fra tidligere undersøgelser af brugen af det danske sundhedsvæsen [4;8;10;16], inklusiv almen praksis,

hvor det er fundet, at forskellige socioøkonomiske grupper ikke havde forskelligt brug af sundhedsvæsenet efter kontrol for helbred.

I en undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed [17] findes, at de socialt udsatte havde flere kontakter med sundhedsvæsenet end ikke udsatte. Det samme gør sig gældende for fattige. En forklaring på forskellen til indeværende studie kan være, at der betinges på, at kontakten sker på grund af dårligt helbred (gener, sygdom eller skade). Der er i litteraturen belæg for at antage, at de mere velstillede i samfundet vil have større tilbøjelighed til at anvende screeningstilbud og profylaktiske tiltag fra den praktiserende læge [18]. Disse kontakter til den praktiserende læge vil næppe blive talt med i en opgørelse over lægekontakter betinget af dårligt helbred.

En anden årsag til de divergerende resultater kan være, at der til belysning af sociale forskelle i sundhed og brug af sundhedsydelser ofte anvendes andre sociale grupperinger end den her anvendte. Endelig er gruppen af fattige forholdsvis lille, og identificeres muligvis ikke af grovere inddelinger af det sociale spektrum.

En tredje årsag til de divergerende resultater kan være, at der ofte anvendes forskellige definitioner af helbredsindikatorer og kontakter i forskellige studier. I analysen af socialt udsatte anvendes for eksempel selvrapporterede antal kontakter med praktiserende læge, som er foretaget på baggrund af dårligt helbred [17], hvilket dels kan medføre rapporteringsfejl dels giver anledning til variation i rapporterede kontakter på grund en subjektiv vurdering af hvad gener, sygdom eller skade er.

Resultaterne i dette studie har ligheder med resultater fra et studie, der viser, at kontaktraten med almen praksis i vagttid og til skadestue er lavere for indvandrere end ikke-indvandrere i København [14], om end vores resultater viser, at oprindelsesland ikke i sig selv har betydning efter kontrol for uddannelse og socioøkonomisk gruppe.

De anvendte data har både fordele og ulemper. Anvendelsen af registerdata giver et præcist indkomstmål og nedsætter rapporteringsfejl i både indkomst og kontakter med almen praksis. Omvendt har vi ikke i nærværende studie haft mulighed for at skelne mellem konsultationstyper hos den praktiserende læge. Der er imidlertid holdepunkter for, at socioøkonomisk sårbare grupper modtager konsultationer af ringere kvalitet målt på konsultationens varighed [19]. Ydermere kunne man forestille sig, at mere ressourcestærke grupper har flere kontakter (evt. via telefonkonsultation) per sygdomsforløb end mere sårbare gruppe med færre ressourcer. Begge forhold ville bevirke, at faktiske indkomstspecifikke forskelle i omfanget af ydelser fra almen praksis er større end de her rapporterede.

Der er anvendt ækvivaleret disponibel indkomst, som er en indikator for forbrugsmuligheder. En ulempe ved registerbaseret indkomst er, at indtægter der ikke indberettes til skattemyndighederne samt formue ikke medregnes. Særligt manglen på formue vil give anledning til en underrapportering af nogle

pensionisters forbrugsmuligheder, hvilket dog ikke skulle invalidere undersøgelsens resultater, hvilket robusthedsanalyser opdelt på alder også viser (se nedenfor). Det skal understreges, at indkomst formentlig er stærkt korreleret med bredere mål for en families ressourcer og sociale status end de økonomiske.

Som indikatorer for helbred er anvendt hospitalsindlæggelser eller kontakt med speciallæger inden for de to foregående år. Givet almen praksis' gatekeeper funktion synes disse, modsat fx tidligere antal kontakter med almen praksis, at være valide indikatorer for dårligt helbred. Derudover vil tidligere indikatorer for tidligere indlæggelser eller speciallægekontakter også kontrollere for et potentielt højt antal kontakter med almen praksis som følge af kontrolbesøg efter indlæggelse eller speciallægekontakt. Endelig indeholder den socioøkonomiske gruppering en specifik gruppe for sygedagpengemodtagere, der ligeledes fungerer som kontrol for dårligt helbred.

Det virker ikke sandsynligt, at bedre oplysninger om fx specifikke sygdomme og kroniske lidelser kan forklare det lave antal kontakter for fattige, idet man i så fald skulle forvente, at de fattige har færre sygdomme og kroniske lidelser end de med højere indkomst.

Robustheden af den anvendte statistiske model er kontrolleret. Modellen er sammenholdt med mere generelle antalsmodeller: Negbin type II, Zero-inflated Poisson og Hurdle modeller [20] samt med simple logistiske modeller for hændelserne at have flere end 0, 5 eller 10 kontakter. Det er ligeledes kontrolleret, at de valgte indkomstintervaller fanger den funktionelle form mellem indkomst og antal kontakter. Endelig er analyserne udført separat for mænd og kvinder opdelt på alder. Den omvendte U-form i sammenhængen mellem indkomst og kontakter genfindes i alle modeller, inden for alle aldersgrupper og for mænd og kvinder separat.

Da analysen er foretaget med observationelle data skal tolkninger af resultaterne foretages med varsomhed. Et specifikt selektionsproblem kan opstå, hvis mange fattige dør tidligt, og de fattige der overlever har et bedre helbred end de med lidt bedre indkomst. Dette modvirkes dog af, at fattigdom ikke er et udpræget permanent problem: over halvdelen af de fattige i Odense er ikke fattige året efter [9].

Indeværende undersøgelse dokumenterer forskelle i kontakt med almen praksis, der kan indikere et underforbrug af den primære sundhedssektor for fattige. Fremtidig forskning bør forsøge at afdække om resultaterne er robuste, hvorfor et eventuelt underforbrug for fattige opstår, samt hvordan et eventuelt underforbrug kan afhjælpes.

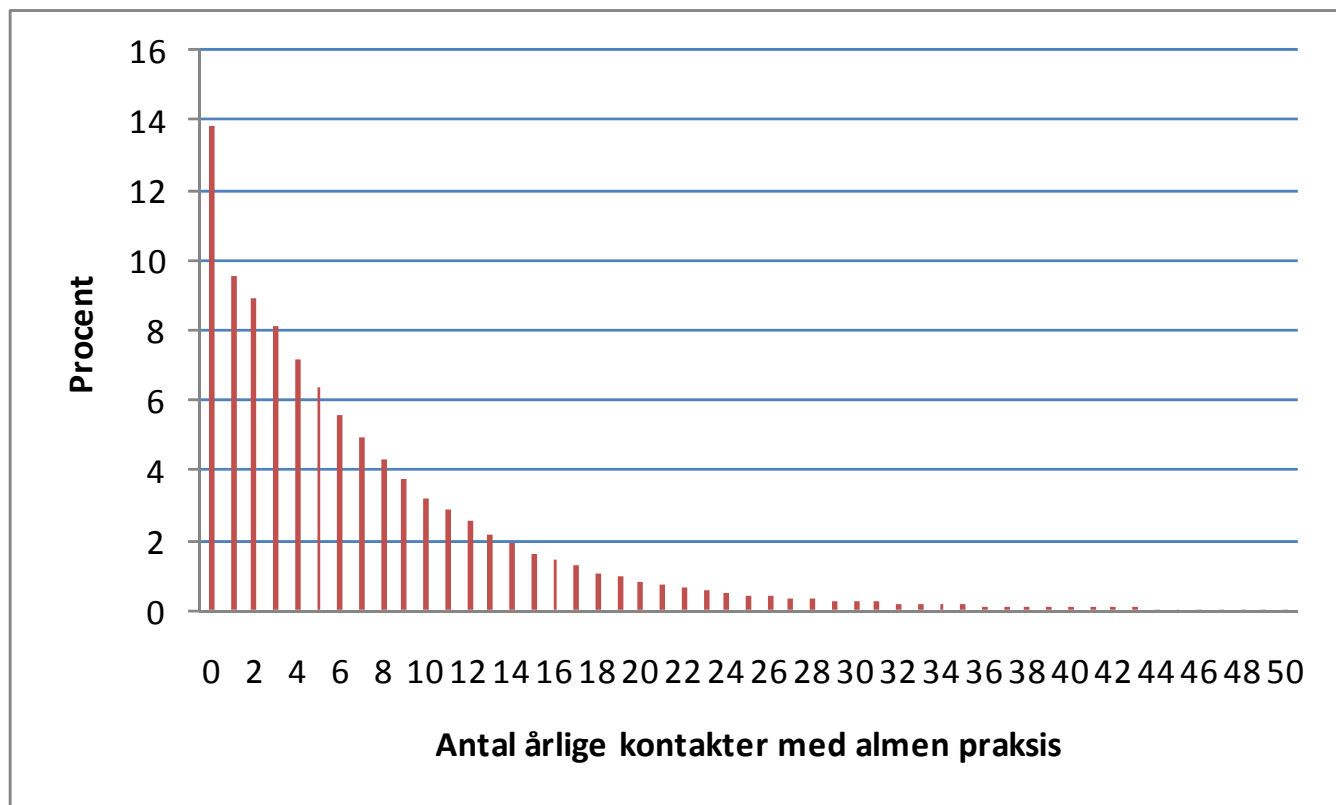
Litteratur

- [1] Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M. Increase in social inequality in health expectancy in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008;36:44-51.
- [2] Macintyre S. The Black Report and beyond, what are the issues? *Social Science and Medicine* 1997;44:723-745.
- [3] Marmot MG. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005;365:1099-1104.
- [4] Sundhedsministeriet. Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet - 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2000.
- [5] Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R et al. Health service utilization in the Nordic countries in 1996 - Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. *Eur J Public Health* 2003;13:30-37.
- [6] Carr-Hill RA, Rice N, Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *Brit Med J* 1996;312:1008-1012.
- [7] Barnett JR, Coyle P. Social inequality and general practitioner utilisation: assessing the effects of financial barriers on the use of care by low income groups. *New Zea Med J* 1998;111:66-70.
- [8] Krasnik A, Hansen E, Keiding N et al. Determinants of general practitioner utilization in Denmark. *Dan Med Bull* 1997;44:542-546.
- [9] Gundgaard J. En kvantitativ undersøgelse af fattigdom i Odense kommune. Odense: CAST, Syddansk Universitet, 2007.
- [10] Laursen B, Frimodt-Møller B. Sociale forskelle i brug af sundhedsvæsenet i forbindelse med ulykker. *Ugeskr Læger* 2005;167:1885-1888.
- [11] AErådet. Fordeling og levevilkår. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, 2007.
- [12] Jørgensen S. Analyser af indkomstfordeling. København: Det Økonomiske Råds Sekretariat, 2001.
- [13] Vedsted P, Olesen F. Brug af dansk almen praksis i dagtid. *Ugeskrift for Læger* 2005;167:3280-3282.
- [14] Andersen JS, Dyhr L. Kontaktraten til almen praksis i vagttid og skadestue for indvandrere med gæstearbejder- og indvandrerbaggrund i Københavns Kommune 1998. *Ugeskr Læger* 2006;168:3222-3227.
- [15] Kjølner M: Sygelighed; in Kjølner M, Rasmussen NK (eds): Sundhed og Sygelighed i Danmark 2000 & Udviklingen siden 1987. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- [16] Gundgaard J. Income-related inequality in utilization of health services in Denmark: Evidence from Funen County. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006;34:462-471.

- [17] Pedersen PV, Christensen AI, Hesse U, Curtis T. SUSY udsat - Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2008.
- [18] Jones A, Cronin P, Bowen M. Comparison of risk factors for coronary heart disease among attenders and non-attenders at a screening programme. *Brit J Gen Pract* 1993;43:375-377.
- [19] Stirling M, Wilson P, McConnachie A. Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *Brit J Gen Pract* 2001;51:456-460.
- [20] Cameron AC, Trivedi PK. Regression analysis of count data, ed 3rd. New York: Cambridge University Press, 2007.

Figurer

Figur 1. Fordeling af årlige kontakter med almen praksis for voksne over 18 år i Odense Kommune, 2005



Tabeller

Tabel 1. Fiktive eksempler på indkomstniveauer og fattigdomsgrænser for forskellige husstande

Husstand	Enlig	Par	Enlig med børn				Par med børn			
Antal børn	0	0	1	2	3	4	1	2	3	4
Ækvivalensfaktor	1,00	1,74	1,46	1,88	2,28	2,66	2,15	2,54	2,91	3,27
<i>Kontanthjælpsmodtagere</i>										
Husstandsindkomst	69186	138372	86533	86533	86533	86533	155718	155718	155718	155718
Ækvivaleret indkomst	69186	79474	59413	46051	37971	32508	72504	61407	53520	47597
<i>Månedsløn: 20.000</i>										
Husstandsindkomst	155255	310079	155255	155255	155255	155255	310079	310079	310079	310079
Ækvivaleret indkomst	155255	178094	106598	82624	68127	58326	144376	122279	106573	94779
<i>Fattiges husstandsindkomst</i>	72949	127012	106247	137075	166244	194179	156674	184986	212249	238661

Note: Husstandsindkomst er samlet disponibel indkomst for voksne i husstanden. Børn har ingen indkomst. Beregnet ud fra kontanthjælpssatser i 2005 for 25+-årige på 7.711 kr. for ikke-forsørgere og 10.245 kr. for forsørgere (LBH 1009, 2005). De viste indkomstniveauer er disponible indkomster før og efter ækvivalering med ækvivalensskala: $(\text{voksne} + 0,6 * \text{børn})^{0,8}$. Der er anvendt 2005-skattesatser og fradrag til beregning af disponible indkomster med en kommunal skattesats på 32% under antagelse af, at eneste indkomst er kontanthjælp eller løn. Kontanthjælpsmodtagere har ingen personlige fradrag, mens den månedslønnede har et årligt personligt fradrag på 3.000 kr. Nederste række angiver hvad den ækvivalerede fattigdomsgrænse på 72.949 svarer til i disponibel husstandsindkomst.

Tabel 2. Deskriptiv statistik for antal kontakter med almen praksis, fordelt på indkomst og alder.

Indkomst:	Fattig		Lav indkomst		Mellemindkomst		Høj indkomst		Velhavende	
Alder	N	Kontakter	N	Kontakter	N	Kontakter	N	Kontakter	N	Kontakter
19-29	3039	4,16	13565	5,81	8119	5,17	971	4,83	114	4,71
30-39	994	4,91	10231	6,63	12754	5,24	2444	4,49	605	4,06
40-49	554	5,28	7192	7,33	11794	5,48	3794	4,59	1272	3,96
50-59	327	5,96	4839	8,59	9641	7,13	5951	5,54	2362	4,83
60-69	263	7,49	8114	9,13	5913	7,75	2026	6,56	904	5,64
70+	842	9,74	13063	12,03	3544	11,09	660	10,48	300	8,51
Total	6019	5,41	57004	8,28	51765	6,32	15846	5,44	5557	4,88

Note: Voksne med bopæl i Odense kommune 2005. Indkomsten er ækvivaleret disponibel indkomst, beregnet som total disponibel husstandsindkomst divideret med ækvivalensskalaen: $(\text{voksne} + 0,6 * \text{børn})^{0,8}$. Indkomstintervallerne er givet ved hele multipla af fattigdomsgrænsen, første endepunkt, defineret som halvdelen af medianen af ækvivaleret disponibel indkomst i hele populationen i Odense.

Tabel 3. Poisson regression for antal kontakter med almen praksis.

Variabel	Grupper	Estimat	Standard afv.	P-værdi	Ændret antal kontakter ifht. reference
Konstant		2,1314	0,0205	<,0001	
Indkomst	Fattig	-0,2664	0,0142	<,0001	-1,47
Ref: Lav	Mellem	-0,0371	0,006	<,0001	-0,23
	Høj	-0,1289	0,0098	<,0001	-0,76
	Velhavende	-0,2319	0,0155	<,0001	-1,30
Alder	19-29	-0,1902	0,012	<,0001	-1,09
Ref: 70+	30-39	-0,1711	0,012	<,0001	-0,99
	40-59	-0,1449	0,0115	<,0001	-0,85
	50-59	-0,026	0,0101	0,0102	-0,16
	60-69	-0,1552	0,0085	<,0001	-0,90
Køn	Kvinde	0,317	0,0051	<,0001	2,35
Uddannelse	Erhvervsfaglig	0,0043	0,0059	0,4653	0,03
Ref: Ingen	Videregående	-0,1065	0,0073	<,0001	-0,64
	Uoplyst	0	0,0099	0,9965	0,00
Socioøkonomisk	Selvstændig	-0,041	0,0208	0,0485	-0,25
Status	Lønmodtager	-0,0649	0,0146	<,0001	-0,40
Ref: Andre	Dagpenge	-0,1055	0,0229	<,0001	-0,63
	Sygedagpenge	0,371	0,0215	<,0001	2,82
	Pension, efterløn	0,3625	0,0159	<,0001	2,75
	Kontanthjælp	0,3188	0,0176	<,0001	2,36
Indvandringsstatus	Indvandrer	0,0398	0,1186	0,737	0,26
Ref: Dansk	Efterkommer	0,153	0,124	0,2171	1,04
Oprindelsesland	Merudviklede lande	0,0259	0,119	0,8276	0,16
Ref: Danmark	Mindre udviklede lande	-0,1283	0,1194	0,2823	-0,76
Familiestatus	Enlig uden børn	-0,0151	0,0081	0,0606	-0,09
Ref: Par med børn	Enlig med børn	0,1347	0,0129	<,0001	0,91
	Par uden børn	0,0042	0,0082	0,6068	0,03
Indlagt	Indlagt sidste år	0,2896	0,0067	<,0001	2,11
Ref: Ingen	Indlagt 2 år siden	0,2171	0,0069	<,0001	1,52
Speciallæge	1-5 kontakter sidste år	0,3195	0,0105	<,0001	2,37
Ref: Ingen	5+ kontakter sidste år	0,197	0,0057	<,0001	1,37
	1-5 kontakter 2 år siden	0,2511	0,0106	<,0001	1,79
	5+ kontakter 2 år siden	0,1635	0,0057	<,0001	1,12
Scale		2,3139			
LogL		183873,1			
N		136191			

Note: Resultater fra Poisson model med robuste standardafvigelse (variansskala, angivet i 3. sidste række). Predikteret forskel i antal kontakter mellem grupper i forhold til reference er angivet i sidste kolonne. Reference for grupper af variabler angivet i første kolonne. Jf. note til tabel 2.

Studies in Health Economics present the results of health economics research at Institute for Public Health, Health Economics, University of Southern Denmark.

Professor Terkel Christiansen is editor of the series. He is professor of health economics and head of the department of Health Economics University of Southern Denmark.

Further information

Institute of Public Health
Department of Health Economics
University of Southern Denmark
J.B. Winsløvsvej 9, 1
DK-5000 Odense C
Denmark

Telephone: +45 6550 3081
Fax: +45 6550 3880
email: hmj@sam.sdu.dk

ISBN Nr.: 978-87-89021-62-8