

Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet

Knud Juel
Michael Davidsen
Pia Vivian Pedersen
Tine Curtis



Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet

Knud Juel
Michael Davidsen
Pia Vivian Pedersen
Tine Curtis

Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet

Rådet for Socialt Udsatte

Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet

Knud Juel
Michael Davidsen
Pia Vivian Pedersen
Tine Curtis
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Copyright © Rådet for Socialt Udsatte
København, april 2010

ISBN 978-87-7546-091-5
Elektronisk ISBN 978-87-7546-094-6

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Rådet for Socialt Udsatte.

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:
Rådet for Socialt Udsatte
Holmens Kanal 22
1060 København K

Tlf. 33 92 47 04
E-mail: post@udsatte.dk
www.udsatte.dk

Forord

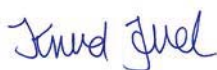
Hermed foreligger rapporten "Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet", som markerer afslutningen på Rådet for Socialt Udsattes store sundhedsundersøgelse. Siden 2006 har Rådet, i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, gennemført en række delundersøgelser, som fra forskellige vinkler belyser sundhedstilstanden blandt samfundets socialt udsatte grupper. Nedslagspunkterne har været et litteraturstudium med titlen "Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed?", en stor spørgeskemaundersøgelse "SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007" samt "Dårligt liv – dårligt helbred", en rapport der bygger på kvalitative interviews med socialt udsatte om deres helbred og oplevelser med sundhedsvæsenet. Alle undersøgelserne har påvist en særdeles dårlig helbredstilstand blandt socialt udsatte både fysisk, psykisk og socialt, og det er i løbet af arbejdet blevet tydeligt, at de socialt udsatte i Danmark har en væsentligt dårligere sundhedstilstand end den øvrige del af befolkningen.

Det er Rådets holdning, at der er behov for øget viden, uddannelse og forskning i socialt udsatte og sundhed. Denne sidste del af Rådet for Socialt Udsattes sundhedsundersøgelse tager fat i de socialt udsattes kontakt og relationer til det eksisterende sundhedsvæsen.

"Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet" er en registerundersøgelse. Undersøgelsen belyser brugen af almen lægepraksis og brugen af hospitalsvæsenet og viser, hvilke lidelser og sygdomme socialt udsatte lider af. Undersøgelsen dokumenterer, at socialt udsatte er hyppigere i kontakt med sundhedsvæsenet end den generelle befolkning, og at dette merforbrug koster samfundet mange penge. Denne fjerde og afsluttende del af Rådet for Socialt Udsattes sundhedsundersøgelse bibringer således endnu en mørk nuance til det dystre billede af sundhedstilstanden blandt socialt udsatte i det danske samfund.

Rapporten er udarbejdet for Rådet for Socialt Udsatte og gennemført af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

April, 2010



Knud Juel
Forskningsleder,
Statens Institut for Folkesundhed, SDU



Jann Sjursen
Formand,
Rådet for Socialt Udsatte

Indhold

| | |
|---|----|
| Sammenfatning | 7 |
| Baggrund og formål..... | 11 |
| Metode..... | 13 |
| Resultater | 21 |
| Almen praksis, indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg..... | 22 |
| Sygesikringsydelse | 25 |
| Hospitalsvæsenet | 27 |
| Hospitalsvæsenet, specifikke diagnoser | 34 |
| Sammenligninger med uddannelsesgrupper | 37 |
| Omkostninger forbundet med forbrug | 40 |
| Diskussion..... | 43 |
| Referencer..... | 49 |
| Bilag - registre | 51 |
| Registeret over socialt udsatte | 51 |
| Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne | 52 |
| Landspatientregisteret | 52 |
| Sygesikringsregisteret | 52 |
| DANCOS..... | 53 |

Sammenfatning

Denne rapport beskriver socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet baseret på analyser af registre. Socialt udsatte defineres her som hjemløse, alkohol- eller stofmisbrugere, sindslidende og andre socialt udsatte. Undersøgelsen udgør fjerde og sidste delprojekt i en større sundhedsundersøgelse blandt socialt udsatte i Danmark, som Rådet for Socialt Udsatte har bedt Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, om at gennemføre. Første delprojekt blev udarbejdet i 2007 og var et litteraturstudium samt analyser af eksisterende undersøgelser vedrørende socialt udsattes sundhed (1). Herudover består sundhedsundersøgelsen også af spørgeskemaundersøgelsen "SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007" (2), gennemført blandt brugere på væresteder, herberger og andre sociale tilbud i hele Danmark, samt af en kvalitativ undersøgelse af socialt udsattes sundhed og levevilkår baseret på interviews med socialt udsatte "Dårligt liv - dårligt helbred" (3).

I alt 1.041 socialt udsatte personer fra SUSY UDSAT og 20.640 personer fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005) indgår i registerundersøgelsen. Kontakten til sundhedsvæsenet belyses ved hjælp af to registre: Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret. Førstnævnte register belyser ydelser fra den primære sundhedssektor, det vil sige alment praktiserende læge, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer m.fl. Landspatientregisteret giver oplysninger om alle kontakter til somatiske afdelinger på danske sygehuse, herunder om kontakten har været i form af indlæggelse, ambulansesygehusbesøg eller skadestuebesøg. For at sammenligne brugen af sundhedsvæsenet mellem de socialt udsatte og den generelle befolkning betragtes kontakter til sundhedsvæsenet i en periode før deltagelse i spørgeskemaundersøgelserne, det vil sige i henholdsvis 2007 (SUSY UDSAT) og 2005 (SUSY-2005). Der anvendes to forskellige periode-længder på et år og fem år. Den korte periode er specielt relevant for hyppige hændelser og den lange periode for mere sjældne hændelser.

Nærværende registerundersøgelse baserer sig på personer, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen i 2007 og har til formål at undersøge socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet og hermed brug af almen praksis samt brug af hospitalsvæsenet. I relation til almen praksis er der foretaget analyser af hyppigheden af kontakter og typen af kontakt, mens der for hospitalsvæsenet er foretaget analyser af kontaktårsag og hermed, hvilke lidelser og sygdomme socialt udsatte lider af. I rapporten sammenlignes helbredsforholdene og kontakten til sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte med den generelle danske befolkning, hvormed oplysninger er hentet fra SUSY-2005 (4).

I det følgende præsenteres rapportens hovedresultater.

Betragtes kontakten til sundhedsvæsenet i en femårs periode blandt de socialt udsatte isoleret og uden sammenligning med den generelle befolkning ses det, at næsten alle socialt udsatte har været i kontakt med alment praktiserende læge mindst én gang i de fem år, der gik forud for 2007. Færre har været hos vagtlæge i femårs perioden, 32 % af mændene og 45 % af kvinderne. Næsten to ud af tre mænd har været til tandlæge, mens det var tre ud af fire blandt kvinderne. Andelen af mænd, der har været indlagt, fået ambulante behandling eller været på skadestue mindst én gang i en femårs periode, varierede mellem 61 % og 76 %. De tilsvarende andele for kvinder varierede mellem 73 % og 86 %. For alle kontakttyper: alment praktiserende læge, vagtlæge, tandlæge, indlæggelse, ambulante behandling og skadestuebesøg, gælder det, at kvinderne har haft en hyppigere kontakt end mændene.

Socialt udsatte har et markant højere forbrug af sundhedsvæsenet end den generelle danske befolkning uanset kontakttypen (alment praktiserende læge, ambulante sygehusbesøg, indlæggelser og skadestuebesøg). Det gælder både for mænd og kvinder. For alment praktiserende læge og skadestuebesøg er overhyppighederne lidt større for kvinder, og for indlæggelser og ambulante besøg er overhyppigheden størst for mænd. I året før undersøgelsen har mindst tre gange så mange personer blandt de socialt udsatte været indlagt eller været på skadestuen sammenlignet med den generelle befolkning.

Socialt udsatte mænd og kvinder har brugt vagtlæge markant hyppigere end den generelle befolkning. Sammenlignet med alle danske mænd, har socialt udsatte mænd et mindre forbrug af øjenlæge, øre-næse-hals læge, anden speciallæge, tandlæge, fysioterapeut og kiropraktor. For socialt udsatte kvinder er der også et mindre forbrug af øjenlæge, fysioterapeut og kiropraktor, men et lidt større forbrug af øre-næse-hals læge, anden speciallæge og tandlæge. Selvom antallet er begrænset, har de socialt udsatte kvinder et højt forbrug af psykolog sammenlignet med kvinder i den generelle befolkning.

Undersøgelsen af kontakten til hospitalsvæsenet viser overordnet, at socialt udsatte har et merforbrug sammenlignet med den generelle befolkning; der er dog et meget forskelligt mønster afhængig af, hvilken sygdomsgruppe, der ses på. For psykiske lidelser (som især er misbrugsrelaterede lidelser) har socialt udsatte mænd og kvinder haft en markant overhyppighed af kontakter sammenlignet med den generelle befolkning uanset, om kontakten er foregået som indlæggelse, ambulante sygehusbesøg eller skadestuebesøg. Betragtes indlæggelser alene har mere end fem gange så mange socialt udsatte mænd været indlagt mindst én gang i en femårs periode for infektionssygdomme, psykiske lidelser samt sygdomme i hud og underhud sammenlignet med alle danske mænd. Blandt socialt udsatte kvinder gør en tilsvarende femdobbelte overhyppighed sig gældende i forhold til infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i hud og underhud, læsioner og forgiftninger samt sygdomme i åndedrætsorganerne. Generelt har socialt udsatte mænd

og kvinder været markant hyppigere indlagt for næsten alle sygdomsgrupper sammenlignet med befolkningen generelt.

Mønsteret for ambulante besøg ligner overordnet set det for indlæggelser. Ser man på skadestuebesøg alene, ses det for alle sygdomsgrupper, at socialt udsatte har været på skadestuen markant oftere end den generelle befolkning. For socialt udsatte mænd og kvinder (sammenlignet med befolkningen generelt) var hyppigheden mere end fem gange forhøjet for infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i nervesystemet, sygdomme i åndedrætsorganerne, sygdomme i fordøjelsesorganerne, sygdomme i hud og underhud, sygdomme i urin og kønsorganerne samt symptomer og dårligt definerede tilstande.

I relation til indlæggelser og ambulante besøg, hvor specifikke infektionssygdomme som tuberkulose, blodforgiftning, leverbetændelse og HIV har været kontaktsårsagen, har socialt udsatte mænd og kvinder en ekstremt forhøjet hyppighed sammenlignet med den generelle befolkning. Blandt de misbrugsrelaterede sygdomme var der flest tilfælde for alkoholisme og forgiftninger. Uanset kontaktttype, har socialt udsatte markant oftere været i kontakt med hospitalsvæsenet for alle misbrugsrelaterede sygdomme sammenlignet med den generelle befolkning. Der er ligeledes markant flere socialt udsatte, der har været i kontakt med hospitalsvæsenet med læsioner end i den generelle befolkning, og hovedlæsioner er den hyppigste diagnose. Kun relativt få af de socialt udsatte har været i kontakt med hospitalsvæsenet i en femårsperiode med livsstilssygdommene diabetes, iskæmisk hjertesygdom og KOL, men sammenlignet med den generelle befolkning er der i de fleste tilfælde alligevel tale om en overhyppighed blandt de socialt udsatte.

Med henblik på at undersøge, om de socialt udsattes hyppigere brug af sundhedsvæsenet kan forklares ved, at denne gruppe ofte har en kort uddannelse, er der foretaget analyser af kontakten til sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning inddelt i uddannelsesgrupper. Analyserne viser, at der for kvinder i den generelle befolkning er en klar trinvis forhøjelse af indlæggelseshyppigheden, jo kortere uddannet vedkommende er. Der ses ikke samme forskel mellem uddannelsesgrupperne blandt mænd i den generelle befolkning. For både mænd og kvinder ses en markant højere indlæggelseshyppighed blandt socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning uanset uddannelseslængde. De socialt udsatte har således været indlagt 2½-4 gange så ofte som de kortuddannede i den generelle befolkning. For skadestuebesøg ses en trinvis forhøjelse af besøgshyppigheden ved kortere uddannelse for mænd, men ikke for kvinder, og samtidig et markant merforbrug blandt de socialt udsatte sammenlignet med også de kortest uddannede i den generelle befolkning. For ambulante besøg og for brug af alment praktiserende læge ses kun beskedne uddannelsesmæssige forskelle i den generelle befolkning, mens der igen ses tydelige forskelle mellem socialt udsatte og den generelle befolkning. Blandt de socialt udsatte er der cirka 50 % flere, der har modtaget ambulante behandling, og cirka 20 % flere

blandt de socialt udsatte mænd og 40 % flere blandt de socialt udsatte kvinder har brugt alment praktiserende læge.

Samlet set viser sammenligningerne af de socialt udsatte med den generelle befolkning inddelt i uddannelsesgrupper således, at de markante forskelle i brug af sundhedsvæsenet tilsyneladende ikke kan forklares af et lavt uddannelsesniveau blandt de socialt udsatte. Socialt udsatte har et højere forbrug af sundhedsvæsenet uanset, om der i den generelle befolkning ses uddannelsesmæssige forskelle i forbruget.

Omsættes merforbruget forbundet med almen praksis, indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg til kroner fås, at dette merforbrug for mænd svarer til næsten 17.000 kroner pr. person pr. år. Det største beløb på 14.000 kroner stammer fra de ekstra indlæggelser. Det samlede årlige beløb for merforbrug for kvinder, der er socialt udsatte, udgør 15.000 kroner.

Sammenfattende viser registeranalyserne, at socialt udsatte markant hyppigere har kontakt til alment praktiserende læge, markant oftere er indlagt og på skadestuen og betydeligt oftere modtager ambulante behandling sammenlignet med den generelle befolkning. Socialt udsatte kvinder er hyppigere i kontakt med sundhedsvæsenet end socialt udsatte mænd. Samtidig bekræfter registeranalyserne den dårlige sundhedstilstand og udbredte sygelighed, som de to tidligere undersøgelser "SUSY UDSAT" og "Dårligt liv - dårligt helbred" også viste, idet registeranalyserne viser, at der er en markant højere forekomst for socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning af en lang række sygdomme. Det drejer sig i særdeleshed om infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i hud og underhud, sygdomme i åndedrætsorganerne, læsioner, misbrugsrelaterede sygdomme og forgiftninger.

Baggrund og formål

Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har indgået en aftale med det formål at belyse socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed samt brug af sundhedsvæsenet. Opgaven omfatter litteraturgennemgang og analyse af eksisterende datamaterialer, gennemførelse af en spørgeskemaundersøgelse blandt socialt udsatte, et kvalitativt studie samt en undersøgelse baseret på registre. Denne rapport omhandler registerundersøgelsen.

Formålet med undersøgelsen er at belyse socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet, herunder hyppigheden af kontakten til forskellige dele af sundhedsvæsenet overordnet set og opgjort for specifikke lidelser og sygdomme. Ved at sammenligne socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet med forbruget hos den generelle danske befolkning undersøges, om der er tale om et merforbrug, og hvad dette i givet fald koster samfundet.

Registerundersøgelsen baseres på de personer, der deltog i den tidligere gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt socialt udsatte. Oplysninger om den generelle befolkning baseres på deltagerne i den nationalt repræsentative spørgeskemaundersøgelse Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2005 (SUSY-2005). Som datakilder for sundhedsvæsenets ydelser anvendes Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret.

Hvor spørgeskemaundersøgelsen fra 2007 var baseret på respondenternes selvrapporterede oplysninger om helbredet, er nærværende undersøgelse baseret på registeroplysninger. De to undersøgelser supplerer dermed hinanden.

Metode

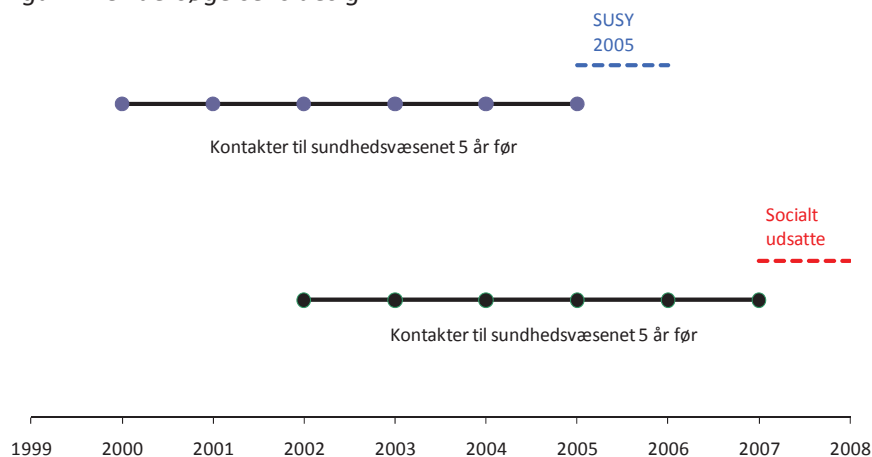
Som nævnt bygger analyserne i denne rapport på de personer, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen blandt socialt udsatte fra 2007 (SUSY UDSAT). Som sammenligningsmateriale er valgt SIF's nationalt repræsentative undersøgelse af voksne danskeres sundhed og sygelighed fra 2005 (SUSY-2005).

Der er for både socialt udsatte og sammenligningspopulationen foretaget en registersamkøring på individniveau med Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. Data er indhentet med tilladelse fra Datatilsynet, og der offentliggøres kun data i anonymiseret form.

Fra Sygesikringsregisteret analyseres antallet af kontakter opdelt efter ydergrupper, som f.eks. almen læge og vagtlæge. Fra Landspatientregisteret gennemføres analyser på større grupper af sygdomme. Der gennemføres uddybende analyser af indlæggelser, skadestuebesøg og ambulante behandlinger blandt deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen; herunder analyse af diagnoser, der forventedes at optræde særlig hyppigt blandt de udsatte. Se bilag med uddybende beskrivelse af datakilder.

For at sammenligne brugen af sundhedsvæsenet mellem de socialt udsatte og den generelle befolkning betragtes kontakter til sundhedsvæsenet i en periode før deltagelse i de to undersøgelser SUSY UDSAT og SUSY-2005, dvs. før henholdsvis 2007 og 2005. Der anvendes to forskellige periodelængder, henholdsvis et år og fem år. Den korte periode er specielt relevant for hyppige hændelser (f.eks. kontakt til almen læge), og den lange periode for mere sjældne hændelser (f.eks. indlæggelse på sygehus for tuberkulose). Etårs perioden er året før deltagelse i undersøgelsen, dvs. 2006 for de socialt udsatte og 2004 for den generelle befolkning, mens femårs perioden er årene 2002-2006 for de socialt udsatte og årene 2000-2004 for den generelle befolkning. Figur 1 giver en oversigt.

Figur 1 Undersøgelsens design



Diagnose- og ydergrupper

For Landspatientregisteret er kontakterne grupperet efter sygdommen, der er hovedårsag til kontakten. Denne såkaldte aktionsdiagnose opgøres i grupper af sygdomme. En oversigt over sygdomsgrupper med tilhørende ICD 10 koder fremgår af tabel 1.

Tabel 1 Sygdomsgrupper med tilhørende ICD 10 koder anvendt til analyser af indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg

| Sygdomsgruppe | ICD 10 |
|---|---------|
| Infektionssygdomme | A00-B99 |
| Kræft | C00-D48 |
| Sygdomme i blod og bloddannende organer | D50-D89 |
| Stofskiftesygdomme | E00-E99 |
| Psykiske lidelser | F00-F99 |
| Sygdomme i nervesystemet | G00-G99 |
| Sygdomme i øjne | H00-H59 |
| Sygdomme i ører | H60-H95 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer | I00-I99 |
| Sygdomme i åndedrætsorganer | J00-J99 |
| Sygdomme i fordøjelsesorganer | K00-K93 |
| Sygdomme i hud og underhud | L00-L99 |
| Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv | M00-M99 |
| Sygdomme i urin- og kønsorganer | N00-N99 |
| Svangerskab, fødsel og barsel | O00-O99 |
| Symptomer og dårligt definerede tilstande | R00-R99 |
| Læsioner, forgiftninger | S00-T98 |
| Andre faktorer | Z00-Z99 |

Note: Sygdomsgrupper med ganske få tilfælde blandt socialt udsatte (SUSY UDSAT) indgår ikke i analyserne i nærværende rapport. Det drejer sig om sygdomme i perinatalperioden samt medfødte misdannelser.

Til specifikke analyser er udvalgt en række diagnoser, tabel 2.

Tabel 2 Sygdomsgrupper med tilhørende ICD 10 koder anvendt til sygdomsspecifikke analyser af indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg

| Sygdomsgruppe | ICD 10 |
|---|---------|
| Infektionssygdomme | |
| Tuberkulose | A15-A19 |
| Blodforgiftning | A40-A41 |
| Viral leverbetændelse | B15-B19 |
| HIV | B20-B24 |
| Misbrugsrelaterede tilstande | |
| Alkoholisme (psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug) | F10 |
| Stofmisbrug (psykiske lidelser som følge af stofmisbrug) | F11-F19 |
| Sygdomme i lever | K70-K77 |
| Sygdomme i bugspytkirtlen | K85-K86 |
| Forgiftninger | T36-T65 |
| Læsioner | |
| Hovedlæsioner | S00-S09 |
| Læsion af håndled og hånd | S60-S69 |
| Læsion af knæ og underben | S80-S89 |
| Læsioner af ankel og fod | S90-S99 |
| Livsstilsrelaterede tilstande | |
| Diabetes | E10-E14 |
| Iskæmisk hjertesygdom | I20-I25 |
| KOL | J40-J44 |

For Sygesikringsregisteret er ydelserne grupperet efter yderen, tabel 3.

Tabel 3 Ydergrupper med tilhørende koder anvendt til analyser af sygesikringsydelser

| Ydergruppe | Kode |
|--------------------|-------|
| Almen læge | 0-5 |
| Vagtlæge | 7-10 |
| Øjenlæge | 11-15 |
| Øre-næse-hals læge | 16-20 |
| Anden speciallæge | 21-37 |
| Tandlæge | 38-40 |
| Fysioterapeut | 41-46 |
| Kiropraktor | 48-50 |
| Laboratorieydelse | 64-70 |
| Psykolog | 93-94 |

Køns- og aldersforskelle i de to populationer

Blandt de 1.041 socialt udsatte personer, der indgår i analyserne, er næsten 3 ud af 4 mænd, 751 (72 %), mens 290 er kvinder. Gennemsnitsalderen er 43,5 år, den yngste er 17 år og den ældste 75 år. Der er kun få personer under 20 år, ligesom der kun er ganske få personer på 70 år og derover.

De fleste personer er i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år, tabel 4. Kønsfordelingen varierer i de fire aldersgrupper, således at der er relativt flest kvinder i den yngste aldersgruppe (41 %) og færrest i den ældste aldersgruppe (18 %).

Tabel 4 Køns- og aldersfordeling blandt 1.041 socialt udsatte

| | Mænd | Kvinder | I alt | Andel kvinder (%) |
|-------|------|---------|-------|-------------------|
| 17-34 | 130 | 89 | 219 | 41 |
| 35-44 | 243 | 91 | 334 | 27 |
| 45-54 | 248 | 82 | 330 | 25 |
| 55-75 | 130 | 28 | 158 | 18 |
| I alt | 751 | 290 | 1.041 | 28 |

I tabel 5 vises køns- og aldersfordelingen i sammenligningspopulationen, den generelle danske befolkning. Tabellen indeholder personer, der er inviteret til at deltage i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2005 og er et repræsentativt udsnit af den danske befolkning i alderen 16-79 år. Der er næsten det samme antal mænd og kvinder i populationen; den største forskel er i den ældste aldersgruppe som tegn på den højere dødelighed blandt mænd.

Tabel 5 Køns- og aldersfordeling blandt 20.640 personer inviteret til SUSY-2005, 16-79 år

| | Mænd | Kvinder | I alt | Andel kvinder (%) |
|-------|--------|---------|--------|-------------------|
| 16-34 | 2.896 | 2.729 | 5.625 | 49 |
| 35-44 | 1.979 | 1.950 | 3.929 | 50 |
| 45-54 | 2.029 | 1.886 | 3.915 | 48 |
| 55-79 | 3.429 | 3.742 | 7.171 | 52 |
| I alt | 10.333 | 10.307 | 20.640 | 50 |

Aldersstandardisering

Aldersstandardisering er en teknik, der anvendes, når f.eks. sygelighed sammenlignes mellem to populationer med forskellig alderssammensætning.

Da de fleste sygdomme afhænger stærkt af alderen, og da der er stor forskel i alderssammensætningen i de to studiepopulationer, er det nødvendigt at aldersstandardisere, når de socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet skal sammenlignes med den generelle befolkning i Danmark. Standardiseringen er baseret på aldersgrupperne 16-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 og 65-79. Ved aldersstandardiserin-

gen beregnes en standardiseret ydelsesratio (SYR), der beskriver hyppigheden af kontakt for socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning. SYR udregnes som det observerede antal kontakter divideret med det forventede antal kontakter. Hvis SYR er større end 1, er der således tale om et merforbrug.

Det observerede antal er antal socialt udsatte personer, der indenfor perioden (fem år eller et år) har haft mindst én kontakt af den givne type. Kontakterne kan være indlæggelser, ambulante besøg, skadestuebesøg eller en sygesikringsydelse.

Det forventede antal kontakter udregnes som følger:

- a) Den betragtede gruppe opdeles i aldersgrupper
- b) Baseret på sammenligningspopulationen udregnes forekomsten af den aktuelle kontakt i hver aldersgruppe
- c) I hver aldersgruppe ganges forekomsten fra b) på antal socialt udsatte i gruppen
- d) Antallene fra c) summeres henover de betragtede aldersgrupper

Der er beregnet 95 % sikkerhedsgrænser for SYR således, at der tages hensyn til usikkerhed stammende fra begge stikprøver, altså både fra SUSY UDSAT og SUSY-2005 (5). Sikkerhedsgrænserne er beregnet for alle SYR-værdierne. Sikkerhedsgrænserne omtales under gennemgangen af resultaterne, men for at øge læsevenligheden er sikkerhedsgrænserne ikke medtaget i tabellerne.

Uddannelsesgrupper

I rapporten indgår også analyser, hvor kontakten til sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte sammenlignes med den generelle befolkning inddelt i uddannelsesgrupper baseret på antal års skole- og erhvervsuddannelse. Disse analyser gennemføres, fordi det er velkendt, at personer med kort uddannelse oftere end personer med længere uddannelse har dårligt helbred, og fordi de socialt udsatte oftest har ingen eller kort uddannelse.

Omkostninger forbundet med brug af sundhedsvæsenet

Der foretages beregninger af, hvad forbrug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte koster set i forhold til den generelle befolknings forbrug. Der udregnes en merpris pr. år; en såkaldt 'attributable cost'.

For kontakter til hospitalsvæsenet er beregnet 2006 gennemsnitspriser for en indlæggelse, et ambulante besøg og et skadestuebesøg. For sygesikringsydelserne er ligeledes beregnet 2006 gennemsnitspriser for en række ydergrupper.

Nedenfor gennemgås beregningsmetoden med en heldøgnsindlæggelse som eksempel. I opgørelserne er brugt aldersgruppen 16-74, så det passer med aldersgruppen for de socialt udsatte.

Først udregnes et simpelt gennemsnit ud fra oplysninger om gældende takster (DRG) for diagnosespecifikke indlæggelser for året 2006, hvilket giver en gennemsnitlig pris på kr. 24.843 pr. indlæggelse. Dernæst udregnes for personer i SUSY-2005 det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. person over en femårs periode, her beregnet til 0,80. Det svarer til et gennemsnitligt antal pr. år for hver person på $0,80/5$ eller 0,16 indlæggelser. En gennemsnitsdanske koster således $0,16 * 24.843$ kr. svarende til 3.970 kr. pr. år i indlæggelser.

For socialt udsatte udregnes en aldersstandardiseret indlæggelsesratio, i dette eksempel beregnet til 4,1. Det betyder, at en socialt udsat i gennemsnit har 4,1 gange flere indlæggelser end en gennemsnitsdanske, altså $4,1 * 0,16$ eller 0,66 pr. år. Den samlede udgift for en socialt udsat er således $0,66 * 24.843$ kr. svarende til 16.100 pr. år. 'Attributable cost' eller merprisen for én socialt udsat er således 16.100 kr. fratrukket 3.970 kr. og det svarer til 12.140 kr. pr. år.

Samme udregning gennemføres for ambulante besøg og skadestuebesøg. Det bemærkes, at den gennemsnitlige pris er forskellig for forskellige grupper og patienttyper. Prisen for sygesikringsydelse beregnes på principielt samme måde, idet enheden er ydelser.

Gennemgang af standardopslag

I rapporten er der en række figurer og tabeller med et ensartet indhold. I det følgende gennemgås et eksempel på disse figurer og tabeller, og det beskrives, hvordan figurerne og tabellerne læses og tolkes.

Figur 2 er et eksempel på en figur, der viser overhyppigheder blandt gruppen af socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning.

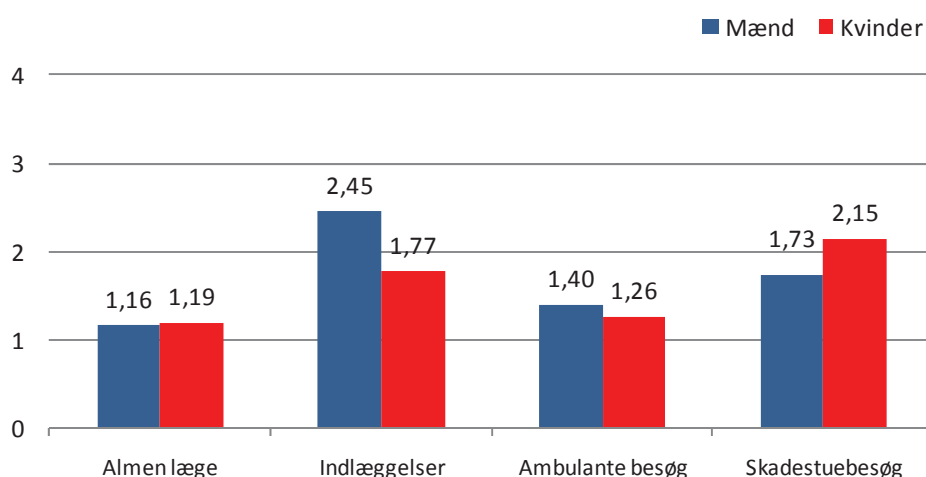
Der er søjler for både mænd og kvinder, idet gruppen af socialt udsatte mænd er sammenlignet med mænd i den generelle befolkning og tilsvarende for kvinder. For brugen af almen læge blandt mænd er overhyppigheden (SYR) angivet til 1,16, svarende til at blandt gruppen af socialt udsatte mænd har 16 % flere været hos almen læge end i en aldersmæssigt tilsvarende gruppe mænd fra den generelle befolkning. Hvis f.eks. 116 blandt gruppen af socialt udsatte mænd havde været hos lægen, men kun 100 i en tilsvarende gruppe fra den generelle befolkning, da ville vi få en overhyppighed på 1,16, nemlig $116/100$.

De øvrige overhyppigheder for indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg er beregnet på tilsvarende måde.

Overhyppighederne kan ikke direkte sammenlignes med hinanden. F.eks. er overhyppigheden blandt mænd for indlæggelser større end overhyppigheden for brug af almen læge. Det betyder ikke, at de socialt udsatte mænd har flere indlæggelser end besøg hos almen læge, men blot at overhyppigheden for indlæggelser er større end overhyppigheden for brug af almen læge.

Tilsvarende gælder for f.eks. overhyppigheden for indlæggelser for mænd i forhold til kvinder. At mænds overhyppighed er større end kvinders betyder ikke nødvendigvis, at flere mænd end kvinder har været indlagt, men at forskellen mellem socialt udsatte mænd og mænd fra den generelle befolkning er større end forskellen mellem udsatte kvinder og kvinder fra den generelle befolkning.

Figur 2 Brug af alment praktiserende læge og hospitalsvæsenet blandt socialt udsatte, efter køn og kontaktttype. Overhyppighed (SYR) blandt personer, der har haft mindst en kontakt i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)



Tabel 6 er et eksempel på en tabel med et indhold, der genfindes i en række tabeller i rapporten. Antallet (N) angiver, hvor mange i gruppen af socialt udsatte mænd, der har modtaget ydelsen. I de fem år tabellen dækker, har 728 således været hos almen læge, mens kun 17 har været hos psykolog. Den næste søjle angiver andelen (%), der har modtaget ydelsen. Der indgik i alt 751 mænd i undersøgelsen, hvoraf 728 havde været hos almen læge i femårs perioden, og det svarer til 96,9 % (728/751). På samme måde beregnes, at de 17 mænd, der har været hos psykolog, svarer til 2,3 %.

Den sidste søjle angiver overhyppighederne (SYR). For almen læge er overhyppigheden 1,16, som er fremkommet ved at udregne, hvor mange, der ville have været hos lægen i en aldersmæssigt tilsvarende gruppe mænd fra den generelle befolkning, i dette tilfælde 628 mænd. Blandt de socialt udsatte mænd gik 728 til lægen og overhyppigheden bliver så 728/628 eller 1,16. Eksemplet viser også, at overhyppighedens størrelse afhænger af, hvor mange i den generelle befolkning, der modtager ydelsen. Hvis mange modtager ydelsen i den generelle befolkning er der grænser for, hvor stor overhyppigheden kan blive. Omvendt hvis meget få i den generelle befolkning modtager ydelsen, så kan overhyppigheden blive meget stor.

Tabel 6 Brug af den primære sektor blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter yderen. Overhyppighed (SYR) blandt personer, der har modtaget mindst en ydelse i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Mænd. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

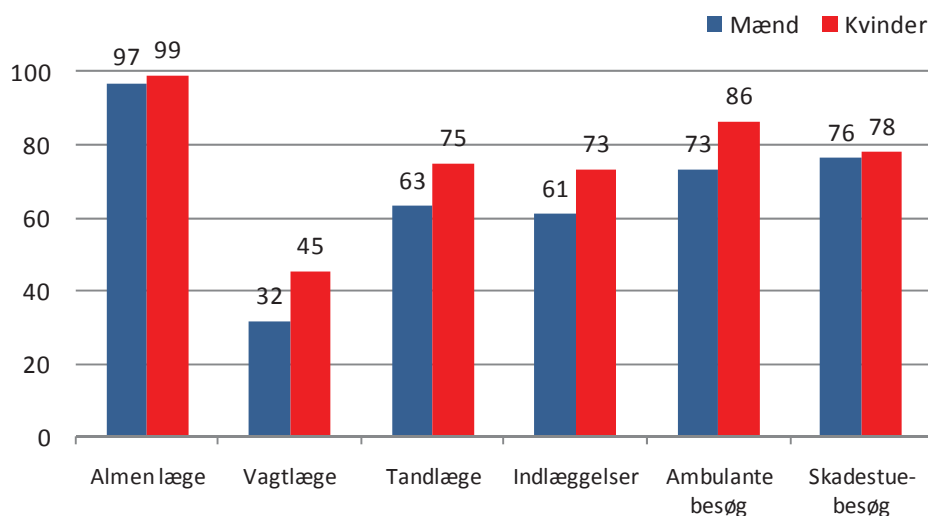
| Yderen | N | % | SYR |
|--------------------|-----|------|------|
| Almen læge | 728 | 96,9 | 1,16 |
| Vagtlæge | 237 | 31,6 | 2,27 |
| Øjenlæge | 82 | 10,9 | 0,44 |
| Øre-næse-hals læge | 109 | 14,5 | 0,66 |
| Anden speciallæge | 248 | 33,0 | 0,86 |
| Tandlæge | 474 | 63,1 | 0,93 |
| Fysioterapeut | 78 | 10,4 | 0,47 |
| Kiropraktor | 36 | 4,8 | 0,35 |
| Laboratorieydelse | 133 | 17,7 | 0,93 |
| Psykolog | 17 | 2,3 | 1,13 |

Resultater

Som en indledning til resultatafsnittet betragtes alene forholdene blandt de socialt udsatte, uden nogen sammenligning med den generelle befolkning. For de socialt udsatte, som udfyldte spørgeskemaer i året 2007, betragtes deres kontakt til sundhedsvæsenet et år tidligere, i året 2006, og fem år tidligere, i årene 2002-2006. Fra den primære sektor er udvalgt de tre hyppigste ydelsestyper: alment praktiserende læge, vagtlæge og tandlæge. Fra den sekundære sektor betragtes tre kontaktårsager til hospitalsvæsenet: indlæggelse, ambulant besøg og skadestuebesøg.

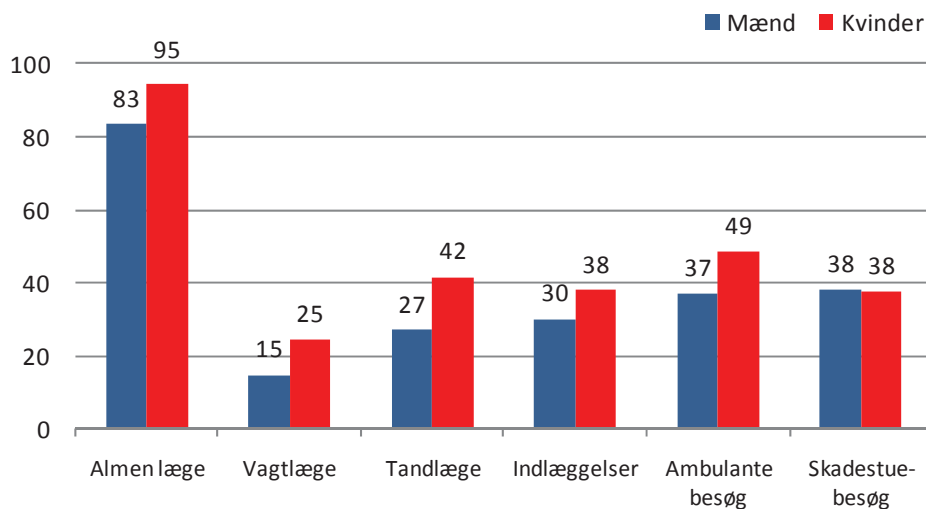
Næsten alle de socialt udsatte har været i kontakt med alment praktiserende læge mindst en gang i de fem år, der gik forud for 2007, hvor de udfyldte spørgeskemaet, figur 3. Blandt mændene havde 97 % fået en ydelse hos en alment praktiserende læge, blandt kvinderne var det næsten alle, nemlig 99 %. Færre havde fået en ydelse hos en vagtlæge, 32 % af mændene og 45 % af kvinderne. Næsten to ud af tre blandt mændene havde været hos tandlæge (63 %), mens det var tre ud af fire blandt kvinderne (75 %). Andelen af mændene, der havde været indlagt, fået ambulant behandling eller været på skadestuen varierede mellem 61 % og 76 %. De tilsvarende andele for kvinder varierede mellem 73 % og 86 %. Det bemærkes, at for alle disse seks hyppige ydelsestyper og kontaktårsager har kvinder en højere andel end mændene.

Figur 3 Brug af den primære og den sekundære sektor blandt socialt udsatte, efter køn og kontakttpe. Andel (%), der har haft mindst en kontakt i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen



Andelene, der har været i kontakt med den primære eller den sekundære sundhedssektor, bliver naturligvis lavere ved kun at betragte forholdene et år, før de deltog i undersøgelsen, altså udelukkende året 2006, figur 4. Der er dog stadig ganske mange, der har været hos alment praktiserende læge, 83 % af mændene og 95 % af kvinderne. For de øvrige fem kontakttyper er andelene cirka blevet halveret. Det er stadig således, at relativt flere kvinder end mænd har været i kontakt med sundhedsvæsenet.

Figur 4 Brug af den primære og den sekundære sektor blandt socialt udsatte, efter køn og kontaktttype. Andel (%), der har haft mindst en kontakt i en periode på et år før deltagelse i undersøgelsen.



Almen praksis, indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg

I det følgende sammenlignes forbruget af sundhedsvæsenet for de socialt udsatte med forbruget i den generelle danske befolkning.

Først følger en oversigt for alment praktiserende læge, indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg, tabel 7.

Blandt de socialt udsatte mænd har 728 af de i alt 751 mænd været hos alment praktiserende læge mindst en gang i årene 2002-2006. Det svarer til 97 %. Der er angivet en standardiseret ydelsesratio (SYR) på 1,16, hvilket betyder, at 1,16 gange flere eller 16 % flere af de socialt udsatte mænd har været hos alment praktiserende læge i perioden 2002-2006 sammenlignet med mænd i den generelle be-

folkning. Heraf kan sluttet, at det også er en stor andel mænd i den generelle befolkning, der har været hos alment praktiserende læge.

For kvinder ses næsten den samme overhyppighed, 1,19, hvilket betyder, at 1,19 gange flere eller 19 % flere af de socialt udsatte kvinder har været hos alment praktiserende læge i perioden 2002-2006 sammenlignet med kvinder i den generelle befolkning.

Tabel 7 Brug af den primære og den sekundære sektor blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning. Opdelt efter køn og kontaktttype mindst en gang i en periode på fem år eller et år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Kontaktttype | Periode | Køn | N | % | SYR |
|----------------|---------|---------|-----|------|------|
| Almen læge | 5 år | Mænd | 728 | 96,9 | 1,16 |
| Almen læge | 5 år | Kvinder | 287 | 99,0 | 1,19 |
| Ambulant besøg | 5 år | Mænd | 549 | 73,1 | 1,40 |
| Ambulant besøg | 5 år | Kvinder | 250 | 86,2 | 1,26 |
| Indlæggelse | 5 år | Mænd | 457 | 60,9 | 2,45 |
| Indlæggelse | 5 år | Kvinder | 212 | 73,1 | 1,77 |
| Skadestuebesøg | 5 år | Mænd | 573 | 76,3 | 1,73 |
| Skadestuebesøg | 5 år | Kvinder | 226 | 77,9 | 2,15 |
| Almen læge | 1 år | Mænd | 626 | 83,4 | 1,23 |
| Almen læge | 1 år | Kvinder | 274 | 94,5 | 1,39 |
| Ambulant besøg | 1 år | Mænd | 278 | 37,0 | 1,61 |
| Ambulant besøg | 1 år | Kvinder | 141 | 48,6 | 1,50 |
| Indlæggelse | 1 år | Mænd | 227 | 30,2 | 4,00 |
| Indlæggelse | 1 år | Kvinder | 110 | 37,9 | 2,91 |
| Skadestuebesøg | 1 år | Mænd | 287 | 38,2 | 2,92 |
| Skadestuebesøg | 1 år | Kvinder | 109 | 37,6 | 3,95 |

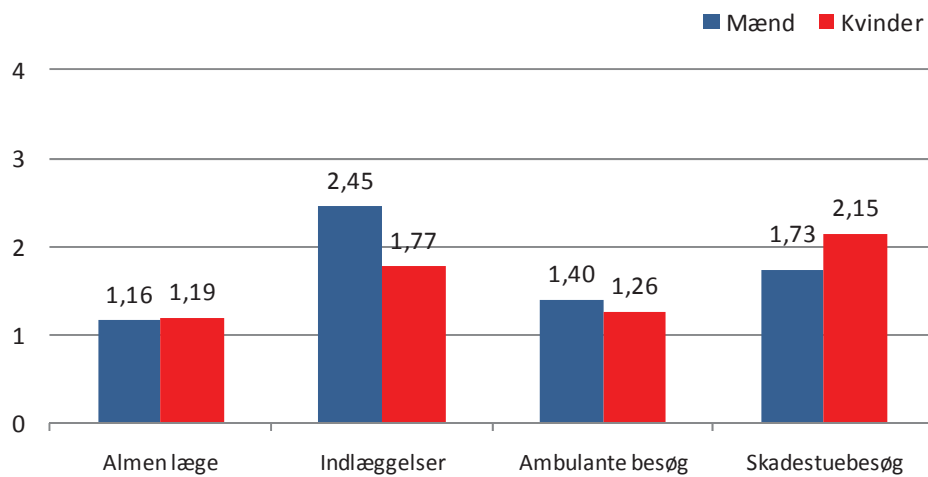
For alle kontaktttyper findes en markant og statistisk signifikant overhyppighed blandt de socialt udsatte. Det gælder mænd og kvinder, og det gælder uanset, om det er forbrug i en femårs periode eller forbrug i en etårs periode.

Overhyppighederne er vist grafisk i figur 5 (fem års periode) og figur 6 (etårs periode).

Som nævnt ovenfor har 16 % flere af mændene blandt de socialt udsatte og 19 % flere af kvinderne blandt de socialt udsatte været i kontakt med alment praktiserende læge sammenlignet med den generelle befolkning, figur 5. Denne forskel kan synes beskedent, men det skal her tages i betragtning, at også en meget stor del af den generelle befolkning har været i kontakt med alment praktiserende læge.

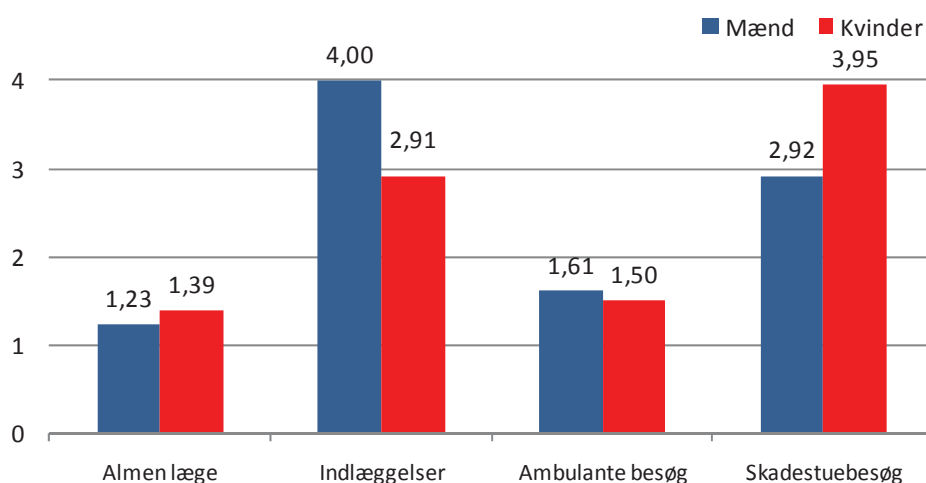
Blandt de socialt udsatte mænd har 73 % haft et ambulante besøg og 76 % et skadestuebesøg mindst en gang i femårs perioden før undersøgelsen, tabel 7, altså næsten samme andel. Af figur 5 fremgår, at overhyppigheden for mænd for skadestuebesøg er 1,73 og for ambulante besøg 1,40. Det viser, at forskellen mellem de socialt udsatte mænd, og mænd i den generelle befolkning, er langt større for skadestuebesøg end for ambulante besøg.

Figur 5 Brug af alment praktiserende læge og hospitalsvæsenet blandt socialt udsatte, efter køn og kontakttpe. Overhyppighed (SYR) blandt personer, der har haft mindst en kontakt i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)



De højeste overhyppigheder findes for indlæggelser og skadestuebesøg i en etårs periode, figur 6. Her er hyppigheden tredoblet eller mere, og det gælder både mænd og kvinder.

Figur 6 Brug af alment praktiserende læge og hospitalsvæsenet blandt socialt udsatte, efter køn og kontaktttype. Overhyppighed (SYR) blandt personer, der har haft mindst en kontakt i en periode på et år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)



Delsammenfatning

Socialt udsatte har et markant højere forbrug af sundhedsvæsenet end den generelle danske befolkning uanset kontaktttype (alment praktiserende læge, ambulante sygehusbesøg, indlæggelser og skadestuebesøg). Det gælder både for mænd og kvinder. For alment praktiserende læge og skadestuebesøg er overhyppighederne lidt større for kvinder, og for indlæggelser og ambulante besøg er overhyppigheden størst for mænd. I året før undersøgelsen har mindst tre gange så mange personer blandt de socialt udsatte været indlagt eller været på skadestuen sammenlignet med den generelle befolkning.

Sygesikringsydelser

I det følgende betragtes forskellige ydelser inden for primærsektoren, og forbruget sammenlignes med forbruget i den generelle danske befolkning.

Figur 5 og tabel 7 viste, at der blandt de socialt udsatte mænd var 16 % flere, der havde været i kontakt med alment praktiserende læge, sammenlignet med alle danske mænd.

For brug af vagtlæge er forskellene endnu større, idet mere end dobbelt så mange af de socialt udsatte mænd havde brugt vagtlæge sammenlignet med alle danske mænd, 2,27 gange så meget, tabel 8.

Forholdene er omvendt for brug af speciallæger.

For øjenlæge, øre-næse-hals læge og anden speciallæge er forbruget hos de socialt udsatte mænd mindre end hos danske mænd generelt. For øjenlæge er forbruget mindre end halvdelen (0,44) af forbruget i den generelle befolkning. Forskellene er statistisk signifikante.

Brugen af tandlæge er også signifikant lavere blandt de socialt udsatte mænd, selvom forskellen her er mindre.

De socialt udsatte mænd har også brugt fysioterapi og kiropraktor væsentlig mindre end mænd i den generelle befolkning.

For brugen af laboratorieydelser og psykolog er der kun små forskelle. Der er relativt få, der benytter psykolog, og tallene er derfor usikre.

Tabel 8 Brug af den primære sektor blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter kontaktttype. Overhyppighed (SYR) blandt personer, der har haft mindst en kontakt i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Mænd. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Kontaktttype | N | % | SYR |
|--------------------|-----|------|------|
| Almen læge | 728 | 96,9 | 1,16 |
| Vagtlæge | 237 | 31,6 | 2,27 |
| Øjenlæge | 82 | 10,9 | 0,44 |
| Øre-næse-hals læge | 109 | 14,5 | 0,66 |
| Anden speciallæge | 248 | 33,0 | 0,86 |
| Tandlæge | 474 | 63,1 | 0,93 |
| Fysioterapi | 78 | 10,4 | 0,47 |
| Kiropraktor | 36 | 4,8 | 0,35 |
| Laboratorieydelse | 133 | 17,7 | 0,93 |
| Psykolog | 17 | 2,3 | 1,13 |

Figur 6 og tabel 7 viste, at der blandt de socialt udsatte kvinder var 19 % flere, der havde været i kontakt med alment praktiserende læge sammenlignet med kvinder i den generelle befolkning. For brug af vagtlæge er forskellene endnu større og større end forskellene var for mænd, idet mere end tre gange så mange af de socialt udsatte kvinder (3,37) havde brugt vagtlæge sammenlignet med kvinder i den generelle befolkning, tabel 9.

Mønsteret for de socialt udsatte kvinders brug af speciallæge (øjenlæge, øre-næse-hals læge og anden speciallæge) er anderledes end hos mændene.

Der er - som hos mændene – signifikant færre, der har brugt øjenlæge, men flere, der har brugt øre-næse-hals læge og anden speciallæge.

Flere har brugt tandlæge, mens markant færre af de socialt udsatte kvinder har brugt fysioterapi og kiropraktor sammenlignet med danske kvinder generelt.

Flere har fået foretaget laboratorieydelse, mens næsten fem gange så mange har brugt psykolog sammenlignet med kvinder i den generelle befolkning. Der er dog relativt få, der benytter psykolog.

Tabel 9 Brug af den primære sektor blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter kontaktttype. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst en kontakt i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Kvinder. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Kontaktttype | N | % | SYR |
|--------------------|-----|------|------|
| Almen læge | 287 | 99,0 | 1,19 |
| Vagtlæge | 131 | 45,2 | 3,37 |
| Øjenlæge | 51 | 17,6 | 0,71 |
| Øre-næse-hals læge | 78 | 26,9 | 1,19 |
| Anden speciallæge | 131 | 45,2 | 1,19 |
| Tandlæge | 217 | 74,8 | 1,10 |
| Fysioterapi | 47 | 16,2 | 0,78 |
| Kiropraktor | 14 | 4,8 | 0,37 |
| Laboratorieydelse | 89 | 30,7 | 1,58 |
| Psykolog | 28 | 9,7 | 4,91 |

Delsammenfatning

Socialt udsatte mænd og kvinder har brugt vagtlæge markant hyppigere end den generelle befolkning. Sammenlignet med alle danske mænd, har socialt udsatte mænd et mindre forbrug af øjenlæge, øre-næse-hals læge, anden speciallæge, tandlæge, fysioterapeut og kiropraktor. For socialt udsatte kvinder er der også et mindre forbrug af øjenlæge, fysioterapeut og kiropraktor, men et lidt større forbrug af øre-næse-hals læge, anden speciallæge og tandlæge. Selvom antallet er begrænset, har de socialt udsatte kvinder et højt forbrug af psykolog sammenlignet med kvinder i den generelle befolkning.

Hospitalsvæsenet

I det følgende betragtes kontakter inden for hospitalsvæsenet: indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg. Resultaterne præsenteres efter større sygdomsgrupper, og der betragtes kontakter i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen, dvs. i perioden 2002-2006 for de socialt udsatte.

Tabel 7 og figur 5 viste, at der var 2½ gange så mange (2,45) blandt de socialt udsatte mænd, der havde været indlagt sammenlignet med danske mænd generelt.

Af tabel 10 fremgår det, at overhyppigheden i indlæggelser gælder for næsten alle sygdomsgrupper, og i næsten alle tilfælde er der tale om signifikante overhyppigheder. Der ses dog store forskelle mellem sygdomsgrupperne.

For følgende tre sygdomsgrupper var hyppigheden mere end fem gange forhøjet blandt de socialt udsatte mænd: infektionssygdomme, psykiske lidelser og sygdomme i hud og underhud.

Tabel 10 Indlæggelser blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter sygdomsgrupper. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har været indlagt mindst en gang i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Mænd. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Sygdomsgruppe | N | % | SYR |
|---|-----|------|-------|
| Infektionssygdomme | 51 | 6,8 | 6,70 |
| Kræft | 8 | 1,1 | 0,91 |
| Sygdomme i blod og bloddannende organer | 7 | 0,9 | 3,81 |
| Stofskiftesygdomme | 15 | 2,0 | 2,42 |
| Psykiske lidelser | 153 | 20,4 | 25,26 |
| Sygdomme i nervesystemet | 24 | 3,2 | 3,28 |
| Sygdomme i ører | 6 | 0,8 | 3,87 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer | 67 | 8,9 | 1,97 |
| Sygdomme i åndedrætsorganer | 61 | 8,1 | 3,96 |
| Sygdomme i fordøjelsesorganer | 78 | 10,4 | 2,53 |
| Sygdomme i hud og underhud | 42 | 5,6 | 6,41 |
| Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv | 41 | 5,5 | 1,81 |
| Sygdomme i urin- og kønsorganer | 15 | 2,0 | 1,27 |
| Symptomer og dårligt definerede tilstande | 92 | 12,3 | 4,05 |
| Læsioner, forgiftninger | 217 | 28,9 | 4,63 |
| Andre faktorer | 137 | 18,2 | 3,59 |
| Alle | 457 | 60,9 | 2,45 |

Som det fremgik af tabel 7 og figur 5 var der 77 % flere (1,77) blandt de socialt udsatte kvinder, der havde været indlagt sammenlignet med danske kvinder generelt.

Mønsteret er som for mændene meget forskelligt for forskellige sygdomsgrupper, tabel 11.

For gruppen af socialt udsatte kvinder var der for næsten alle sygdomsgrupperne tale om overhyppigheder sammenlignet med danske kvinder generelt. Dog har signifikant færre socialt udsatte kvinder været indlagt for svangerskab, fødsel og barsel. Kun for to sygdomsgrupper, kræft og stofskiftesygdomme, hvor der kun var få tilfælde, var forskellene ikke signifikante.

For følgende fem grupper var hyppigheden mere end fem gange forhøjet blandt de socialt udsatte kvinder: infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i åndedrætsorganerne, sygdomme i hud og underhud samt læsioner og forgiftninger.

Tabel 11 Indlæggelser blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter sygdomsgrupper. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har været indlagt mindst en gang i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Kvinder. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Sygdomsgruppe | N | % | SYR |
|---|-----|------|-------|
| Infektionssygdomme | 41 | 14,1 | 12,43 |
| Kræft | 7 | 2,4 | 0,74 |
| Stofskiftesygdomme | 8 | 2,8 | 2,31 |
| Psykiske lidelser | 48 | 16,6 | 37,07 |
| Sygdomme i nervesystemet | 12 | 4,1 | 3,43 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer | 18 | 6,2 | 2,24 |
| Sygdomme i åndedrætsorganer | 35 | 12,1 | 6,61 |
| Sygdomme i fordøjelsesorganer | 40 | 13,8 | 3,49 |
| Sygdomme i hud og underhud | 17 | 5,9 | 6,55 |
| Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv | 25 | 8,6 | 2,62 |
| Sygdomme i urin- og kønsorganer | 28 | 9,7 | 1,82 |
| Svangerskab, fødsel og barsel | 38 | 13,1 | 0,72 |
| Symptomer og dårligt definerede tilstande | 43 | 14,8 | 3,82 |
| Læsioner, forgiftninger | 86 | 29,7 | 7,26 |
| Andre faktorer | 62 | 21,4 | 2,36 |
| Alle | 212 | 73,1 | 1,77 |

Som det fremgik af tabel 7 og figur 5 var der 40 % flere (1,40) blandt de socialt udsatte mænd, der havde modtaget ambulans behandling sammenlignet med danske mænd generelt.

Mønsteret varierer meget mellem de forskellige sygdomsgrupper, tabel 12, men minder om mønsteret for indlagte personer.

For mange af sygdomsgrupperne var der tale om signifikante overhyppigheder, men mindre udtalt end for indlæggelserne.

For infektionssygdomme og psykiske lidelser var hyppigheden mere end fem gange forhøjet blandt de socialt udsatte mænd.

Tabel 12 Ambulante besøg blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter sygdomsgrupper. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst et ambulat besøg i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Mænd. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Sygdomsgruppe | N | % | SYR |
|---|-----|------|-------|
| Infektionssygdomme | 54 | 7,2 | 8,93 |
| Kræft | 18 | 2,4 | 1,06 |
| Stofskiftesygdomme | 18 | 2,4 | 1,25 |
| Psykiske lidelser | 49 | 6,5 | 13,00 |
| Sygdomme i nervesystemet | 30 | 4,0 | 1,97 |
| Sygdomme i øjne | 18 | 2,4 | 1,08 |
| Sygdomme i ører | 16 | 2,1 | 0,90 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer | 50 | 6,7 | 1,34 |
| Sygdomme i åndedrætsorganer | 37 | 4,9 | 1,71 |
| Sygdomme i fordøjelsesorganer | 71 | 9,5 | 1,48 |
| Sygdomme i hud og underhud | 40 | 5,3 | 2,98 |
| Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv | 75 | 10,0 | 0,93 |
| Sygdomme i urin- og kønsorganer | 28 | 3,7 | 1,11 |
| Symptomer og dårligt definerede tilstande | 57 | 7,6 | 2,07 |
| Læsioner, forgiftninger | 173 | 23,0 | 2,21 |
| Andre faktorer | 403 | 53,7 | 1,57 |
| Alle | 549 | 73,1 | 1,40 |

Som det fremgik af tabel 7 og figur 5 var der 26 % flere (1,26) blandt de socialt udsatte kvinder, der havde modtaget ambulat behandling sammenlignet med danske kvinder generelt.

Mønsteret varierer som for mændene meget mellem de forskellige sygdomsgrupper, tabel 13.

For næsten alle sygdomsgrupperne var der tale om overhyppigheder blandt de socialt udsatte kvinder, og i de fleste grupper var forskellene signifikant forskellige.

For infektionssygdomme og psykiske lidelser var hyppigheden mere end fem gange højere blandt de socialt udsatte kvinder sammenlignet med danske kvinder generelt.

Tabel 13 Ambulante besøg blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter sygdomsgrupper. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst et ambulante besøg i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Kvinder. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Sygdomsgruppe | N | % | SYR |
|---|-----|------|-------|
| Infektionssygdomme | 37 | 12,8 | 15,51 |
| Kræft | 14 | 4,8 | 0,94 |
| Stofskiftesygdomme | 13 | 4,5 | 1,26 |
| Psykiske lidelser | 14 | 4,8 | 14,68 |
| Sygdomme i nervesystemet | 13 | 4,5 | 1,80 |
| Sygdomme i øjne | 15 | 5,2 | 3,00 |
| Sygdomme i ører | 10 | 3,4 | 2,23 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer | 26 | 9,0 | 1,96 |
| Sygdomme i åndedrætsorganer | 20 | 6,9 | 2,59 |
| Sygdomme i fordøjelsesorganer | 39 | 13,4 | 2,29 |
| Sygdomme i hud og underhud | 17 | 5,9 | 2,16 |
| Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv | 39 | 13,4 | 1,08 |
| Sygdomme i urin- og kønsorganer | 34 | 11,7 | 1,07 |
| Svangerskab, fødsel og barsel | 26 | 9,0 | 1,39 |
| Symptomer og dårligt definerede tilstande | 32 | 11,0 | 1,95 |
| Læsioner, forgiftninger | 51 | 17,6 | 2,31 |
| Andre faktorer | 209 | 72,1 | 1,37 |
| Alle | 250 | 86,2 | 1,26 |

Som det fremgik af tabel 7 og figur 5 var der 73 % flere (1,73) blandt de socialt udsatte mænd, der havde været på skadestuen sammenlignet med alle danske mænd.

Mønsteret er meget forskelligt for forskellige sygdomsgrupper, tabel 14.

For alle grupperne var hyppighederne højest blandt de socialt udsatte mænd, og på nær to grupper med relativt få tilfælde var forskellene signifikante.

For 9 af de 15 sygdomsgrupper: infektionssygdomme, stofskiftesygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i nervesystemet, sygdomme i åndedrætsorganerne, sygdomme i fordøjelsesorganerne, sygdomme i hud og underhud, sygdomme i urin og kønsorganerne samt symptomer og dårligt definerede tilstande var hyppigheden mere end fem gange forhøjet blandt de socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den generelle befolkning.

Tabel 14 Skadestuebesøg blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter sygdomsgrupper. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst et skadestuebesøg i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Mænd. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Sygdomsgruppe | N | % | SYR |
|---|-----|------|-------|
| Infektionssygdomme | 20 | 2,7 | 6,89 |
| Stofskiftesygdomme | 13 | 1,7 | 7,90 |
| Psykiske lidelser | 151 | 20,1 | 20,86 |
| Sygdomme i nervesystemet | 25 | 3,3 | 8,73 |
| Sygdomme i øjne | 11 | 1,5 | 1,13 |
| Sygdomme i ører | 5 | 0,7 | 3,29 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer | 37 | 4,9 | 3,32 |
| Sygdomme i åndedrætsorganer | 24 | 3,2 | 6,43 |
| Sygdomme i fordøjelsesorganer | 37 | 4,9 | 5,62 |
| Sygdomme i hud og underhud | 57 | 7,6 | 6,17 |
| Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv | 58 | 7,7 | 2,54 |
| Sygdomme i urin- og kønsorganer | 8 | 1,1 | 5,72 |
| Symptomer og dårligt definerede tilstande | 94 | 12,5 | 5,25 |
| Læsioner, forgiftninger | 464 | 61,8 | 1,73 |
| Andre faktorer | 295 | 39,3 | 4,55 |
| Alle | 573 | 76,3 | 1,73 |

Som det fremgik af tabel 7 og figur 5 var der mere end dobbelt så mange (2,15) blandt de socialt udsatte kvinder, der havde været på skadestuen sammenlignet med alle danske kvinder.

Mønsteret er som for mændene meget forskelligt for forskellige sygdomsgrupper, tabel 15.

For alle sygdomsgrupperne var der tale om signifikante overhyppigheder blandt de socialt udsatte kvinder, og kun for en enkelt gruppe, sygdomme i knogler, muskler og bindevæv, var forskellene ikke signifikante.

For 9 af de 12 sygdomsgrupper: infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i nervesystemet, sygdomme i kredsløbsorganerne, sygdomme i åndedrætsorganerne, sygdomme i fordøjelsesorganer, sygdomme i hud og underhud, sygdomme i urin- og kønsorganerne samt symptomer og dårligt definerede tilstande var hyppigheden mere end fem gange forhøjet blandt de socialt udsatte kvinder.

Tabel 15 Skadestuebesøg blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter sygdomsgrupper. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst et skadestuebesøg i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. Kvinder. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Sygdomsgruppe | N | % | SYR |
|---|-----|------|-------|
| Infektionssygdomme | 7 | 2,4 | 5,15 |
| Psykiske lidelser | 44 | 15,2 | 26,13 |
| Sygdomme i nervesystemet | 8 | 2,8 | 5,73 |
| Sygdomme i kredsløbsorganer | 16 | 5,5 | 6,79 |
| Sygdomme i åndedrætsorganer | 17 | 5,9 | 13,80 |
| Sygdomme i fordøjelsesorganer | 10 | 3,4 | 5,30 |
| Sygdomme i hud og underhud | 24 | 8,3 | 9,06 |
| Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv | 13 | 4,5 | 2,03 |
| Sygdomme i urin- og kønsorganer | 8 | 2,8 | 5,85 |
| Symptomer og dårligt definerede tilstande | 41 | 14,1 | 5,60 |
| Læsioner, forgiftninger | 176 | 60,7 | 2,21 |
| Andre faktorer | 117 | 40,3 | 4,87 |
| Alle | 226 | 77,9 | 2,15 |

Delsammenfatning

Undersøgelsen af kontakten til hospitalsvæsenet viser overordnet, at socialt udsatte har et merforbrug sammenlignet med den generelle befolkning; der er dog et meget forskelligt mønster afhængig af, hvilken sygdomsgruppe, der ses på. For psykiske lidelser (som især er misbrugsrelaterede lidelser) har socialt udsatte mænd og kvinder haft en markant overhyppighed af kontakt sammenlignet med den generelle befolkning uanset, om kontakten er foregået som indlæggelse, ambulansesygehusbesøg eller skadestuebesøg. Betragtes indlæggelser alene har mere end fem gange så mange socialt udsatte mænd været indlagt mindst én gang i en femårs periode for infektionssygdomme, psykiske lidelser samt sygdomme i hud og underhud sammenlignet med alle danske mænd. Blandt socialt udsatte kvinder gør en tilsvarende femdobbelte overhyppighed sig gældende i forhold til infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i hud og underhud, læsioner og forgiftninger samt sygdomme i åndedrætsorganerne. Generelt har socialt udsatte mænd og kvinder været markant hyppigere indlagt for næsten alle sygdomsgrupper sammenlignet med befolkningen generelt.

Mønsteret for ambulante besøg ligner overordnet set det for indlæggelser. Ser man på skadestuebesøg alene, ses det for alle sygdomsgrupper, at socialt udsatte har været på skadestuen markant oftere end den generelle befolkning. For socialt udsatte mænd og kvinder (sammenlignet med befolkningen generelt) var hyppigheden mere end fem gange forhøjet for sygdommene: infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i nervesystemet, sygdomme i åndedrætsorganerne, sygdomme i fordøjelsesorganerne, sygdomme i hud og underhud, sygdomme i urin og kønsorganerne samt symptomer og dårligt definerede tilstande.

Hospitalsvæsenet, specifikke diagnoser

I det følgende præsenteres forholdene for specifikke sygdomme i udvalgte sygdomsgrupper. Der vises kun resultater, hvis der for enten mænd eller kvinder er mindst fem personer blandt de socialt udsatte, der har været i kontakt med sygehusvæsenet.

For de fire specifikke infektionssygdomme tuberkulose, blodforgiftning, leverbetændelse og HIV er overhyppighederne for de socialt udsatte ekstremt høje sammenlignet med den generelle befolkning, og det gælder både for mænd og for kvinder, tabel 16. F.eks. er andelen, der har været indlagt for tuberkulose blandt de socialt udsatte kvinder 200 gange højere end i den generelle befolkning, og for HIV var hyppigheden 800 gange så høj. Selvom der er relativt få tilfælde, er forskellene i langt de fleste tilfælde stærkt signifikante. Blodforgiftning blandt mænd er den eneste undtagelse. For de tre diagnoser, hvor der også var mindst fem personer, der havde fået ambulante behandling, var mønsteret helt det samme som for indlæggelserne.

Tabel 16 Infektionssygdomme. Indlæggelser og ambulante besøg blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter køn og diagnose. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst en indlæggelse/et ambulante besøg i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| | N | | % | | SYR | |
|-----------------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | Mænd | Kvinder | Mænd | Kvinder | Mænd | Kvinder |
| Indlæggelse | | | | | | |
| Tuberkulose | 6 | 5 | 0,8 | 1,7 | 40,6 | 200,0 |
| Blodforgiftning | 5 | 7 | 0,7 | 2,4 | 6,6 | 25,2 |
| Leverbetændelse | 11 | 6 | 1,5 | 2,1 | 14,7 | 546,1 |
| HIV | 9 | 15 | 1,2 | 5,2 | 68,7 | 800,0 |
| Ambulant besøg | | | | | | |
| Tuberkulose | 8 | 4 | 1,1 | 1,4 | 25,8 | 94,0 |
| Leverbetændelse | 33 | 18 | 4,4 | 6,2 | 31,7 | 113,7 |
| HIV | 3 | 8 | 0,4 | 2,8 | 8,9 | 150,0 |

Blandt de fem misbrugsrelaterede diagnoser var der flest tilfælde for alkoholisme og forgiftninger, og det gjaldt både indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg, tabel 17. Mønsteret var det samme for mænd og kvinder. Blandt de socialt udsatte mænd har næsten hver femte været indlagt med alkoholisme (18 %), og næsten samme andel har været på skadestuen med alkoholisme. Blandt kvinder har mere end hver femte været indlagt med en forgiftning (21 %) og mere end hver syvende har været på skadestuen med en forgiftning (16 %). Antalsmæssigt, er der flere mænd, der har været i kontakt med hospitalsvæsenet med en misbrugsdiagnose, men de relative andele i forhold til den generelle befolkning er ikke meget forskellige for mænd og kvinder. Både for mænd og for kvinder og for alle

tre kontaktårsager er der en meget markant overhyppighed sammenlignet med den generelle befolkning. For de misbrugsrelaterede diagnoser var skadestuekontakt næsten lige så hyppig som indlæggelse.

Tabel 17 Misbrugsrelaterede sygdomme. Indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter køn og diagnose. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst en indlæggelse/et ambulant besøg/et skadestuebesøg i en periode på fem år før deltageelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| | N | | % | | SYR | |
|---------------------------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | Mænd | Kvinder | Mænd | Kvinder | Mænd | Kvinder |
| Indlæggelse | | | | | | |
| Alkoholisme | 138 | 39 | 18,4 | 13,4 | 29,8 | 48,1 |
| Stofmisbrug | 17 | 6 | 2,3 | 2,1 | 47,9 | 61,2 |
| Sygdomme i lever | 10 | 4 | 1,3 | 1,4 | 12,5 | 10,4 |
| Sygdomme i bugspytkirtlen | 13 | 0 | 1,7 | 0,0 | 13,0 | 0,0 |
| Forgiftninger | 73 | 62 | 9,7 | 21,4 | 22,8 | 31,7 |
| Ambulant besøg | | | | | | |
| Alkoholisme | 43 | 9 | 5,7 | 3,1 | 16,5 | 60,7 |
| Sygdomme i lever | 6 | 3 | 0,8 | 1,0 | 7,0 | 6,5 |
| Forgiftninger | 11 | 4 | 1,5 | 1,4 | 8,1 | 20,4 |
| Skadestuebesøg | | | | | | |
| Alkoholisme | 133 | 33 | 17,7 | 11,4 | 24,4 | 34,7 |
| Stofmisbrug | 14 | 2 | 1,9 | 0,7 | 27,0 | 20,4 |
| Sygdomme i bugspytkirtlen | 6 | 1 | 0,8 | 0,3 | 11,3 | 10,0 |
| Forgiftninger | 69 | 45 | 9,2 | 15,5 | 10,1 | 16,0 |

Læsionerne fylder naturligvis mest på skadestuerne, men der er også en del, der bliver indlagt og ambulant behandlet, tabel 18. Der er markant flere blandt de socialt udsatte, der kommer i kontakt med sygehusvæsenet med læsioner, og overhyppighederne er ikke væsensforskellige for de tre kontakttyper. Hovedlæsioner og læsioner af håndled og hånd er de hyppigste, og 20-30 % af både mænd og kvinder har været på skadestuen med disse tilstande. Hyppigheden er lidt lavere for skader på knæ og underben og skader på ankel og fod.

Tabel 18 Læsioner. Indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter køn og diagnose. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst en indlæggelse/et ambulat besøg/et skadestuebesøg i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Indlæggelse | N | | % | | SYR | |
|---------------------------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | Mænd | Kvinder | Mænd | Kvinder | Mænd | Kvinder |
| Hovedlæsioner | 69 | 16 | 9,2 | 5,5 | 8,5 | 11,6 |
| Læsion af håndled og hånd | 19 | 4 | 2,5 | 1,4 | 3,3 | 4,9 |
| Læsion af knæ og underben | 27 | 4 | 3,6 | 1,4 | 2,6 | 1,5 |
| Læsioner af ankel og fod | 6 | 1 | 0,8 | 0,3 | 2,7 | 4,8 |
| Ambulant besøg | | | | | | |
| Hovedlæsioner | 32 | 11 | 4,3 | 3,8 | 5,0 | 6,8 |
| Læsion af håndled og hånd | 33 | 4 | 4,4 | 1,4 | 2,1 | 1,0 |
| Læsion af knæ og underben | 32 | 11 | 4,3 | 3,8 | 1,2 | 1,5 |
| Læsioner af ankel og fod | 6 | 8 | 0,8 | 2,8 | 1,0 | 4,8 |
| Skadestuebesøg | | | | | | |
| Hovedlæsioner | 222 | 74 | 29,6 | 25,5 | 3,7 | 6,2 |
| Læsion af håndled og hånd | 180 | 63 | 24,0 | 21,7 | 1,8 | 2,4 |
| Læsion af knæ og underben | 92 | 26 | 12,3 | 9,0 | 2,1 | 2,2 |
| Læsioner af ankel og fod | 100 | 47 | 13,3 | 16,2 | 1,7 | 2,1 |

For tre af de traditionelle livsstilssygdomme, diabetes, iskæmisk hjertesygdom og KOL, har kun nogle få procent af de socialt udsatte i en femårs periode været i kontakt med sygehusvæsenet, tabel 19. I forhold til den generelle befolkning er der dog i de fleste tilfælde tale om en overhyppighed blandt de socialt udsatte.

Tabel 19 Diabetes, iskæmisk hjertesygdom og KOL. Indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg blandt socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning, efter køn og diagnose. Overhyppighed (SYR) blandt personer (N), der har haft mindst en indlæggelse/et ambulat besøg/et skadestuebesøg i en periode på fem år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)

| Indlæggelse | N | | % | | SYR | |
|-----------------------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | Mænd | Kvinder | Mænd | Kvinder | Mænd | Kvinder |
| Diabetes | 6 | 3 | 0,8 | 1,0 | 1,8 | 3,2 |
| Iskæmisk hjertesygdom | 17 | 2 | 2,3 | 0,7 | 1,5 | 1,7 |
| KOL | 9 | 7 | 1,2 | 2,4 | 6,1 | 17,2 |
| Ambulant besøg | | | | | | |
| Diabetes | 15 | 4 | 2,0 | 1,4 | 1,8 | 1,6 |
| Iskæmisk hjertesygdom | 14 | 1 | 1,9 | 0,3 | 1,5 | 0,7 |
| KOL | 8 | 7 | 1,1 | 2,4 | 2,6 | 7,8 |
| Skadestuebesøg | | | | | | |
| Diabetes | 5 | 0 | 0,7 | | 8,7 | |
| Iskæmisk hjertesygdom | 9 | 2 | 1,2 | 0,7 | 2,8 | 4,7 |

Delsammenfatning

I relation til indlæggelser og ambulante besøg, hvor specifikke infektionssygdomme som tuberkulose, blodforgiftning, leverbetændelse og HIV har været kontaktsårsagen, har socialt udsatte mænd og kvinder en ekstremt forhøjet hyppighed sammenlignet med den generelle befolkning. Blandt de misbrugsrelaterede diagnoser var der flest tilfælde for alkoholisme og forgiftninger. Uanset kontaktttype, har socialt udsatte markant oftere været i kontakt med hospitalsvæsenet for alle misbrugsrelaterede sygdomme sammenlignet med den generelle befolkning. Der er ligeledes markant flere socialt udsatte, der har været i kontakt med hospitalsvæsenet med læsioner end i den generelle befolkning, og hovedlæsioner er den hyppigste diagnose. Kun relativt få af de socialt udsatte har været i kontakt med hospitalsvæsenet i en femårsperiode med livsstilssygdommene diabetes, iskæmisk hjertesygdom og KOL, men sammenlignet med den generelle befolkning er der i de fleste tilfælde alligevel tale om en overhyppighed blandt de socialt udsatte.

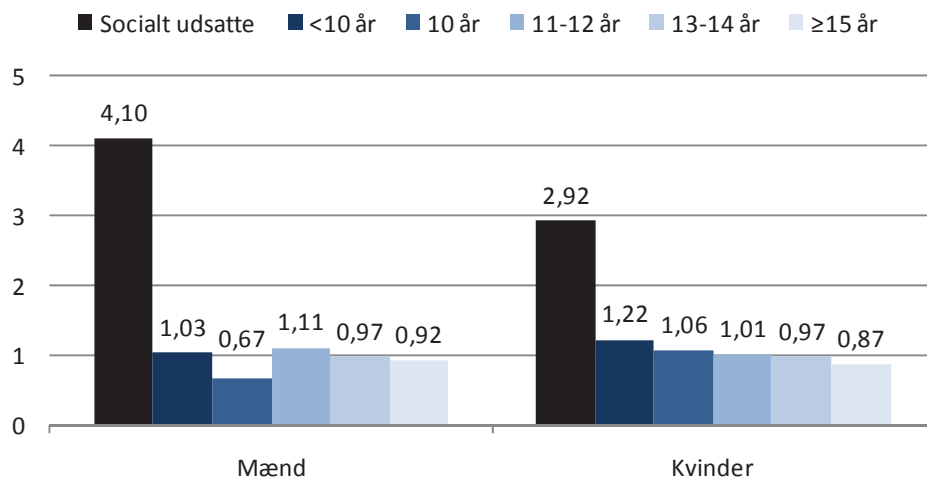
Sammenligninger med uddannelsesgrupper

Efter at have sammenlignet de socialt udsatte med den generelle befolkning følger til sidst en sammenligning med den generelle befolkning inddelt i uddannelsesgrupper efter antal års skolegang. Det giver mulighed for at sammenligne de uddannelsesmæssige forskelle i den generelle befolkning med den stærkt selekterede gruppe af socialt udsatte danskere. Formålet med disse analyser er at undersøge, om de socialt udsattes hyppigere brug af sundhedsvæsenet kan forklares ved, at denne gruppe ofte har kort uddannelse, idet det er velkendt, at personer med kort uddannelse oftere end personer med længere uddannelse har dårligt helbred. Sammenligningerne bliver foretaget for indlæggelser, ambulante besøg, skadestuebesøg og ydelser hos alment praktiserende læge. Der betragtes kontakter i en periode på et år før deltagelse i undersøgelsen, dvs. året 2006 for de socialt udsatte.

For indlæggelser ses blandt kvinder i den generelle befolkning en klar gradient efter uddannelsens længde, således at blandt dem med den længste uddannelse har færrest været indlagt i året før deltagelse i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, figur 7. Forskellen går fra 0,87 for dem med mindst 15 års uddannelse til 1,22 for dem med mindre end 10 års uddannelse, hvilket altså betyder, at de kortest uddannede har været indlagt hyppigere end de længst uddannede. Til sammenligning har gruppen af socialt udsatte kvinder en værdi på 2,92, altså 2½ gange så høj som kvinder med kortest uddannelse i den generelle befolkning.

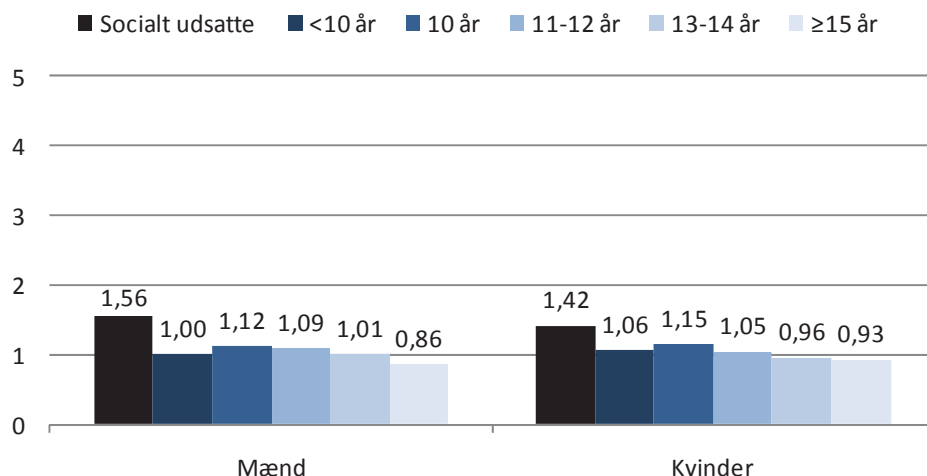
Hos mændene er der ikke så store forskelle mellem uddannelsesgrupperne i den generelle befolkning. Det ses, at fire gange så mange blandt de socialt udsatte mænd har været indlagt sammenlignet med mænd i de fleste uddannelsesgrupper.

Figur 7 Indlæggelser blandt socialt udsatte sammenlignet med fem uddannelsesgrupper (års skolegang) i den generelle befolkning. Overhyppighed (SYR) blandt mænd og kvinder, der har været indlagt mindst en gang i en periode på et år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)



For ambulante besøg er billedet anderledes, figur 8. For både mænd og kvinder er der kun beskedne forskelle mellem uddannelsesgrupperne, og der er blandt de socialt udsatte 'kun' cirka 50 % flere, der har modtaget ambulante behandling.

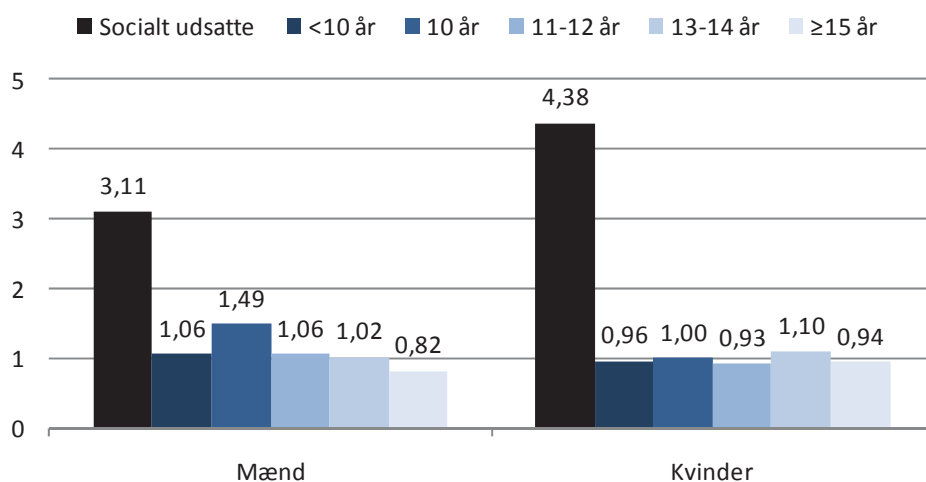
Figur 8 Ambulante besøg blandt socialt udsatte sammenlignet med fem uddannelsesgrupper (års skolegang) i den generelle befolkning. Overhyppighed (SYR) blandt mænd og kvinder, der har haft mindst et ambulante besøg i en periode på et år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)



Mønsteret for skadestuebesøg minder om mønsteret for indlæggelser, figur 9. Der er en gradient efter uddannelse i den generelle befolkning for mænd men ikke for kvinder. Omkring tre gange så mange blandt de socialt udsatte mænd, og mere

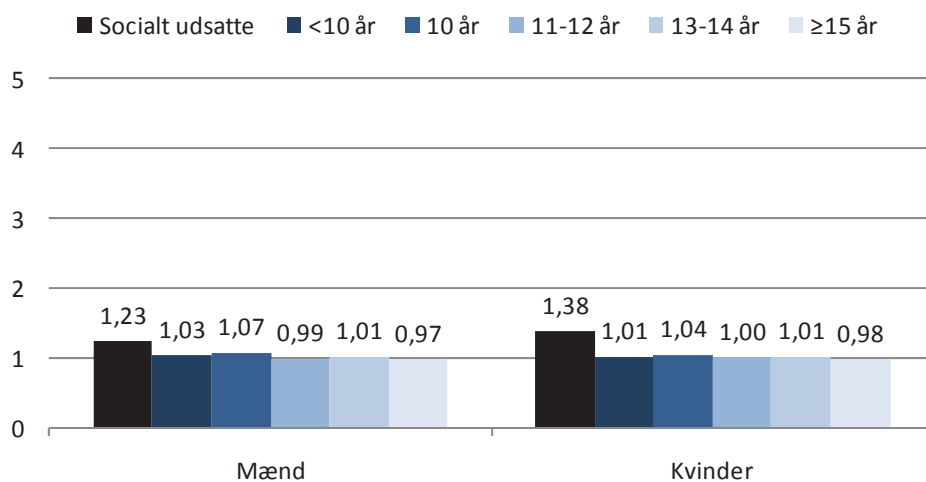
end fire gange så mange blandt socialt udsatte kvinder, har været på skadestuen sammenlignet med de fleste uddannelsesgrupper.

Figur 9 Skadestuebesøg blandt socialt udsatte sammenlignet med fem uddannelsesgrupper (års skolegang) i den generelle befolkning. Overhyppighed (SYR) blandt mænd og kvinder, der har haft mindst et skadestuebesøg i en periode på et år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)



Mønsteret for brug af alment praktiserende læge minder mest om mønsteret for de ambulante besøg, figur 10. Der er næsten ingen forskel mellem uddannelsesgrupperne, og blandt de socialt udsatte mænd er overhyppigheden cirka 20 % og for kvinder cirka 40 %.

Figur 10 Brug af alment praktiserende læge blandt socialt udsatte sammenlignet med fem uddannelsesgrupper (års skolegang) i den generelle befolkning. Overhyppighed (SYR) blandt mænd og kvinder, der har modtaget mindst en ydelse i en periode på et år før deltagelse i undersøgelsen. (SYR = 1 svarer til normalbefolkningens brug)



Delsammenfatning

Analyserne af kontakten til sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning inddelt i uddannelsesgrupper er foretaget med henblik på at undersøge, om de socialt udsattes hyppigere brug af sundhedsvæsenet kan forklares ved, at denne gruppe ofte har kort uddannelse.

Analyserne viser, at der for kvinder i den generelle befolkning er en klar trinvis forøgelse af indlæggelseshyppigheden, jo kortere uddannet vedkommende er. Der ses ikke samme forskel mellem uddannelsesgrupperne blandt mænd i den generelle befolkning. For både mænd og kvinder ses en markant højere indlæggelseshyppighed blandt socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning uanset uddannelseslængde. De socialt udsatte har således været indlagt 2½-4 gange så ofte som de kortuddannede i den generelle befolkning. For skadestuebesøg ses en trinvis forøgelse af besøgshyppigheden ved kortere uddannelse for mænd, men ikke for kvinder, og samtidig et markant merforbrug blandt de socialt udsatte sammenlignet med også de kortest uddannede i den generelle befolkning. For ambulante besøg og for brug af alment praktiserende læge ses kun beskedne uddannelsesmæssige forskelle i den generelle befolkning, mens der igen ses tydelige forskelle mellem socialt udsatte og den generelle befolkning. Blandt de socialt udsatte er der cirka 50 % flere, der har modtaget ambulante behandling, og cirka 20 % flere blandt de socialt udsatte mænd og 40 % flere blandt de socialt udsatte kvinder har brugt alment praktiserende læge.

Samlet set viser sammenligningerne af de socialt udsatte med den generelle befolkning inddelt i uddannelsesgrupper således, at de markante forskelle i brug af sundhedsvæsenet tilsyneladende ikke kan forklares af et lavt uddannelsesniveau blandt de socialt udsatte. Socialt udsatte har et højere forbrug af sundhedsvæsenet uanset, om der i den generelle befolkning ses uddannelsesmæssige forskelle i forbruget.

Omkostninger forbundet med forbrug

Tidligere er det vist, at de socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning har et højere forbrug af almen praksis og hospitalsvæsenet sammenlignet med den generelle befolkning.

Ved at anvende gennemsnitlige priser for dette forbrug kan gives et skøn over, hvor meget merforbruget blandt de socialt udsatte koster i kroner (se uddybende om beregningerne i metodeafsnittet).

For mænd svarer dette merforbrug til næsten 17.000 kr. pr. person om året, tabel 20. Det største beløb på næsten 14.000 kr. stammer fra de ekstra indlæggelser, mens ambulante besøg, skadestuebesøg og almen praksis tegner sig for relativt små ekstra beløb. Størrelsen på det samlede beløb afhænger naturligvis af, hvor

stort merforbruget er af de forskellige ydelser, men det, der betyder mest, er den høje pris på en indlæggelse sammenlignet med de øvrige ydelser.

Det samlede årlige beløb for merforbrug for socialt udsatte kvinder udgør 15.000 kr. Det højere beløb for mændene stammer især fra indlæggelser.

Tabel 20 Merforbrug for en socialt udsat for brug af hospitalsvæsenet og almen praksis. Antal kroner pr. person pr. år fordelt på mænd og kvinder

| | | Mænd | Kvinder |
|---------------------|-----------------|--------|---------|
| Hospitalsvæsenet | Indlæggelser | 14.081 | 10.925 |
| | Ambulante besøg | 1.713 | 2.379 |
| | Skadestuebesøg | 649 | 604 |
| Sygesikringsydelser | Almen læge | 463 | 1.303 |
| | | 16.906 | 15.211 |

Diskussion

Formålet med denne registerundersøgelse har været at belyse socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. Rapporten har i forhold til primærsektoren belyst hyppigheden og typen af kontakt og i forhold til hospitalsvæsenet kontaktårsagen og hermed de sygdomme og lidelser, som socialt udsatte mest typisk lider af. Formålet har endvidere været at undersøge, om forbruget blandt socialt udsatte er højere end i den generelle, danske befolkning.

Rapporten efterfølger et litteraturstudium, spørgeskemaundersøgelsen SUSY UD-SAT samt en kvalitativ undersøgelse, alle med fokus på socialt udsattes sundhed og sygelighed. Denne registerundersøgelse bekræfter og uddyber en del af resultaterne fra de tidligere undersøgelser samtidig med, at den bidrager med ny og meget pålidelig viden om socialt udsattes sygelighed og faktisk brug af sundhedsvæsenet.

Undersøgelsens styrker og svagheder

Der eksisterer generelt meget få registerstudier af kontakten til sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte. Der er mange styrker ved registerundersøgelsen. Den baserer sig på et materiale på mere end 1.000 socialt udsatte med personnummer, som gør det muligt at samkøre med danske registre og derved få meget pålidelige oplysninger om brug af sundhedsvæsenet i en periode forud for deltagelse i undersøgelsen.

De generelle opgørelser for sygesikringsydelser, indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg må betragtes som sikre. Der er – som altid – større usikkerheder ved opgørelser om specifikke sygdomme, og man ved ikke, om diagnosticeringen kan være anderledes for gruppen af socialt udsatte. I den forbindelse skal man være opmærksom på, at psykiske lidelser kun indgår i denne rapport som indlæggelser på somatiske afdelinger, ikke på psykiatriske afdelinger.

Generelt anses brug af personnummer ved sådanne analyser som en meget sikker metode. Med den aktuelle dataindsamlingsmetode, hvor deltagerne i SUSY UD-SAT selv skrev personnummer i skemaet, er der naturligvis en teoretisk mulighed for, at personnummeret ikke følger personnummerets ejer; der er dog ingen grund til at tro, at dette skulle være et på nogen måde betydeligt problem.

Ved tolkningen af SYR (den standardiserede ydelsesratio) til beskrivelse af forskelle mellem gruppen af socialt udsatte og den generelle befolkning skal man være opmærksom på, at størrelsen af SYR afhænger af, hvor hyppig forekomsten af kontakten er i den generelle befolkning. Hvis f.eks. langt over halvdelen af den gene-

relle befolkning har haft en kontakt med sundhedsvæsenet i en periode, da kan SYR ikke overstige 2,0.

Generelt i forhold til tolkningen af analyserne er det vigtigt at pointere, at de socialt udsatte personer, der indgår i denne registerundersøgelse, udgør en relativ uensartet gruppe, hvis sociale og helbredsmæssige problemer spænder vidt. Der er tale om personer, der befinder sig på forskellige steder på spektret fra de socialt sårbare og lidt marginaliserede til de socialt udstødte. I SUSY UDSAT undersøgelsen kunne 18 % af svarpersonerne placeres i en gruppe af "Øvrige". Det vil sige, personer som hverken var hjemløse, stof- eller alkoholmisbrugere, sindslidende eller fattige, men som alligevel tilbragte en vis tid på herberger og væresteder, og som ved at besvare spørgeskemaet definerede sig selv som socialt udsatte. SUSY UDSAT rapporten viste, at denne gruppe af 'Øvrige' ikke overraskende havde et betydeligt bedre helbred end deltagere, der var hjemløse, misbrugere, sindslidende og fattige. I registerundersøgelsen analyseres de socialt udsatte som en samlet gruppe, hvilket gør det sandsynligt, at forskellene mellem de socialt udsatte og den generelle befolknings brug af sundhedsvæsenet underestimeres.

Undersøgelsens resultater

Registerundersøgelsen viser overordnet set, at socialt udsatte markant hyppigere tager kontakt til alment praktiserende læge, markant oftere er indlagt, oftere kommer på skadestuen og betydeligt oftere modtager ambulante behandling sammenlignet med den generelle befolkning. Det ses endvidere, at socialt udsatte har et mindre forbrug af øjenlæge, fysioterapeut og kiropraktor sammenlignet med befolkningen generelt. Socialt udsatte mænd har ligeledes brugt øre-næse-hals læge, anden speciallæge samt tandlæge mindre end danske mænd generelt. Socialt udsatte kvinder har derimod en overhyppighed af brug af øre-næse-hals læge, anden speciallæge, tandlæge, laboratorieydelser samt psykolog sammenlignet med danske kvinder generelt. Generelt er socialt udsatte kvinder hyppigere i kontakt med sundhedsvæsenet end socialt udsatte mænd. Det påviste hyppigere brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte kan siges at være i overensstemmelse med den påviste relativt set større sygelighed i denne gruppe. Således viser registerundersøgelsen også en markant højere forekomst af en lang række sygdomme blandt socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning. Det påviste merforbrug af sundhedsvæsenets ydelser blandt socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning er naturligvis forbundet med større udgifter.

Resultaterne fra denne registerundersøgelse svarer til fund fra den tidligere gennemførte spørgeskemaundersøgelse blandt socialt udsatte, SUSY UDSAT, hvor deltagerne selv rapporterede et forbrug af sundhedsvæsenet, som er højere end det, den generelle befolkning angiver i den nationale spørgeskemaundersøgelse. Andre, internationale undersøgelser understøtter også dette fund. Således finder en svensk registerbaseret undersøgelse af fysiske sygdomme blandt hjemløse fra 2009, at hjemløses risiko for at blive indlagt i perioden 1996-2000 var dobbelt så stor som den generelle, svenske befolknings (6). Nærværende registerundersøgelse

se finder tilsvarende, at næsten dobbelt så mange socialt udsatte mænd som danske mænd generelt havde været indlagt på hospital mindst én gang i en periode på fem år. Overhyppigheden for socialt udsatte kvinder var mere end dobbelt så stor.

Rådet for Socialt Udsattes kvalitative sundhedsundersøgelse "Dårligt liv – dårligt helbred" (2009) viste et væsentligt mere broget billede af de socialt udsattes kontakt til sundhedsvæsenet. I undersøgelsen fortalte nogle interviewpersoner, at de undlod at tage kontakt til sundhedsvæsenet på grund af en grundlæggende mistillid forårsaget af tidligere, dårlige erfaringer, mens andre kun tog kontakt til sundhedsvæsenet i nødstilfælde, og når deres helbredsmæssige situation var ekstrem. En tredje gruppe tog dog kontakt, når de havde brug for det og var kendetegnet ved en generel tillid til systemet. Som nævnt viser registerundersøgelsen, at socialt udsatte bruger almen praksis og hospitalsvæsenet i langt større grad end den generelle befolkning, hvilket stemmer godt overens med den relativt set større sygelighed blandt de socialt udsatte. Men registerundersøgelsen belyser, om der tages kontakt, og kan hermed ikke sige noget om selve mødet med, og behandlingen i, sundhedsvæsenet. "Dårligt liv – dårligt helbred" indikerede en til tider mangel på fysisk og psykisk omsorg overfor socialt udsatte i sundhedsvæsenet forstået som en nedladende omgangstone og manglende eller nedværdigende behandling fra sundhedspersonalets side. Rapporten viste også en manglende viden om, hvordan denne patientgruppe bedst håndteres. Registerundersøgelsens resultater understreger endnu engang vigtigheden af at finde løsninger på disse udfordringer vedrørende socialt udsatte som patientgruppe i sundhedsvæsenet, fordi gruppen har dårligt helbred og i omfattende grad benytter det eksisterende sundhedsvæsen.

Et yderligere generelt fund i denne registerundersøgelse er, at socialt udsatte kvinder hyppigere er i kontakt med sundhedsvæsenet sammenlignet med socialt udsatte mænd. Også i SUSY UDSAT rapporterede en større andel blandt kvinder end mænd, at de havde været i kontakt med praktiserende læge, vagtlæge, tandlæge og indlagt på et hospital. Denne tendens findes også i internationale undersøgelser. Ovennævnte svenske studie fandt, at hjemløse kvinder havde en forhøjet risiko for at blive indlagt på hospital sammenlignet med hjemløse mænd, og dette gjaldt i særdeleshed unge, hjemløse kvinder. En amerikansk undersøgelse viste, at hjemløse kvinder i USA havde et stort forbrug af sundhedsvæsenet generelt, uanset hvilken sygdom der var tale om (7). Registerbaserede analyser af den generelle befolkning i Danmark viser, at kvinder har et større forbrug af almen praksis, speciallæge og ambulante kontakter, mens mænd omvendt har flere skadestuekontakter og – når der ses bort fra kontakter relateret til svangerskab og fødsel – også indlægges oftere på sygehus end kvinder (8).

I registerundersøgelsen ses endvidere en markant højere forekomst af visse sygdomme blandt socialt udsatte sammenlignet med befolkningen generelt. Analysen baseret på registre har vist, at det især drejer sig om infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i hud og underhud, læsioner og forgiftninger samt sygdomme i åndedrætsorganer. Samme sygdomsmønster blev fundet i den tidligere

nævnte undersøgelse blandt svenske hjemløse. I rapporten "SUSY UDSAT" blev sygdom og sygelighed defineret på baggrund af spørgsmål om langvarig sygdom samt forekomst af specifikke sygdomme, smerter og problemer inden for en 14-dages periode. Analyser heraf viste, at sygeligheden var markant højere blandt de socialt udsatte end i befolkningen generelt.

Den markante udbredelse af mange sygdomme blandt socialt udsatte, og overhyppigheden sammenlignet med befolkningen generelt, kan formentlig i overvejende grad tilskrives de socialt udsattes levevilkår og det hårde liv som udsat, der i mange tilfælde er præget af en mangel på bolig, misbrug, stress, ensomhed, vold mm. Af svarpersonerne i SUSY UDSAT kunne 25 % (328 personer) defineres som alkoholmisbrugere og 32 % (415 personer) som stofmisbrugere. Misbrug kan i sig selv forklare en del af overhyppigheden af forgiftningssygdomme, psykiske lidelser og infektionssygdomme blandt socialt udsatte. Men misbrug kan herudover også forårsage en nedsat kontrol over kroppen, der sammen med udsathed for vold kan være med til at forklare overhyppigheden af læsioner blandt socialt udsatte, idet misbrug øger risikoen for ulykker og frakturer. Forekomsten af infektions- og hudsygdomme blandt socialt udsatte kan også til dels forklares af ringe levevilkår, der vanskeliggør det at tage vare på sin krop og mulighederne for god hygiejne.

Sammenlignet med den generelle befolkning er socialt udsatte således udsat for mange risikofaktorer for sygdom, herunder også arbejdsløshed og en generelt lav socioøkonomisk position. Analyserne af brug af sundhedsvæsenet for socialt udsatte sammenlignet med befolkningen i forskellige uddannelsesgrupper har dog tydeligt vist, at det markante merforbrug af sundhedsvæsenet ikke 'blot' kan forklares af et lavt uddannelsesniveau blandt de socialt udsatte. Socialt udsatte har et højere forbrug af sundhedsvæsenet uanset, om der i den generelle befolkning ses sociale forskelle i forbruget. Forskellen mellem de socialt udsatte og den generelle befolkning kan således ikke forklares ved en gradient på grund af et lavt uddannelsesniveau, men må snarere betragtes som en 'kløft' og en marginalisering af de socialt udsatte.

Selvom der er tale om en i forhold til andre sygdomme relativ lille andel, viser registerundersøgelsen endvidere en lidt højere kontakt for diabetes, iskæmisk hjertesygdom og KOL blandt socialt udsatte i forhold til befolkningen generelt. I SUSY UDSAT understøttes dette fund ved, at socialt udsatte oftere end den generelle befolkning havde en sundhedsadfærd, der gav risiko for udvikling af sygdom. Der var en større andel, der var storrygere og aldrig eller sjældent spiste frugt. Endvidere var der kun en relativt lille andel, der spiste morgenmad dagligt, og en stor andel, der ikke dyrkede motion.

Perspektivering

Den samlede sundhedsundersøgelse består som tidligere nævnt af fire delundersøgelser: en litteraturgennemgang og analyser af eksisterende data, spørgeskemaundersøgelsen SUSY UDSAT, en kvalitativ interviewundersøgelse om socialt udsattes helbred og levevilkår og nu denne registerundersøgelse. Delundersøgelserne har gjort brug af forskellige metoder, der hver har deres styrker og svagheder, og har alle haft til formål at undersøge forskellige aspekter af socialt udsattes sundhed, sygelighed og levevilkår. De fire delundersøgelser supplerer dermed hinanden.

Fælles for undersøgelserne er konklusionen, at socialt udsatte har markant dårligere helbred end den generelle befolkning. Det står ligeledes klart, at WHO's definition af sundhed som *"en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse"* langt fra er opfyldt i de socialt udsattes tilfælde. Samtidig hermed har sundhedsundersøgelserne også vist, at socialt udsatte benytter sundhedsvæsenet langt oftere end befolkningen generelt.

På baggrund af registerundersøgelsen er det ikke muligt at vurdere, om de socialt udsatte for samme sygelighed henvender sig til sundhedsvæsenet med samme sandsynlighed som personer fra den generelle befolkning. Det kan heller ikke afgøres, om de socialt udsatte visiteres på samme måde som den generelle befolkning. Den kvalitative undersøgelse *"Dårligt liv – dårligt helbred"* peger dog på visse problemer og udfordringer vedrørende grupper af socialt udsattes kontakt og møde med sundhedsvæsenet. I et sundhedsfremme- og forebyggelsesperspektiv er det ideelle naturligvis at sikre lige adgang til sundhed, så alle mennesker kan leve et godt liv med godt helbred. Når nogle ikke lever et godt liv og har dårligt helbred, må det sikres, at sundhedsvæsenet og andre relevante institutioner i samfundet er i stand til at rumme dem.

Referencer

- [1] Simonsen MK, Christensen AI, Hesse U, Davidsen M, Bjerregaard P, Diderichsen F, Faber MT, Kristoffersen J, Curtis T. Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? Rådet for Socialt Udsattes småskriftserie nr. 6, 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2007.
- [2] Pedersen PV, Christensen AI, Hesse U, Curtis T. SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2008.
- [3] Pedersen PV. Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2009.
- [4] Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- [5] Flanders WD. Approximate variance formulas for standardized rate ratios. *J Chronic Diseases* 1984;37(6): 449-453.
- [6] Beijer U, Andréasson S. Physical diseases among homeless people: Gender differences and comparisons with the general population. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009;37:93-100.
- [7] Lim YW, Andersen R, Leake B, Cunningham W, Gelberg L. How accessible is medical care for homeless women? *Med Care* 2002;40(6):510-20.
- [8] Juel K, Christensen K. Are men seeking medical advice too late? Contacts to general practitioners and hospital admissions in Denmark 2005. *Journal of Public Health* 2008;30:111-113
- [9] Helweg-Larsen K, Kjølner M, Davidsen M, Rasmussen NK, Madsen M, Kamper-Jørgensen F. The Danish national cohort study (DANCOS). *Dan Med Bull* 2003;50:177-80

Bilag - registre

I dette afsnit gives en oversigt over de datakilder og registre, der har været anvendt i undersøgelsen. Studiepopulationen er svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen blandt socialt udsatte, der blev gennemført i 2007. Svarene fra deltagerne i undersøgelsen indgår i en database, der til nærværende formål kan betegnes som et register over socialt udsatte. Denne population sammenlignes med en population fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra 2005, som udgør et nationalt repræsentativt udsnit af den danske befolkning. Kontakterne til sundhedsvæsenet belyses ved hjælp af to registre, Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret. Sygesikringsregisteret belyser ydelser fra den primære sektor (dvs. almen læge, speciallæge, tandlæge m.fl.), mens Landspatientregisteret belyser kontakter til den sekundære sektor (dvs. sygehuset). De to sidstnævnte registre er sammenkoblet med Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne i DANCOS registeret.

Registeret over socialt udsatte

Registeret omfatter de personer, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, SUSY UDSAT, der blev gennemført som led i Rådet for Socialt Udsattes sundhedsundersøgelse i 2007. Da mange socialt udsatte ikke har en fast adresse, og dermed kan nås via udtræk fra det centrale personregister (CPR), foregik undersøgelsen ved, at der blev udleveret spørgeskemaer til socialt udsatte på cirka 120 væresteder, herberger, forsorgshjem, permanente botilbud og andre sociale tilbud i mere end 40 danske byer. Svarpersonerne blev bedt om at oplyse personnummer i spørgeskemaet.

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen SUSY UDSAT var at beskrive sundheds- og sygelighedstilstanden blandt socialt udsatte og sammenligne denne med den almindelige danske befolkning. Sammenligningspopulationen bestod som i nærværende rapport af deltagere i den nationalt repræsentative Sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2005 (SUSY-2005).

Materialet fra spørgeskemaundersøgelsen SUSY UDSAT består af besvarelser fra i alt 1.290 personer (skemaer). Det viste sig, at 22 af besvarelserne var ugyldige, og i 222 af skemaerne var der ikke angivet personnummer, mens der i fem tilfælde var angivet ugyldigt personnummer. I registerundersøgelsen indgår således 1.041 personer.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne er nationalt repræsentative spørgeskemaundersøgelser. Ved Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne indsamles data til brug for statslig og regional planlægning og sundhedsovervågning og til brug for forskning. Der indsamles data om befolkningens sundhed og sygdom og om forhold af betydning herfor – f.eks. risikofaktorer i livsstil og levevilkår. Det er informationer, der ikke findes i de eksisterende administrative registre inden for sundhedsvæsenet og det sociale område. Det overordnede formål med undersøgelserne er:

- at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i befolkningen
- at opstille tidsserier, der kan beskrive udviklingen
- at tilvejebringe datamateriale til brug for regional sundhedsplanlægning og til brug for analyser af geografiske variationer
- at danne grundlag for forløbs- og tværsnitsanalyser af sundheds- og sygelighedsforhold
- at være reference- og kontrolmateriale for specifikke forskningsprojekter.

SIF har gennemført Sundheds- og sygelighedsundersøgelser i 1987, 1994, 2000 og 2005.

Til analyserne i nærværende rapport benyttes undersøgelsen fra 2005 (SUSY-2005), hvor der var i alt 20.640 svarpersoner i alderen 16-79 år. For en nærmere beskrivelse af denne undersøgelse, se (4).

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om alle kontakter til de danske sygehuse. Det gælder indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg. Registeret indeholder bl.a. oplysninger om sygehus og afdeling, indlæggelses- og udskrivningsdato, diagnoser, operationer og bopælskommune.

For indlæggelser går registeret tilbage til 1977. Skadestuebesøg og ambulante kontakter er registreret siden 1995.

Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder data, der bl.a. gør det muligt at analysere befolkningens brug af forskellige sygesikringsydelser inden for de enkelte specialer.

Registeret indeholder oplysninger om ydere under sygesikringen, dvs. alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer m.fl. Registeret omfatter de ydelser, f.eks. konsultationer hos alment praktiserende læge eller speciallæge, tandlægehjælp, behandlinger hos fysioterapeut eller kiropraktor mv., der afregnes gennem det fælleskommunale system, hvorfor en del af de samlede udgifter i den offentlige sygesikring ikke indgår i opgørelserne (f.eks. de almene lægers basishonorar, medicintilskud, rejsesygesikring, private laboratorier mv.). I opgørelserne indgår visse ydelser, der afregnes gennem sygesikringssystemet, skønt de ikke er omfattet af loven om offentlig sygesikring. Det drejer sig om helbredsundersøgelser af børn og gravide kvinder samt om børnevaccinationer.

Registerets population er de personer, der i løbet af et kalenderår modtager ydelser fra det offentlige sygesikringssystem.

Det er kun visse af sygesikringens mere end 3.000 ydelser, der indebærer kontakt mellem den sikrede og yderen; kontakter er typisk ydelser som konsultationer, undersøgelser o.l., mens f.eks. en laboratorieundersøgelse ikke er en kontakt.

DANCOS

DANCOS er en samkøring af Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra 1987, 1994, 2000 og 2005 med en række registre (9). Formålet med etableringen af registeret er at undersøge bl.a.:

- determinanter for sygelighed og dødelighed
- determinanter for brug af sundhedsvæsenet
- helbredsforholds betydning for udvikling i erhvervsdeltagelse, levevilkår og velfærd
- validitet og bortfald i survey undersøgelser.

Data omfatter de væsentligste oplysninger fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne suppleret med data fra følgende registre:

- Det Centrale Personregister
- Dødsårsagsregisteret
- Landspatientregisteret
- Sygesikringsregisteret
- Cancerregisteret
- Det Psykiatriske Centralregister.

DANCOS inkluderer også registeroplysninger om personer som blev inviteret til Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, men som ikke deltog, fordi de ikke kunne kontaktes eller ikke ønskede at deltage. Endvidere omfatter DANCOS databasen på Danmarks Statistik registeroplysninger for samtlige danskere fra 16 år og opefter.

Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet

Denne rapport beskriver socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet og udgør fjerde og sidste delrapport i en sundhedsundersøgelse blandt socialt udsatte, som Rådet for Socialt Udsatte har gennemført i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Rapporten belyser brug af almen praksis og hospitalsvæsenet. I relation til almen praksis er der foretaget analyser af hyppighed og type af kontakt, mens der for hospitalsvæsenet er foretaget analyser af, hvilke lidelser og sygdomme socialt udsatte lider af. Forholdene blandt socialt udsatte sammenlignes med den generelle danske befolkning.

Rapporten er baseret på analyser af Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret, og informationer om gruppen af socialt udsatte stammer fra spørgeskemaundersøgelsen om sundhed og sygelighed, SUSY UDSAT, fra 2007. I alt 1.041 socialt udsatte personer indgår i registerundersøgelsen.