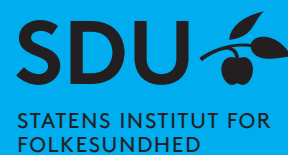


Leise Strøbæk
Michael Davidsen
Pia Vivian Pedersen



Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet

Registeropfølgning 2007-2015

RÅDET FOR
SOCIALT
UDSATTE



Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet
Registeropfølgning 2007-2015

Leise Strøbæk, Michael Davidsen og Pia Vivian Pedersen

Copyright © 2017

Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Grafisk design: Trefold

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

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-364-9

Trykt udgave: ISBN 978-87-7899-363-2

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A, 2. sal

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til:

Rådet for Socialt Udsatte

St. Torvegade 26

3700 Rønne

Tlf. 4185 11 00

E-mail: post@udsatte.dk

Rapporten kan downloades fra:

www.udsatte.dk

www.si-folkesundhed.dk

Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af en registerbaseret analyse af dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte i perioden 2007-2015.

I rapporten følges i alt 1.957 personer, som deltog i spørgeskemabaserede undersøgelser af socialt udsattes sundhed, sygelighed og trivsel – SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012 – gennemført i henholdsvis 2007 og 2012 af Statens Institut for Folkesundhed for Rådet for Socialt Udsatte. Personerne følges i offentlige danske registre om dødelighed, sygesikringsydelse og kontakter til offentlige og private sygehuse i Danmark.

Formålet med rapporten er at beskrive socialt udsattes dødelighed, midlellevetid, dødsårsager og brug af sundhedsvæsenet i forhold til den øvrige danske befolkning. Analysen af brug af sundhedsvæsenet fokuserer dels på socialt udsattes brug af primærsektoren og brug af sekundærsektoren.

Rapporten er udarbejdet for Rådet for Socialt Udsatte af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU, bestående af videnskabelig assistent Leise Strøbæk, seniorforsker Michael Davidsen og forsker Pia Vivian Pedersen.

Vi vil gerne rette en stor tak til alle svarpersoner, der deltog i undersøgelserne i 2007 og 2012 samt til medarbejderne på de deltagende herberger, væresteder og øvrige sociale tilbud for deres hjælp og velvilje i forbindelse med gennemførelsen af undersøgelserne. Uden deres hjælp var denne undersøgelse aldrig blevet gennemført. Vi vil også gerne takke vores kolleger for hjælp i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten: seniorforsker Bjarne Laursen, som har læst internt review på rapporten, og kommunikationskonsulent Stig Krøger Andersen, som har læst korrektur.



Morten Grønbæk,
Direktør,
Statens Institut for Folkesundhed,
SDU



Jann Sjørnsen,
Formand,
Rådet for Socialt Udsatte

Indhold

1	Sammenfatning	4
1.1	Dødelighed	4
1.2	Kontakter til primærsektoren	5
1.3	Somatiske kontakter til sekundærsektoren	6
1.4	Psykiatriske kontakter til sekundærsektoren	8
2	Baggrund	10
3	Datakilder	12
3.1	Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne for socialt udsatte	12
3.2	Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne	12
3.3	Det Centrale Personregister	13
3.4	Dødsårsagsregisteret	13
3.5	Sygesikringsregisteret	13
3.6	Landspatientregisteret	13
4	Metode	14
4.1	Population	14
4.2	Opgørelse af dødelighed og brug af sundhedsvæsenet	16
4.3	Statistisk model	17
4.4	Definition af dødsårsager, sygesikrings sygdomme samt somatiske og psykiatriske sygdomsgrupper	18
5	Dødelighed	21
5.1	Middellevelevetid	21
5.2	Dødelighed	21
6	Kontakter til primærsektoren	24
6.1	Kontakt til alment praktiserende læger	24
6.2	Kontakt til lægefaglige specialer	26
7	Kontakter til sekundærsektoren	27
7.1	Somatiske indlæggelser	27
7.2	Somatiske ambulante hospitalsbesøg	33
7.3	Somatiske skadestuebesøg	39
7.4	Psykiatriske indlæggelser	45
7.5	Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg	48
7.6	Psykiatriske skadestuebesøg	51
8	Ændring over tid	54
8.1	Dødelighed	54
8.2	Kontakter til alment praktiserende læger	55
8.3	Somatiske indlæggelser	56

8.4 Psykiatriske indlæggelser 57

8.5 Konklusion af ændring over tid 58

9 Diskussion 59

9.1 Tidligere rapporter om socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet gennemført af Statens Institut for Folkesundhed 59

9.2 Socialt udsattes dødelighed 60

9.3 Socialt udsattes brug af primærsektoren 60

9.4 Socialt udsattes brug af sekundærsektoren 61

10 Referencer 63

1 Sammenfatning

Denne rapport beskriver socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet sammenlignet med den øvrige danske befolkning. Rapporten er baseret på analyser af offentlige danske registre om dødelighed, sygesikringsydelse og kontakter til offentlige og private sygehuse i Danmark i perioden 2007-2015.

Socialt udsathed er et flydende begreb, som ikke er let at definere eller måle. I denne rapport defineres socialt udsatte som brugere af herberger, væresteder, varmestuer og lignende sociale tilbud. I undersøgelsen indgår i alt 1.957 socialt udsatte personer, som deltog i spørgeskemabaserede undersøgelser af socialt udsattes sundhed, sygelighed og trivsel gennemført i henholdsvis 2007 og 2012 af Statens Institut for Folkesundhed for Rådet for Socialt Udsatte. Gruppen af socialt udsatte sammenlignes i denne rapport med 28.663 personer, som deltog i de nationalt repræsentative sundheds- og sygelighedsundersøgelser gennemført af Statens Institut for Folkesundhed i henholdsvis 2005 og 2010. Denne population betegnes i rapporten som 'den øvrige befolkning' eller 'sammenligningsgruppen'.

Ud over at sammenligne gruppen af socialt udsatte med den øvrige befolkning opgøres undervejs i rapporten også dødeligheden og brug af sundhedsvæsenet i forhold til forskellige typer af social udsathed, som betegnes 'belastende livsomstændigheder'. Der anvendes en opdeling i fem former for belastende livsomstændigheder: 1) alkoholmisbrug, 2) sindslidelse, 3) hjemløshed, 4) stofmisbrug og 5) fattigdom. Denne opdeling anvendes for at se, om nogle belastende livsomstændigheder er forbundet med større dødelighed og hyppigere brug af sundhedsvæsenet end andre. Herudover beskriver rapporten også dødelighed og brug af sundhedsvæsenet set i forhold til graden af udsathed og hermed det antal af belastende livsomstændigheder, som socialt udsatte lever med. Ved at belyse betydningen af ophobningen af belastende livsomstændigheder tages højde for, at mange socialt udsatte netop lever med flere sociale belastninger.

I første del af rapporten beskrives socialt udsattes dødelighed, middellevetid og dødsårsager i forhold til den øvrige befolkning. I rapportens anden del belyses socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet i forhold til den øvrige befolkning. Dels beskrives socialt udsattes brug af primærsektoren (som for eksempel brug af alment praktiserende læge, speciallæge og tandlæge) og dels socialt udsattes brug af sekundærsektoren (somatiske og psykiatriske hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg). I forhold til sekundærsektoren belyses også, hvilke sygdomsgrupper og specifikke diagnoser, der ligger til grund for kontakten, og hermed hvilke sygdomme og lidelser socialt udsatte typisk lider af.

I det følgende præsenteres rapportens hovedresultater.

1.1 Dødelighed

I perioden 2007-2014 er der i alt 295 dødsfald blandt socialt udsatte mænd og 73 dødsfald blandt socialt udsatte kvinder. Samtidigt er middellevetiden i 2015 på 59 år blandt socialt udsatte mænd, mens den blandt socialt udsatte kvinder er på 65 år. Til sammenligning er middellevetiden i 2015 blandt mænd og kvinder i den øvrige befolkning på henholdsvis 78 år og 82 år. Den forventede middellevetid blandt socialt udsatte mænd er således 19 år kortere end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens den blandt socialt udsatte kvinder er 17 år kortere end blandt kvinder i den øvrige befolkning. Når der ses på socialt

udsatte mænd og kvinder samlet, er middellevetiden 19 år kortere end i den øvrige befolkning. Denne markant kortere levetid hænger formentlig sammen med de forringede levevilkår og den generelt dårlige sundhedstilstand, der ofte karakteriserer socialt udsattes liv og hverdag.

Socialt udsatte har en markant højere dødelighed end den øvrige befolkning. Overdødeligheden blandt socialt udsatte mænd er samlet set på 6,82 i forhold til mænd i den øvrige befolkning, mens den blandt socialt udsatte kvinder er på 8,39 i forhold til kvinder i den øvrige befolkning. Dette betyder, at dødeligheden blandt socialt udsatte mænd næsten er 7 gange større end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens dødeligheden blandt socialt udsatte kvinder er godt 8 gange større end blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Når der ses på overdødeligheden fordelt på aldersgrupper, er der især en høj overdødelighed blandt unge (16-44-årige). Her er overdødeligheden blandt socialt udsatte mænd og kvinder på henholdsvis 16,94 og 18,14. Den høje overdødelighed skyldes, at dødsraten er lav i denne aldersgruppe i den øvrige befolkning sammenlignet med gruppen af socialt udsatte.

Dødsårsagsmønstret blandt socialt udsatte er også markant anderledes end mønstret i den øvrige befolkning. Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd en markant højere risiko for at dø af alkohol- og stofmisbrugsrelaterede årsager, af sygdomme i åndedrætsorganerne samt af øvrige, ikke-naturlige årsager, såsom ulykker og selvmord. Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder en markant højere risiko for at dø som følge af alkoholrelaterede årsager, symptomer og dårligt definerede tilstande, og af øvrige, ikke-naturlige årsager, såsom ulykker og selvmord.

Mange socialt udsatte er desuden udsat for én eller flere belastende livsomstændigheder i form af alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom. Rapporten viser, at jo flere af disse belastende livsomstændigheder socialt udsatte er udsat for, jo højere overdødelighed har de.

1.2 Kontakter til primærsektoren

I perioden 2007-2015 er der samlet set 96.606 og 62.866 kontakter til alment praktiserende læger blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder, hvilket afspejler en relativt begrænset overrisiko for lægekontakter i forhold til den øvrige befolkning. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko på 1,87, mens socialt udsatte kvinder har en overrisiko på 1,89. Dette betyder, at hyppigheden af kontakter til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte mænd og kvinder knap er dobbelt så stor sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Den øgede hyppighed af kontakter til alment praktiserende læge ses i alle aldersgrupper.

Socialt udsatte mænd og kvinder har desuden en overrisiko for kontakter til vagtlæger og psykologer/psykiatere. Hyppigheden for kontakter til vagtlæger er eksempelvis knap fire gange større blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens den er godt fem gange større blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

Socialt udsatte har omvendt en mindre kontakthypighed af øvrige sygesikringsydelser, såsom speciallæge, laboratorieydelser, tandlæge samt terapeuter, sammenlignet med den øvrige befolkning. Dette kan skyldes forskellige barrierer i etableringen af kontakter med diverse speciallæger. For eksempel forudsætter kontakterne i mange tilfælde en henvisning fra egen læge, eller der kan være lange ventetider hos

nogle speciallæger. Socialt udsattes mindre hyppighed af tandlægebesøg sammenlignet med den øvrige befolkning skyldes formodentlig økonomiske barrierer.

Rapporten viser endvidere en mindre stigning i hyppigheden af kontakter til alment praktiserende læger for socialt udsatte, der er udsat for én eller flere belastende livsomstændigheder, sammenlignet med socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastninger.

1.3 Somatiske kontakter til sekundærsektoren

Somatiske kontakter til sekundærsektoren omfatter i denne rapport hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på somatiske afdelinger.

Somatiske indlæggelser

Der er i alt 7.465 og 3.276 somatiske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015. Samlet set er indlæggeshyppigheden blandt socialt udsatte mænd og kvinder omtrent fire gange større end blandt mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Der ses desuden en overrisiko for begge køn i alle aldersgrupper.

Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd og kvinder en overrisiko for somatiske indlæggelser for næsten alle sygdomsgrupper, som særligt er høj for psykiske lidelser. Psykiske lidelser dækker eksempelvis over alkoholberuselse og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer. Blandt socialt udsatte mænd er den somatiske indlæggeshyppighed på grund af psykiske lidelser knap 40 gange større sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, og godt 51 gange større blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Socialt udsatte mænd og kvinder har desuden en markant forøget risiko for somatiske indlæggelser på grund af infektionssygdomme sammenlignet med den øvrige befolkning. For socialt udsatte kvinder er overrisikoen for somatiske indlæggelser endvidere markant forhøjet for sygdomme i hud og underhud i forhold til kvinder i den øvrige befolkning.

Rapporten ser desuden på specifikke sygdomsgrupper (infektionssygdomme, misbrugsrelaterede sygdomme, læsioner og livsstilsrelaterede sygdomme), der vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte. Der ses især en høj overrisiko for somatiske indlæggelser for både socialt udsatte mænd og kvinder på grund af misbrugsrelaterede sygdomme (psykiske lidelser som følge af alkohol- eller stofmisbrug, forgiftninger, sygdomme i lever og sygdomme i bugspytkirtlen). Blandt socialt udsatte mænd ses endvidere en høj overrisiko på grund af visse infektionssygdomme, såsom HIV og viral leverbetændelse. Blandt socialt udsatte kvinder ses desuden en markant overrisiko for indlæggelser på grund af blodforgiftninger sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

For socialt udsatte kvinder stiger overrisikoen for somatiske indlæggelser desuden gradvist, når antallet af belastende livsomstændigheder stiger. For socialt udsatte mænd stiger overrisikoen for somatiske indlæggelser først ved tre eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder.

Somatiske ambulante hospitalsbesøg

Der er i alt 17.248 og 9.644 somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko for somatiske ambu-

lante hospitalsbesøg på 1,60 og kvinder en overrisiko på 1,52 i forhold til henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd og kvinder en høj overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af infektionssygdomme og psykiske lidelser. Psykiske lidelser dækker eksempelvis over alkoholberuselse og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer. Hyppigheden af ambulante hospitalsbesøg på grund af infektionssygdomme er eksempelvis 21 gange større blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, og knap 61 gange større blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. For langt de fleste øvrige sygdomsgrupper ses det, at socialt udsatte har en relativt begrænset, eller slet ingen, overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med den øvrige befolkning. Dette kan skyldes administrative barrierer i form af håndtering af henvisninger, ventetider og fysiske fremmøder samt udfordringer med at følge regelmæssige, ambulante behandlingsforløb.

Når der ses på specifikke sygdomsgrupper (infektionssygdomme, misbrugsrelaterede sygdomme, læsioner og livsstilsrelaterede sygdomme), er der særligt en markant overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte på grund af infektionssygdomme (tuberkulose, viral leverbetændelse og HIV) samt for misbrugsrelaterede sygdomme (psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug, som eksempelvis beruselse).

Ser man på overrisikoen for somatiske ambulante hospitalsbesøg i forhold til antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom) er der en tendens til, at socialt udsatte mænd, som er udsat for én eller flere belastende livsomstændigheder, har en mindre risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg end socialt udsatte mænd, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder. Dette kan skyldes, at det at være udsat for flere belastende livsomstændigheder gør det svært at holde styr på henvisninger og ventetider og svært at følge et regelmæssigt, ambulante behandlingsforløb. Blandt socialt udsatte kvinder ses omvendt en lille overrisiko for ambulante hospitalsbesøg, hvis en person er udsat for én eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke er udsat for nogen belastninger.

Somatiske skadestuebesøg

Der er i alt 6.867 og 2.872 somatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015. Samlet set er hyppigheden af skadestuebesøg blandt socialt udsatte mænd og kvinder 5-6 gange større sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Generelt ses en overrisiko for skadestuebesøg blandt socialt udsatte i alle aldersgrupper sammenlignet med den øvrige befolkning.

Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd og kvinder en høj overrisiko for somatiske skadestuebesøg på grund af psykiske lidelser, infektionssygdomme og for sygdomme i hud og underhud. Psykiske lidelser dækker eksempelvis over alkoholberuselse og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer. Hyppigheden af skadestuebesøg på grund af psykiske lidelser er godt 54 gange større blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens den er godt 38 gange større blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

Når der ses på specifikke sygdomsgrupper (misbrugsrelaterede sygdomme, læsioner og livsstilsrelaterede sygdomme), er der særligt en markant overrisiko for somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte på

grund af misbrugsrelaterede sygdomme (psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug, som eksempelvis beruselse, og forgiftninger).

Rapporten viser endvidere en overordnet tendens til, at overrisikoen for somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte stiger, når antallet af belastende livsomstændigheder stiger.

1.4 Psykiatriske kontakter til sekundærsektoren

Psykiatriske kontakter til sekundærsektoren omfatter i denne rapport hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på psykiatriske afdelinger.

Psykiatriske indlæggelser

Der er i alt 1.439 og 590 psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015. Samlet set er den psykiatriske indlæggelseshyppighed blandt socialt udsatte mænd 28 gange større end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens den er godt 23 gange større blandt socialt udsatte kvinder end blandt kvinder i den øvrige befolkning. Der er endvidere en markant overrisiko for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte i alle aldersgrupper.

Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd og kvinder en markant høj overrisiko for psykiatriske indlæggelser for sygdomsgrupperne alkoholmisbrug, stofmisbrug og skizofreni/psykose. For eksempel er den psykiatriske indlæggelseshyppighed på grund af stof- og alkoholmisbrug blandt socialt udsatte mænd henholdsvis 100 gange større og 70 gange større sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Blandt socialt udsatte kvinder er den psykiatriske indlæggelseshyppighed på grund af stof- og alkoholmisbrug henholdsvis 105 gange større og 153 gange større sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Dette indikerer en ekstrem overhyppighed af psykiatriske indlæggelser sammenlignet med indlæggelseshyppigheden i den øvrige befolkning.

Rapporten viser desuden, at overrisikoen for psykiatriske indlæggelser stiger, når antallet af belastende livsomstændigheder stiger. Denne tendens ses for begge køn.

Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg

Der er i alt 10.063 og 7.914 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015. Samlet set er hyppigheden for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte godt 11 gange større end blandt den øvrige befolkning. Der er endvidere en markant overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte i alle aldersgrupper.

Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd og kvinder en markant høj overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg for sygdomsgrupperne alkoholmisbrug, stofmisbrug, skizofreni/psykose og angst. For eksempel er hyppigheden af psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af alkoholmisbrug blandt socialt udsatte mænd 42 gange større end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens den blandt socialt udsatte kvinder er 56 gange større end blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Betragtes psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i forhold til antallet af belastende livsomstændigheder ses det overordnet, at socialt udsatte mænd og kvinder, der er udsat for én eller flere belastende livsomstændigheder, har en betydelig overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i forhold til socialt udsatte mænd og kvinder, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder.

Psykiatriske skadestuebesøg

Der er i alt 1.935 og 914 psykiatriske skadestuebesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015. Samlet set er hyppigheden af psykiatriske skadestuebesøg blandt socialt udsatte mænd 36 gange større end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens den blandt socialt udsatte kvinder er 34 gange større end blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd og kvinder en markant høj overrisiko for psykiatriske skadestuebesøg for sygdomsgrupperne alkoholmisbrug, stofmisbrug, skizofreni/psykose og angst. Blandt socialt udsatte mænd er hyppigheden af psykiatriske skadestuebesøg på grund af alkoholmisbrug eksempelvis 70 gange større end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens den blandt socialt udsatte kvinder er 184 gange større end blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Betragtes psykiatriske skadestuebesøg i forhold til antallet af belastende livsomstændigheder, ses det for socialt udsatte mænd, at overrisikoen stiger, når antallet af belastende livsomstændigheder stiger. Blandt socialt udsatte kvinder ses en lille overrisiko for psykiatriske skadestuebesøg ved én eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke er udsat for nogen belastninger.

2 Baggrund

I denne undersøgelse belyses socialt udsatte borgeres dødelighed og brug af sundhedsvæsenet i perioden fra 2007 til 2015. Formålet med undersøgelsen er:

- at beskrive socialt udsattes dødelighed og sammenligne socialt udsattes dødelighed, middellevetid og dødsårsagsmønster med den øvrige danske befolkning.
- at belyse socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet, og foretage en sammenligning med den øvrige danske befolkning. Rapporten belyser dels brug af primærsektoren (som for eksempel brug af praktiserende læge, speciallæge og tandlæge) og dels brug af sekundærsektoren (somatiske og psykiatriske hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg). I forhold til sekundærsektoren belyses endvidere, hvilke sygdomsgrupper og specifikke diagnoser, der ligger til grund for kontakten, og hermed hvilke sygdomme og lidelser socialt udsatte typisk lider af.

Hvad vil det sige at være socialt udsat?

Social udsathed er et flydende begreb, som ikke er let at definere eller måle. Betegnelsen dækker over mange forskellige livssituationer og sociale problemer og rummer forskellige grader af social udsathed: mennesker, som er i risiko for at blive udsatte; mennesker, som er udsatte, og mennesker, som er socialt udstødte eller ekskluderede (1). Rådet for Socialt Udsatte betegner social udsathed som dét

”at være udsat for samfundsmæssig stigmatisering, diskrimination, uforståenhed og i visse tilfælde foragt. Det vil sige, at man lever et liv, som gennemsnittet ikke forstår, og som ikke hører ind under gennemsnittets karakteristik af et godt liv” (1).

Mere konkret kan socialt udsatte beskrives som mennesker, der på grund af stofmisbrug, alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, fattigdom, prostitution eller andre alvorlige, sociale problemer befinder sig i samfundets margin. En sådan konkretisering kan dog være problematisk, idet ikke alle mennesker med fx misbrugsproblemer er socialt udsatte. Centralt for forståelsen af social udsathed er, at det handler om en ophobning af dårlige levekår og mangel på deltagelse på en række centrale områder i samfundet: fx økonomisk fattigdom, eksklusion fra arbejdsmarkedet, dårlige boligforhold, dårlig sundhed, manglende faglig eller politisk deltagelse, få sociale aktiviteter og få fritidsaktiviteter (2).

I denne undersøgelse dækker betegnelsen 'socialt udsatte' bredt brugere af herberger, forsorgshjem, væresteder, varmestuer, natcaféer, institutioner, botilbud og andre sociale tilbud. CPR-informationer om undersøgelsens deltagere er indhentet via to spørgeskemabaserede sundheds- og sygelighedsundersøgelser i henholdsvis 2007 og 2012 (3, 4). Disse spørgeskemaundersøgelser var målrettet socialt udsatte brugere af herberger, væresteder og andre sociale tilbud, og ønsket var at nå bredt ud og dermed indhente spørgeskemabesvarelser fra mennesker, som befinder sig forskellige steder på 'udsatte-spektret'; fra at være i risikozonen for at blive socialt udsat til at være socialt ekskluderet. Respondenterne dækker dermed nogle af landets socialt udsatte, men dog langt fra alle.

Rådet for Socialt Udsatte fungerer som talerør for hjemløse, alkohol- og stofmisbrugere, sindslidende, prostituerede og andre socialt udsatte (5). I denne rapport beskrives dødeligheden og brug af sundhedsvæsenet for nogle af disse forskellige grupperinger af social udsathed, som i det følgende benævnes som forskellige belastende livsomstændigheder. Denne rapport anvender en opdeling i fem former for belastende livsomstændigheder: 1) alkoholmisbrug, 2) sindslidelse, 3) hjemløshed, 4) stofmisbrug og 5) fattigdom. Denne inddeling anvendes med henblik på at identificere, om nogle belastende livsomstændigheder er forbundet med større dødelighed og hyppigere brug af sundhedsvæsenet end andre. Det er dog vigtigt at understrege, at denne inddeling udgør en endimensionel kategorisering af socialt udsatte mennesker, der forsimples den komplekse livssituation, som kendetegner mange socialt udsattes liv.

Samtidig beskriver rapporten også dødelighed og brug af sundhedsvæsenet set i forhold til graden af udsathed. I disse analyser opgøres udsathed i forhold til det antal af belastende livsomstændigheder, som socialt udsatte lever med. Ved at belyse betydningen af ophobningen af belastende livsomstændigheder tages der højde for, at mange socialt udsatte netop lever med flere sociale belastninger.

3 Datakilder

Dette afsnit indeholder en oversigt over de datakilder, som er anvendt i rapporten. Til opgørelserne anvendes både spørgeskemadata og registerdata, som sammenkobles via krypterede CPR-numre fra Det Centrale Personregister.

3.1 Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne for socialt udsatte

Statens Institut for Folkesundhed har i 2007 og 2012 gennemført undersøgelser af socialt udsattes sundhed og sygelighed i samarbejde med Rådet for Socialt Udsatte (SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012) (3, 4). Respondenterne blev fundet ved at udsende spørgeskemaer til væresteder, herberger, forsorghjem, permanente botilbud og andre sociale tilbud fordelt over hele Danmark. Formålet med undersøgelserne har været at beskrive sundheds- og sygelighedstilstanden blandt socialt udsatte og sammenligne denne med den øvrige danske befolkning. De indsamlede oplysninger er delvist informationer, der ikke findes i de nationale, administrative registre inden for sundhedsvæsenet og det sociale område.

Ved begge undersøgelser var det frivilligt for deltagerne, om de ville opgive deres CPR-nummer. Ved undersøgelsen i 2007 modtog Statens Institut for Folkesundhed 1.290 besvarelser. Heraf var der 1.041 besvarelser fra personer med et gyldigt CPR-nummer. I 2012 modtog Statens Institut for Folkesundhed 1.176 besvarelser, hvoraf 916 kom fra personer med gyldigt CPR-nummer. Kun personer med gyldigt CPR-nummer indgår i denne rapport. Endeligt er det ikke muligt at beregne en besvarelsesprocent for SUSY UDSAT-undersøgelserne, da dataindsamlingen er foregået ved at udsende fysiske spørgeskemaer til herberger og lignende.

3.2 Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne

Statens Institut for Folkesundhed har siden 1987 regelmæssigt gennemført repræsentative undersøgelser af voksne danskeres sundhed og sygelighed (6), de såkaldte SUSY-undersøgelser. Ved disse indsamles data til brug for statslig og regional planlægning samt til brug for forskning. Der indsamles data om befolkningens sundhed og sygelighed og om forhold af betydning herfor, som for eksempel livsstil, sociale forhold og levevilkår. Dette er informationer, der ikke findes i de nationale, administrative registre inden for sundhedsvæsenet og det sociale område.

I denne rapport bruges Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005) som sammenligningsgruppe SUSY UDSAT 2007 og SUSY-2010 som sammenligningsgruppe for SUSY UDSAT 2012. I tabel 3.1 ses antallet af besvarelser samt besvarelsesprocenterne for SUSY-2005 og SUSY-2010.

Tabel 3.1 Antal besvarelser og besvarelsesprocenter i Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne 2005 og 2010

Årstal	Antal besvarelser	Besvarelsesprocent
2005	14.566	67
2010	15.165	61

3.3 Det Centrale Personregister

Alle personer med bopæl i Danmark får tildelt et entydigt personnummer (CPR-nummer), som fremgår af Det Centrale Personregister. Registeret indeholder oplysninger om ind- og udvandring og eventuel dødsdato (7). CPR-numrene anvendes i denne undersøgelse ved kobling mellem de forskellige registre.

3.4 Dødsårsagsregisteret

Dødsårsagsregisteret rummer alle dødsfald i Danmark siden 1970. Der er for hvert dødsfald angivet CPR-nummer, dødsdato, en tilgrundliggende dødsårsag og eventuelt medvirkende dødsårsager. I denne rapport anvendes udelukkende tilgrundliggende dødsårsager (8).

3.5 Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder registrering af alle ydelser fra praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, psykologer, fysioterapeuter med flere. Registeret omfatter udelukkende ydelser, der afregnes gennem Den Offentlige Sygesikring. Det er kun visse af sygesikringens ydelser, der indebærer kontakt mellem den sikrede og yderen; kontakter er typisk ydelser som konsultationer, undersøgelser og lignende, mens for eksempel en laboratorieundersøgelse ikke er en kontakt (9). Registeret blev etableret i 1990.

3.6 Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om kontakter til både offentlige og private sygehuse i Danmark. Det gælder somatiske og psykiatriske indlæggelser, ambulante besøg og skadestuebesøg. Registeret indeholder blandt andet oplysninger om sygehus og afdeling, indlæggelses- og udskrivningsdato, diagnoser, operationer og bopælskommune (10). Registeret blev etableret i 1977.

4 Metode

I dette kapitel beskrives rapportens metode til opgørelsen af socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet.

4.1 Population

Tabel 4.1 viser køns- og aldersfordelingen i populationen af socialt udsatte fra SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012. I alt er der 1.957 socialt udsatte mænd og kvinder i alderen 16-79 år. Det fremgår, at der er en mindre andel kvinder end mænd i alle aldersgrupperne, og at kvinder samlet set udgør knap en tredjedel af den samlede population (28,9 %). Blandt socialt udsatte mænd er der flest i aldersgruppen 45-54 år, mens der blandt socialt udsatte kvinder er flest i aldersgrupperne 16-34 år og 45-54 år. Samlet set er der flest socialt udsatte i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år.

Tabel 4.1 Køns- og aldersfordeling blandt socialt udsatte

	Mænd	Kvinder	I alt	Fordeling (%)	Andel kvinder (%)
16-34 år	230	162	392	20,0	41,3
35-44 år	378	151	529	27,0	28,5
45-54 år	470	162	632	32,3	25,6
55-79 år	313	91	404	20,6	22,5
I alt	1.391	566	1.957	100,0	28,9

Tabel 4.2 viser køns- og aldersfordelingen i sammenligningspopulationen af personer, der deltog i SUSY-2005 og SUSY-2010. I det følgende betegnes denne population som enten 'den øvrige befolkning' eller som 'sammenligningspopulationen'. Det ses, at kønsfordelingen for alle aldersgrupperne er nogenlunde ens. Der ses dog en mindre overvægt af kvinder, som samlet set udgør 52,5 % af populationen. Fordelingen mellem aldersgrupperne viser endvidere, at der er flest personer i aldersgruppen 55-79 år og færrest i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år.

Tabel 4.2 Køns- og aldersfordeling blandt sammenligningspopulationen

	Mænd	Kvinder	I alt	Fordeling (%)	Andel kvinder (%)
16-34 år	2.957	3.390	6.347	22,1	53,4
35-44 år	2.475	2.864	5.339	18,6	53,6
45-54 år	2.715	2.927	5.642	19,7	51,9
55-79 år	5.470	5.865	11.335	39,5	51,7
I alt	13.617	15.046	28.663	100,0	52,5

Det fremgår af tabel 4.1 og tabel 4.2, at køns- og aldersfordelingen i de to populationer er meget forskellig.

I denne rapport opgøres socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet i forhold til forskellige typer af belastende livsomstændigheder: alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom. Definitionen af disse er som følger:

- Alkoholmisbrug: Personer, der har angivet, at de drikker alkohol hver dag eller næsten hver dag, og som samtidig har angivet, at de sidste gang, de drak, drak mere end fem genstande.
- Sindslidelse: Personer, der har angivet, at de har en sindslidelse, lider af kronisk angst eller depression eller har anden psykisk lidelse eller dårlige nerver.
- Hjemløshed: Personer, der har angivet, at de den sidste måned har boet enten på herberg, pensionat eller forsorgshjem, eller som har boet på gaden eller ingen bolig har haft den sidste måned.
- Stofmisbrug: Personer, der har angivet, at de inden for den sidste måned har indtaget amfetamin, kokain, LSD, heroin eller andre stoffer eller illegalt har indtaget metadon, subutex, rohypnol eller ketogan.
- Fattigdom: Personer, der har angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd.

Tabel 4.3 viser fordelingen af socialt udsatte på køn, alder og de ovenfor belastende livsomstændigheder baseret på SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012. Grupperingerne af de belastende livsomstændigheder er ikke gensidigt udelukkende, hvilket betyder, at en person kan indgå i flere grupper samtidigt. Det fremgår, at den hyppigste belastende livsomstændighed for begge køn er sindslidelse. Blandt socialt udsatte mænd er hjemløshed samt alkohol- og stofmisbrug også hyppigt forekommende, mens stofmisbrug er hyppigt forekommende blandt kvinderne.

Tabel 4.3 Socialt udsatte fordelt efter køn, alder og belastende livsomstændigheder

	Hele populationen	Alkohol- misbrug	Sindslidelse	Hjemløshed	Stof- misbrug	Fattigdom
I alt	1.957	420	1.011	598	561	265
Mænd	1.391	367	649	494	383	188
Kvinder	566	53	362	104	178	77
16-34 år	392	51	223	120	147	84
35-44 år	529	122	296	172	209	90
45-54 år	632	165	336	202	164	68
55-79 år	404	82	156	104	41	23

Endvidere grupperes de socialt udsatte efter graden af udsathed defineret ud fra antallet af belastende livsomstændigheder. Grupperne er som følgende:

- Ingen belastende livsomstændigheder
- En belastende livsomstændighed
- To belastende livsomstændigheder
- Tre eller flere belastende livsomstændigheder

Gruppen 'Ingen belastende livsomstændigheder' er en restgruppe, som ikke har angivet nogle af de nævnte former for belastende livsomstændigheder.

I tabel 4.4 ses fordelingen af socialt udsatte efter antallet af belastende livsomstændigheder baseret på SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012. For begge køn ses det, at størstedelen er udsat for én belastende livsomstændighed, mens færrest er udsat for ingen eller mindst tre belastninger.

Tabel 4.4 Socialt udsatte fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder

	Mænd	Kvinder
Ingen	251	109
1	529	230
2	357	159
3 eller flere	254	68

4.2 Opgørelse af dødelighed og brug af sundhedsvæsenet

I denne rapport er alle opgørelser lavet separat for mænd og kvinder i alderen 16-79 år, med undtagelse af opgørelse af middellevetiden, hvor alle personer i alle aldre indgår.

Som nævnt indledningsvist er formålet med rapporten, at a) beskrive socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet, og b) sammenligne socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet med den øvrige danske befolkning.

For at få et mål for dødelighed og brug af sundhedsvæsenet kobles oplysningerne for socialt udsatte og deres sammenligningsgruppe via CPR-nummeret til de registre, der er nævnt i kapitel 3. For hver person tælles antal begivenheder (som for eksempel dødsfald, indlæggelser, kontakter til alment praktiserende læger) i tidsperioden fra personens første deltagelse i undersøgelsen og så langt frem, som der er oplysninger i de anvendte registre. For Dødsårsagsregisteret er dette til og med den 31. december 2014 og for de øvrige registre til og med den 31. december 2015. For eksempel kan man for socialt udsatte opgøre det samlede antal indlæggelser i perioden fra den 1. januar 2007 til den 31. december 2015, mens det samlede antal dødsfald, inklusiv den tilgrundliggende diagnose, kan opgøres for perioden 1. januar 2007 til 31. december 2014. Ud over antallet af begivenheder opgøres også tiden, personerne kan følges i. For socialt udsatte personer fra SUSY UDSAT 2012, som ikke er døde, er denne tid typisk tre år. Hvis personen er død, er det den tidsmæssige afstand fra den 1. januar 2012 og indtil dødsdatoen, som opgøres.

For at få et mål, der både afspejler antal begivenheder og den samlede opfølgningstid, bruges raten. Raten udregnes som $1.000 * (\text{antal begivenheder}) / (\text{samlet risikotid})$ og fortolkes som antal begivenheder per 1000 personer per år.

For at beskrive dødeligheden og brug af sundhedsvæsenet internt i gruppen af socialt udsatte ses dels på raten og dels på forholdet mellem raterne i to grupper, hvilket betegnes en rate-ratio. De to grupper kan eksempelvis være personer med og uden en sindslidelse eller personer med og uden et stofmisbrug.

For at sammenligne dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte med den øvrige danske befolkning sammenlignes raten blandt socialt udsatte med raten i sammenligningsgruppen (SUSY-2005 og SUSY-2010). Dette gøres ligeledes ved hjælp af en rate-ratio.

I denne rapport benyttes betegnelsen 'relativ risiko' eller 'RR' for rate-ratio. Er den relative risiko større end én, har den betragtede gruppe en større risiko (rate) end sammenligningsgruppen, der sammenlignes med. Er den relative risiko netop én, har grupperne samme risiko, og er den relative risiko mindre end én, har den aktuelle gruppe end mindre risiko end sammenligningsgruppen.

Middellevetid

I beregningen af middellevetiden blandt socialt udsatte personer indgår to faktorer:

- Overdødeligheden blandt socialt udsatte
- Dødeligheden i den øvrige befolkning

Overdødeligheden er et udtryk for forholdet mellem dødsraten blandt socialt udsatte personer og dødsraten i den øvrige befolkning (rate-ratio). Der kan være mange faktorer som påvirker overdødeligheden, som eksempelvis alder, køn, livsstil eller sociale forhold. Derfor beregnes overdødeligheden både kønsopdelt og inden for 5-års aldersgrupper.

For at beregne middellevetiden i 2015 blandt socialt udsatte ganges køns- og aldersspecifikke dødsrater for den øvrige befolkning i 2015 med tilsvarende køns- og aldersspecifikke overdødeligheder blandt socialt udsatte personer. Der anvendes følgende køns- og aldersspecifikke overdødeligheder for 2015.

Tabel 4.5 Overdødelighed (RR) blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder. 2015

	Mænd	Kvinder
0-19 år	1	1
20-24 år	9	9
25-29 år	15	22
30-34 år	20	35
35-39 år	13	13
40-44 år	13	13
45-49 år	10	11
50-54 år	7	7
55-59 år	5	5
60-64 år	3	5
65-69 år	3	3
70-74 år	3	3
75-79 år	3	3
80+ år	1	1

4.3 Statistisk model

Som det fremgår af tabel 4.1 og tabel 4.2 er aldersfordelingen blandt socialt udsatte og personer i sammenligningspopulationen meget forskellig. Da alder har stor betydning for dødelighed og brug af sundhedsvæsenet, er det ved sammenligning derfor vigtigt at tage hensyn til denne aldersforskel. Der anvendes derfor en statistisk model, som netop tager højde for disse forskelle.

Som det vil fremgå af de efterfølgende afsnit, er raten for de forskellige begivenheder meget forskellig. For at opstille en model, der kan beskrive de forskellige begivenheder og give et godt skøn over usikkerheden på rate-ratioen, bruges følgende fremgangsmåde: Den samlede opfølgningstid for hver person opdeles i intervaller af en længde på ét år. Har personen en opfølgningstid på for eksempel 2,4 år, betragtes intervallerne 0-1 år, 1-2 år og 2-3 år. Inden for hvert interval tælles antallet af begivenheder, som herefter analyseres i en Poisson-model med korrelerede data. Som forklarende variable anvendes 'gruppen', alder, 'undersøgelse' og tidsinterval. 'Gruppen' betegner enten en af de fem belastende livsomstændigheder blandt socialt udsatte (for eksempel hjemløshed ja/nej), antal belastende livsomstændigheder (0, 1, 2, ≥ 3) eller socialt udsathed (ja/nej). 'Undersøgelse' betegner undersøgelsesnummer, hvor SUSY UDSAT 2007 og SUSY-2005 betragtes som den første undersøgelse, og SUSY UDSAT 2012 og SUSY-2010 betragtes som den anden undersøgelse. Grupperne, der er markeret med understregning, betegner sammenligningsgrupperne, hvor den relative risiko netop er én.

Ud fra den ovenfor beskrevne model er det muligt at estimere den relative risiko samt et 95 % konfidensinterval (95 % CI), som er tilknyttet de relative risici. Fortolkningen af dette interval er, at gentages undersøgelsen mange gange, vil konfidensintervallet i 95 % af tilfældene omfatte den rigtige relative risiko.

Som tidligere nævnt defineres begivenheder ud fra eksempelvis antallet af dødsfald og kontakter til alment praktiserende læger. I visse tilfælde er der kun få begivenheder, hvilket betyder, at den relative risiko ikke kan estimeres på en statistisk meningsfuld måde. I disse tilfælde afrapporteres den relative risiko ikke. Dette markeres med et '-' i tabellerne.

4.4 Definition af dødsårsager, sygesikrings sygdomme samt somatiske og psykiatriske sygdomsgrupper

Dødeligheden opgøres dels ud fra CPR-registeret og dels ud fra Dødsårsagsregisteret. Dødsårsagerne grupperes på baggrund af den tilgrundliggende dødsårsag efter ICD-10 diagnosekoderne vist i tabel 4.6.

Tabel 4.6 Diagnoser til opgørelse af dødelighed

Dødsårsager	ICD-10 kode
Infektionssygdomme	A00-B99
Kræft	C00-C97
Kredsløbssygdomme	I00-I99
Sygdomme i åndedrætsorganer	J00-J97
Alkoholmisbrugsrelaterede	F10, K70, K73-K74, K85-K86, X45, X65, Y15
Stofmisbrugsrelaterede	F11-F19, X40-X44, X60-X64, Y10-Y14
Symptomer og dårligt definerede tilstande	R00-R99
Øvrige naturlige årsager ¹	Resten af A00-R99
Øvrige ikke-naturlige årsager ²	Resten af V01-Y89

1 Fx nervesygdomme, muskel- og skeletsygdomme

2 Ulykker, selvmord og drab

Kontakter til primærsektoren identificeres i Sygesikringsregisteret og indeholder kontakter til alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger, terapeuter samt psykologer/psykiatere. Sygesikringsydelseerne defineres ud fra specialekoderne i tabel 4.7.

Tabel 4.7 Specialekoder til opgørelse af sygesikringsydelse

Sygesikringsydelse	Specialekode
Alment praktiserende læge	80
Vagtlæge	81-84, 89
Speciallæge	1-23, 25, 27-34, 36-41
Laboratorie	42-49
Tandlæge	50
Terapeuter	51-62, 64-65
Psykolog/psykiater	24, 26, 35, 63

Somatiske kontakter til sekundærsektoren (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg) opgøres ud fra Landspatientregisteret. De somatiske kontakter opgøres på baggrund af ICD-10 diagnosekoderne A00-Z99. Der laves yderligere opgørelser af de somatiske kontakter grupperet efter sygdomsgrupperne vist i tabel 4.8 nedenfor. Alle grupperinger sker på baggrund af aktionsdiagnosen.

Tabel 4.8 Diagnoser til opgørelse af somatiske kontakter til sekundærsektoren fordelt efter sygdomsgrupper

Sygdomsgruppe	ICD-10 kode
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-H99
Sygdomme i kredsløbsorganer	I00-I99
Sygdomme i åndedrætsorganer	J00-J99
Sygdomme i fordøjelsesorganer	K00-K99
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-P99
Medfødte misdannelser	Q00-Q99
Symptomer og dårligt definerede tilstande	R00-R99
Læsioner, forgiftning	S00-T99
Andre faktorer	Z00-Z99

Analyserne af de somatiske kontakter til sekundærsektoren opgøres yderligere ud fra en række specifikke sygdomsgrupper, der vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte. De specifikke somatiske sygdomsgrupper er defineret ud fra ICD-10 diagnosekoderne i tabel 4.9.

Tabel 4.9 Diagnoser til opgørelse af somatiske kontakter til sekundærsektoren fordelt efter specifikke sygdomsgrupper

Specifik sygdomsgruppe	ICD-10 kode
Infektionssygdomme	
Tuberkulose	A15-A19
Blodforgiftning	A40-A41
Viral leverbetændelse	B15-B19
HIV	B20-B24
Misbrugsrelaterede tilstande	
Psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug	F10
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

Psykiatriske kontakter til sekundærsektoren (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg) opgøres ud fra den psykiatriske del af Landspatientregisteret. De psykiatriske kontakter opgøres på baggrund af ICD-10 diagnosekoderne F00-F99. Der laves yderligere analyser af specifikke psykiatriske sygdomsgrupper, som vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte. De specifikke sygdomsgrupper er vist i tabel 4.10 nedenfor. Grupperingen foretages på baggrund af aktionsdiagnosen.

Tabel 4.10 Diagnoser til opgørelse af psykiatriske kontakter til sekundærsektoren fordelt efter sygdomsgrupper

Sygdomsgruppe	ICD-10 kode
Alkoholmisbrug	F10
Stofmisbrug	F11-F19
Skizofreni/psykose	F20-F29.9
Depression	F32-F33
Angst	F40-F44

5 Dødelighed

I dette kapitel belyses middellevetiden og dødeligheden blandt socialt udsatte, hvor der også foretages en sammenligning med den øvrige befolkning.

5.1 Middellevetid

Middellevetiden er et udtryk for den levetid, som en nyfødt forventes at leve. I 2015 er middellevetiden blandt socialt udsatte mænd på 59 år, mens den er på 78 år blandt mænd i den øvrige befolkning. Tilsvarende er middellevetiden blandt socialt udsatte kvinder på 65 år, mens den er på 82 år blandt kvinder i den øvrige befolkning. Dette betyder, at socialt udsatte mænd og kvinders forventede levetid gennemsnitligt er henholdsvis 19 og 17 år kortere end den forventede levetid blandt mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

5.2 Dødelighed

Tabel 5.1 viser antallet af dødsfald og dødsraten blandt socialt udsatte i perioden 2007-2014 samt overdødeligheden (RR) i forhold til den øvrige befolkning. I alt var der 295 dødsfald blandt socialt udsatte mænd og 73 dødsfald blandt socialt udsatte kvinder. For begge køn ses størstedelen af dødsfaldene i aldersgruppen 45-54 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for at dø. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes dødsrater per 1.000 personer per år. Det ses, at dødsraten stiger med alderen for både socialt udsatte mænd og kvinder. De relative risici (RR) belyser overdødeligheden blandt socialt udsatte personer i forhold til den øvrige befolkning, hvor der ses en betydelig overdødelighed for begge køn i alle aldersgrupper. Overdødeligheden er især høj blandt de 16-44-årige, hvilket er et udtryk for, at dødeligheden blandt de 16-44-årige i den øvrige befolkning er markant lavere end for socialt udsatte. Samlet ses en overdødelighed på henholdsvis 6,82 og 8,39 blandt mænd og kvinder i forhold til den øvrige befolkning. Dette betyder, at dødeligheden blandt socialt udsatte mænd næsten er syv gange større end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens dødeligheden er godt otte gange større blandt socialt udsatte kvinder end blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 5.1 Dødsfald blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder. 2007-2014

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
16-44 år	75	20	16,94	(11,08-25,88)	27	14	18,14	(10,49-31,36)
45-54 år	123	46	8,78	(6,71-11,47)	30	32	9,44	(6,14-14,51)
55-79 år	97	61	4,50	(3,60-5,62)	16	33	4,33	(2,68-7,00)
I alt	295	37	6,82	(5,91-7,87)	73	22	8,39	(6,43-10,94)

Tabel 5.2 viser dødeligheden blandt socialt udsatte fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan være udsat for flere belastende livsomstændigheder, kan personen indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal dødsfald i tabel 5.2 svarer derfor ikke til det samlede antal dødsfald i tabel 5.1.

For at tage højde for gruppernes forskellige størrelse anvendes dødsrater per 1.000 personer per år til at belyse dødeligheden. Til beregningen af overdødeligheden (RR) i tabel 5.2 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholmisbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholmisbrug.

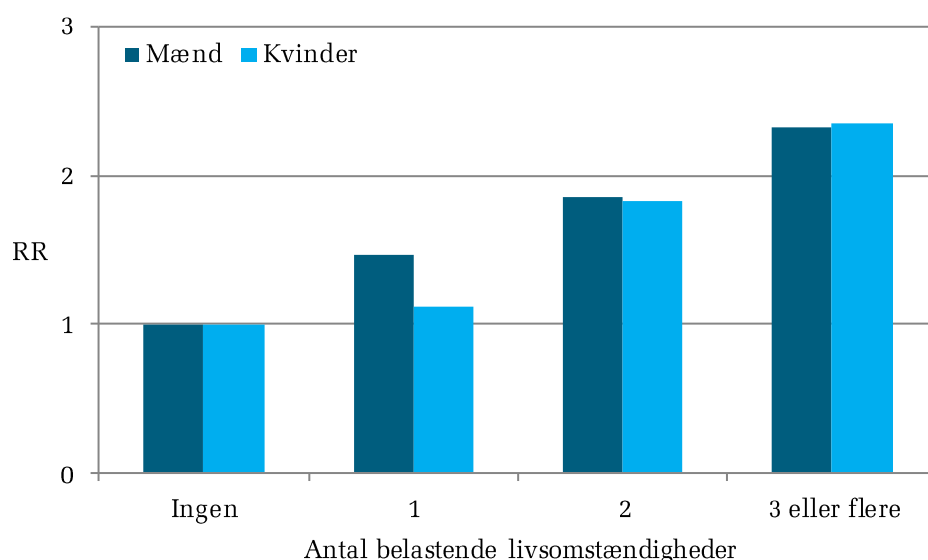
Det fremgår, at dødsraten blandt socialt udsatte mænd og kvinder er størst blandt personer med et alkoholmisbrug. Generelt ses en overdødelighed (RR) i de fleste grupper af belastende livsomstændigheder.

Tabel 5.2 Dødsfald blandt socialt udsatte fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2014

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	121	58	1,90	(1,52-2,39)	11	34	1,63	(0,87-3,06)
Sindslidelse	143	40	1,36	(1,08-1,72)	49	23	1,24	(0,76-2,00)
Hjemløshed	101	37	1,10	(0,87-1,38)	13	21	1,11	(0,59-2,08)
Stofmisbrug	74	33	1,14	(0,87-1,50)	30	27	2,00	(1,23-3,23)
Fattigdom	32	29	1,00	(0,69-1,47)	11	24	1,47	(0,79-2,74)

Figur 5.1 viser overdødeligheden blandt socialt udsatte fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder. Det fremgår, at overdødeligheden for både socialt udsatte mænd og kvinder gradvist stiger med antallet af belastende livsomstændigheder. Ved tre eller flere belastende livsomstændigheder er overdødeligheden på 2,30 for socialt udsatte mænd og kvinder sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder, der ikke er udsat for nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder.

Figur 5.1 Overdødelighed (RR) blandt socialt udsatte fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2014



Tabel 5.3 viser dødeligheden blandt socialt udsatte fordelt efter dødsårsager, hvor overdødeligheden (RR) er beregnet i forhold til den øvrige befolkning. For både socialt udsatte mænd og kvinder ses, at en betydelig del af dødsfaldene er misbrugsrelaterede. I perioden 2007-2014 er 70 mænd og 7 kvinder døde af alkoholrelaterede årsager, og 42 mænd og 11 kvinder er døde af stofmisbrugsrelaterede årsager. Blandt socialt udsatte mænd ses endvidere en markant overdødelighed som følge af stofmisbrugsrelaterede årsager (RR = 97,71) og alkoholrelaterede årsager (RR = 24,37) i forhold til mænd i den øvrige befolkning. Blandt socialt udsatte kvinder er overdødeligheden særligt høj for alkoholrelaterede dødsfald (RR = 30,20) i forhold til kvinder i den øvrige befolkning. For flere af dødsårsagerne har det ikke været muligt at beregne overdødeligheden.

Tabel 5.3 Dødsfald blandt socialt udsatte fordelt efter køn og dødsårsag, 2007-2014

	Mænd			Kvinder		
	Antal	RR	95% CI	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme	9	-	-	7	-	-
Kræft	36	2,92	(2,00-4,25)	8	2,10	(1,03-4,29)
Kredsløbssygdomme	33	4,46	(3,01-6,60)	4	5,05	(1,77-14,37)
Sygdomme i åndedrætsorganer	13	9,36	(5,05-17,34)	4	-	-
Alkoholmisbrugsrelaterede	70	24,37	(16,58-35,81)	7	30,20	(9,80-93,02)
Stofmisbrugsrelaterede	42	97,71	(39,82-239,79)	11	-	-
Sympt. og dårligt definerede tilstande	12	6,55	(3,14-13,64)	9	27,82	(13,56-57,05)
Øvrige naturlige årsager ¹	23	5,53	(3,46-8,83)	4	4,87	(1,71-13,86)
Øvrige ikke-naturlige årsager ²	23	9,32	(5,17-16,77)	3	9,06	(2,55-32,12)

1 Fx nervesygdomme, muskel- og skeletsygdomme

2 Ulykker, selvmord og drab

6 Kontakter til primærsektoren

I dette kapitel belyses socialt udsattes brug af primærsektoren i forhold til den øvrige befolkning. Primærsektoren omfatter i denne rapport følgende lægefaglige specialer: alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger, terapeuter og psykiatere/psykologer. Afsnit 6.1 omhandler udelukkende kontakter til alment praktiserende læger, mens afsnit 0 også belyser kontakter til de øvrige, lægefaglige specialer.

6.1 Kontakt til alment praktiserende læger

Der er i alt 96.606 og 62.866 kontakter til alment praktiserende læge blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 (tabel 6.1). For begge køn er der flest kontakter i aldersgruppen 45-54 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe kan tage kontakt til lægen. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år, som er et udtryk for hyppigheden af lægekontakterne. Det ses, at hyppigheden af lægekontakterne for både socialt udsatte mænd og kvinder stiger med alderen. Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte i alle aldersgrupper en øget risiko (RR) for kontakt til alment praktiserende læge. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko på 1,87, mens socialt udsatte kvinder har en overrisiko på 1,89. Dette betyder, at hyppigheden af kontakter til alment praktiserende læger blandt socialt udsatte mænd og kvinder næsten er dobbelt så stor sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 6.1 Kontakter til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
16-34 år	13.320	9.557	2,37	(1,91-2,96)	14.465	14.245	1,49	(1,29-1,73)
35-44 år	25.244	10.822	2,19	(1,89-2,54)	16.956	18.212	2,03	(1,75-2,36)
45-54 år	35.106	13.137	1,98	(1,76-2,23)	20.347	21.341	2,31	(1,92-2,79)
55-79 år	22.936	14.413	1,46	(1,29-1,66)	11.098	23.128	2,04	(1,73-2,41)
I alt	96.606	12.091	1,87	(1,73-2,01)	62.866	18.601	1,89	(1,73-2,06)

Tabel 6.2 viser antallet, raten og overrisikoen for kontakt til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan være udsat for flere belastende livsomstændigheder, kan personen indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 6.2 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 6.1. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelse anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af kontakter til alment praktiserende læge. Til beregningen af de relative risici (RR) i tabel 6.2 er øvrige socialt udsatte personer, uden den givne belastende livsomstændighed, anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholmisbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholmisbrug.

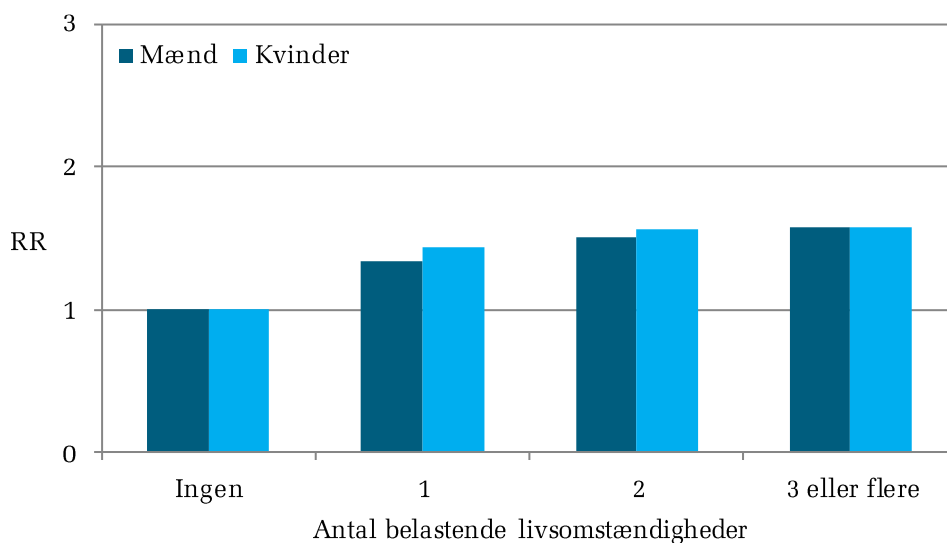
Det fremgår, at raten af kontakt til alment praktiserende læge er størst blandt socialt udsatte mænd og kvinder, der har en sindslidelse. Generelt ses en beskedne eller ingen overrisiko (RR) for kontakt til alment praktiserende læge blandt alle grupperne af belastende livsomstændigheder.

Tabel 6.2 Kontakter til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	23.936	11.543	0,91	(0,77-1,06)	6.166	18.853	0,99	(0,67-1,46)
Sindslidelse	57.471	15.877	1,87	(1,64-2,13)	45.972	21.598	1,64	(1,37-1,95)
Hjemløshed	25.924	9.410	0,72	(0,62-0,83)	11.620	18.361	1,03	(0,84-1,26)
Stofmisbrug	31.194	13.778	1,33	(1,14-1,56)	20.512	18.739	1,06	(0,89-1,27)
Fattigdom	14.807	13.470	1,24	(1,02-1,51)	7.146	15.241	0,87	(0,69-1,09)

Figur 6.1 viser overrisikoen for kontakter til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder. Der ses en mindre stigning i risikoen for kontakt til alment praktiserende læge ved én eller flere belastende livsomstændigheder, hvor overrisikoen for begge køn er på godt 1,40 sammenlignet med socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastninger.

Figur 6.1 Overrisiko (RR) af kontakter til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2015



6.2 Kontakt til lægefaglige specialer

Tabel 6.3 viser kontakter til primærsektoren blandt socialt udsatte fordelt efter køn og sygesikringsydelse (alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger, terapeuter og psykolog/psykiater). De relative risici er beregnet i forhold til den øvrige befolkning.

Det fremgår, at der for begge køn er flest kontakter til alment praktiserende læger (96.606 blandt socialt udsatte mænd og 62.866 blandt socialt udsatte kvinder). Sammenlignet med den øvrige befolkning ses det, at socialt udsatte mænd og kvinder har en overrisiko for kontakt til alment praktiserende læger, vagtlæger og psykologer/psykiatere, hvoraf overrisikoen er størst for kontakt til vagtlæger (RR = 3,72 og RR = 5,11 for henholdsvis mænd og kvinder). Blandt de øvrige sygesikringsydelser ses en mindre risiko for kontakter blandt socialt udsatte i forhold til den øvrige befolkning. Dette kan skyldes formentlig forskellige barrierer i etableringen af kontakter med diverse speciallæger. For eksempel forudsætter disse kontakter i mange tilfælde en henvisning fra egen læge, eller at der kan være lange ventetider hos nogle speciallæger. Socialt udsattes mindre hyppighed af tandlægebesøg sammenlignet med den øvrige befolkning skyldes formodentlig økonomiske barrierer.

Tabel 6.3 Kontakter til primærsektoren blandt socialt udsatte fordelt efter køn og sygesikringsydelse. 2007-2015

	Mænd			Kvinder		
	Antal	RR	95% CI	Antal	RR	95% CI
Alment praktiserende læge	96.606	1,87	(1,73-2,01)	62.866	1,89	(1,73-2,06)
Vagtlæge	4.673	3,72	(3,13-4,42)	4.140	5,11	(3,99-6,54)
Speciallæge	3.835	0,64	(0,50-0,82)	2.726	0,68	(0,53-0,86)
Laboratorie	8	0,29	(0,06-1,40)	6	0,40	(0,14-1,19)
Tandlæge	2.102	0,24	(0,22-0,27)	1.345	0,34	(0,30-0,39)
Terapeut	7.233	0,50	(0,37-0,68)	2.724	0,30	(0,22-0,41)
Psykolog/psykiater	2.229	2,68	(1,92-3,73)	2.285	2,20	(1,54-3,13)

7 Kontakter til sekundærsektoren

I dette kapitel belyses socialt udsattes kontakter til sekundærsektoren i forhold til den øvrige befolkning. Sekundærsektoren omfatter i denne rapport hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg samt skadestuebesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger.

7.1 Somatiske indlæggelser

Der er i alt 7.465 og 3.276 somatiske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 (tabel 7.1). For begge køn ses den største andel af indlæggelserne i aldersgruppen 45-54 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for en indlæggelse. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år, som er et udtryk for indlæggeshyppigheden. Det ses, at hyppigheden for begge køn er størst blandt de 45-54-årige. Når der sammenlignes med den øvrige befolkning, ses endvidere en øget risiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte i alle aldersgrupper. Samlet set er indlæggeshyppigheden blandt socialt udsatte mænd og kvinder fire gange større end blandt mænd og kvinder i den øvrige befolkning (RR = 4,41 blandt socialt udsatte mænd og RR = 3,96 blandt socialt udsatte kvinder).

Tabel 7.1 Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
16-34 år	775	556	5,80	(4,49-7,48)	827	814	3,08	(1,69-5,61)
35-44 år	1.889	810	5,84	(4,23-8,05)	917	985	5,31	(3,78-7,45)
45-54 år	3.175	1.188	5,44	(4,43-6,68)	1.074	1.127	5,76	(4,18-7,93)
55-79 år	1.626	1.022	2,78	(2,19-3,53)	458	954	3,22	(2,30-4,51)
I alt	7.465	934	4,41	(3,89-4,99)	3.276	969	3,96	(3,21-4,88)

Tabel 7.2 viser antallet og den relative risiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan være udsat for flere belastende livsomstændigheder, kan personen indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 7.2 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 7.1. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelse anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af somatiske indlæggelser. Til beregningen af de relative risici (RR) i tabel 7.2 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholmisbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholmisbrug.

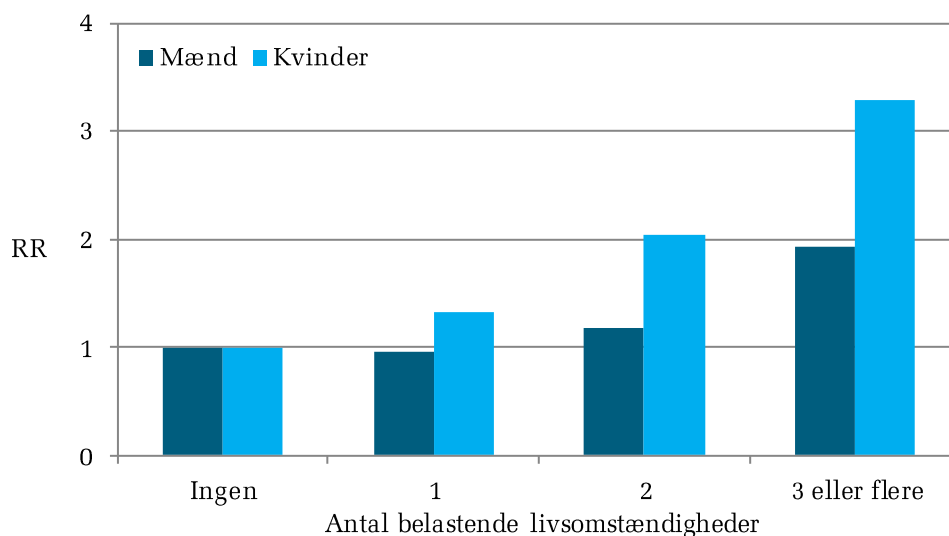
Det fremgår, at indlæggelsesraten er størst blandt socialt udsatte mænd, der har et alkoholmisbrug, og blandt socialt udsatte kvinder, der er udsat for hjemløshed. Generelt ses en beskedent overrisiko (RR) for somatiske indlæggelser blandt alle grupperne af belastende livsomstændigheder.

Tabel 7.2 Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	2.575	1.242	1,49	(1,20-1,85)	387	1.183	1,21	(0,57-2,56)
Sindslidelse	3.955	1.093	1,43	(1,15-1,77)	2.295	1.078	1,40	(0,96-2,04)
Hjemløshed	2.653	963	1,06	(0,88-1,29)	1.083	1.711	2,23	(1,36-3,64)
Stofmisbrug	2.246	992	1,23	(0,98-1,55)	1.399	1.278	1,63	(1,08-2,47)
Fattigdom	1.276	1.161	1,43	(1,04-1,95)	466	994	1,07	(0,72-1,59)

Figur 7.1 viser overrisikoen for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder. Det ses, at overrisikoen blandt socialt udsatte mænd først stiger ved tre eller flere belastende livsomstændigheder, hvor overrisikoen er på knap 2,00. Blandt socialt udsatte kvinder stiger overrisikoen gradvist fra 1,30 ved én belastning til en overrisiko på 3,30 ved tre eller flere belastende livsomstændigheder.

Figur 7.1 Overrisiko (RR) for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2015



Tabel 7.3 og tabel 7.4 viser antallet og overrisikoen for somatiske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 fordelt efter køn og sygdomsgruppe. De relative risici blandt de socialt udsatte er beregnet i forhold til den øvrige befolkning.

Det fremgår af tabel 7.3, at der blandt socialt udsatte mænd er flest somatiske indlæggelser på grund af psykiske lidelser (1.381 indlæggelser) samt læsioner/forgiftninger (984 indlæggelser). Psykiske lidelser dækker eksempelvis over alkoholberuselse og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer. For alle sygdomsgrupper, med undtagelse af medfødte misdannelser, ses en overrisiko for somatiske indlæggelser sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Overrisikoen er særligt høj for psykiske lidelser (RR = 39,95) og infektionssygdomme (RR = 7,03).

Tabel 7.3 Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme	348	7,03	(5,66-8,72)
Kræft	264	1,90	(1,09-3,31)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	44	2,18	(1,25-3,82)
Stofskiftesygdomme	166	2,66	(1,35-5,26)
Psykiske lidelser	1.381	39,95	(29,33-54,42)
Sygdomme i nervesystemet	199	3,53	(2,30-5,43)
Sygdomme i øjne	26	3,42	(1,03-11,39)
Sygdomme i ører	10	1,52	(0,68-3,41)
Sygdomme i kredsløbsorganer	657	2,47	(1,80-3,39)
Sygdomme i åndedrætsorganer	624	5,64	(4,05-7,85)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	741	4,69	(3,57-6,15)
Sygdomme i hud og underhud	175	5,55	(4,06-7,59)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	177	1,81	(1,37-2,37)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	114	1,56	(1,06-2,29)
Medfødte misdannelser	5	1,00	(0,33-3,05)
Symptomer og dårligt definerede tilstande	674	4,69	(3,92-5,61)
Læsioner, forgiftning	984	5,88	(5,15-6,70)
Andre faktorer	866	4,13	(3,14-5,44)

Tabel 7.4 viser, at de fleste somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder sker på grund af psykiske lidelser (511 indlæggelser), infektionssygdomme (393 indlæggelser) og læsioner/forgiftninger (384 indlæggelser). Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder en overrisiko for somatiske indlæggelser for alle sygdomsgrupper, med undtagelse af sygdomsgruppen svangerskab, fødsel og barsel. Overrisikoen for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder er særligt høj for psykiske lidelser (RR = 51,08), infektionssygdomme (RR = 23,47) og for sygdomme i hud og underhud (RR = 13,04).

Tabel 7.4 Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme	393	23,47	(13,37-41,21)
Kræft	70	1,11	(0,65-1,87)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	29	4,39	(2,40-8,04)
Stofskiftesygdomme	69	3,26	(2,11-5,03)
Psykiske lidelser	511	51,08	(28,55-91,40)
Sygdomme i nervesystemet	32	1,44	(0,90-2,29)
Sygdomme i øjne	6	2,30	(0,72-7,29)
Sygdomme i ører	4	1,33	(0,48-3,73)
Sygdomme i kredsløbsorganer	218	4,27	(3,03-6,01)
Sygdomme i åndedrætsorganer	282	7,14	(4,84-10,55)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	219	3,36	(2,54-4,46)
Sygdomme i hud og underhud	116	13,04	(7,01-24,25)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	84	1,88	(1,31-2,70)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	104	2,06	(1,53-2,78)
Svangerskab, fødsel og barsel	92	0,63	(0,48-0,83)
Medfødte misdannelser	6	2,79	(1,06-7,36)
Symptomer og dårligt definerede tilstande	300	4,57	(3,56-5,85)
Læsioner, forgiftning	384	6,62	(5,26-8,33)
Andre faktorer	350	3,56	(2,82-4,51)

Tabel 7.5 og tabel 7.6 viser antallet og overrisikoen for somatiske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015. Tabellerne er fordelt efter køn og specifikke sygdomsgrupper (infektionssygdomme, misbrugsrelaterede sygdomme, læsioner og livsstilsrelaterede sygdomme), der vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte. De relative risici er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Det fremgår af tabel 7.5, at der blandt socialt udsatte mænd er flest somatiske indlæggelser som følge af misbrugsrelaterede sygdomme. I denne sygdomsgruppe er der flest somatiske indlæggelser på grund af psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug, som eksempelvis beruselse (1.168 indlæggelser). Inden for sygdomsgruppen livsstilsrelaterede sygdomme er der flest somatiske indlæggelser på grund af iskæmisk hjertesygdom (267 indlæggelser), mens der for sygdomsgruppen læsioner er flest indlæggelser på grund af hovedlæsioner (202 indlæggelser). Endeligt er der flest indlæggelser på grund af blodforgiftninger (60 indlæggelser) i sygdomsgruppen infektionssygdomme.

Der ses en betydelig overrisiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd i forhold til mænd i den øvrige befolkning. Overrisikoen er særligt høj for de misbrugsrelaterede sygdomme ($10,67 \leq RR \leq 110,30$), mens der også ses en markant overrisiko for hovedlæsioner ($RR = 11,36$) samt for udvalgte infektionssygdomme, såsom HIV ($RR = 103,50$) og viral leverbetændelse ($RR = 43,85$). Disse meget høje relative risici er et udtryk for, at indlæggeshyppigheden blandt socialt udsatte mænd er høj sammenlignet med indlæggeshyppigheden blandt mænd i den øvrige befolkning.

Tabel 7.5 Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme			
Tuberkulose	31	-	-
Blodforgiftning	60	5,02	(3,52-7,16)
Viral leverbetændelse	48	43,85	(19,27-99,80)
HIV	48	103,5	(30,66-349,71)
Misbrugsrelaterede sygdomme			
Psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug	1.168	59,36	(41,02-85,89)
Psykiske lidelser som følge af stofmisbrug	88	110,3	(36,94-329,04)
Sygdomme i lever	199	17,15	(9,76-30,14)
Sygdomme i bugspytkirtlen	116	10,67	(4,95-23,01)
Forgiftninger	294	32,22	(23,34-44,48)
Læsioner			
Hovedlæsioner	202	11,36	(8,64-14,93)
Læsion af håndled og hånd	23	1,62	(0,99-2,66)
Læsion af knæ og underben	75	4,06	(2,90-5,69)
Læsion af ankel og fod	16	5,58	(2,83-10,98)
Livsstilsrelaterede sygdomme			
Diabetes	53	3,25	(1,24-8,52)
Iskæmisk hjertesygdom	267	2,97	(1,49-5,91)
KOL	155	7,93	(4,14-15,17)

Det fremgår af tabel 7.6, at der blandt socialt udsatte kvinder ligeledes er flest somatiske indlæggelser som følge af misbrugsrelaterede sygdomme. I denne sygdomsgruppe er der flest somatiske indlæggelser på grund af psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug, som eksempelvis beruselse (414 indlæggelser). I sygdomsgruppen infektionssygdomme er der flest somatiske indlæggelser på grund af HIV (213 indlæggelser), mens KOL står for flest somatiske indlæggelser (89 indlæggelser) blandt livsstilsrelaterede sygdomme. Endeligt er der flest somatiske indlæggelser på grund af hovedlæsioner (43 indlæggelser) i sygdomsgruppen læsioner.

Der ses endvidere en betydelig overrisiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder i forhold til den øvrige befolkning. Overrisikoen er særligt høj for somatiske indlæggelser på grund af psykiske lidelser forårsaget af alkoholmisbrug (RR = 113,60), forgiftninger (RR = 24,83) og blodforgiftninger (RR = 14,99). De høje relative risici er et udtryk for, at indlæggelseshyppigheden blandt socialt udsatte kvinder er høj sammenlignet med indlæggelseshyppigheden blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.6 Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme			
Tuberkulose	8	-	-
Blodforgiftning	52	14,99	(7,89-28,45)
Viral leverbetændelse	11	-	-
HIV	213	-	-
Misbrugsrelaterede sygdomme			
Psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug	414	113,60	(50,87-253,74)
Psykiske lidelser som følge af stofmisbrug	23	-	-
Sygdomme i lever	36	10,21	(3,85-27,06)
Sygdomme i bugspytkirtlen	11	5,33	(1,97-14,43)
Forgiftninger	164	24,83	(16,12-38,25)
Læsioner			
Hovedlæsioner	43	11,61	(6,69-20,16)
Læsion af håndled og hånd	10	3,30	(1,65-6,61)
Læsion af knæ og underben	22	2,69	(1,53-4,73)
Læsion af ankel og fod	8	-	-
Livsstilsrelaterede sygdomme			
Diabetes	13	2,76	(0,90-8,49)
Iskæmisk hjertesygdom	16	1,43	(0,54-3,77)
KOL	89	11,32	(5,18-24,75)

7.2 Somatiske ambulante hospitalsbesøg

Der er i alt 17.248 og 9.644 somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 (tabel 7.7), hvor den største andel af besøgene ses i aldersgruppen 45-54 år for begge køn. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for et ambulante hospitalsbesøg. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år, som er et udtryk for hyppigheden af de ambulante besøg. Blandt socialt udsatte mænd stiger hyppigheden med alderen, mens den blandt socialt udsatte kvinder stiger frem til aldersgruppen 45-54 år, hvorefter den igen falder en anelse. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko på 1,60 og kvinder en overrisiko på 1,52 i forhold til henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.7 Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
16-34 år	1.621	1.163	1,8	(1,49-2,22)	2.619	2.579	1,35	(1,12-1,62)
35-44 år	3.710	1.591	1,5	(1,17-1,95)	2.614	2.808	1,95	(1,62-2,36)
45-54 år	6.353	2.377	1,74	(1,45-2,09)	2.986	3.132	1,71	(1,44-2,04)
55-79 år	5.564	3.496	1,48	(1,22-1,79)	1.425	2.970	1,28	(1,01-1,61)
I alt	17.248	2.159	1,60	(1,44-1,79)	9.644	2.853	1,52	(1,38-1,67)

Tabel 7.8 viser antallet og overrisikoen for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan være udsat for flere belastende livsomstændigheder, kan personen indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 7.8 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 7.7. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af de somatiske ambulante hospitalsbesøg. Til beregningen af de relative risici (RR) er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholmisbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholmisbrug.

Blandt socialt udsatte mænd ses ingen nævneværdige forskelle i raterne for ambulante hospitalsbesøg mellem de forskellige belastende livsomstændigheder. Blandt socialt udsatte kvinder ses de højeste rater blandt hjemløse og personer med et stofmisbrug. For både mænd og kvinder ses en beskedent eller ingen overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt alle grupper af belastende livsomstændigheder.

Tabel 7.8 Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	4.407	2.125	0,96	(0,81-1,15)	659	2.015	0,68	(0,50-0,91)
Sindslidelse	7.701	2.127	1,08	(0,90-1,29)	6.472	3.041	1,23	(1,02-1,48)
Hjemløshed	4.863	1.765	0,78	(0,66-0,93)	2.132	3.369	1,24	(0,98-1,57)
Stofmisbrug	4.551	2.010	1,13	(0,95-1,35)	3.566	3.258	1,26	(1,03-1,53)
Fattigdom	2.384	2.169	1,24	(1,02-1,51)	1.412	3.012	1,10	(0,86-1,42)

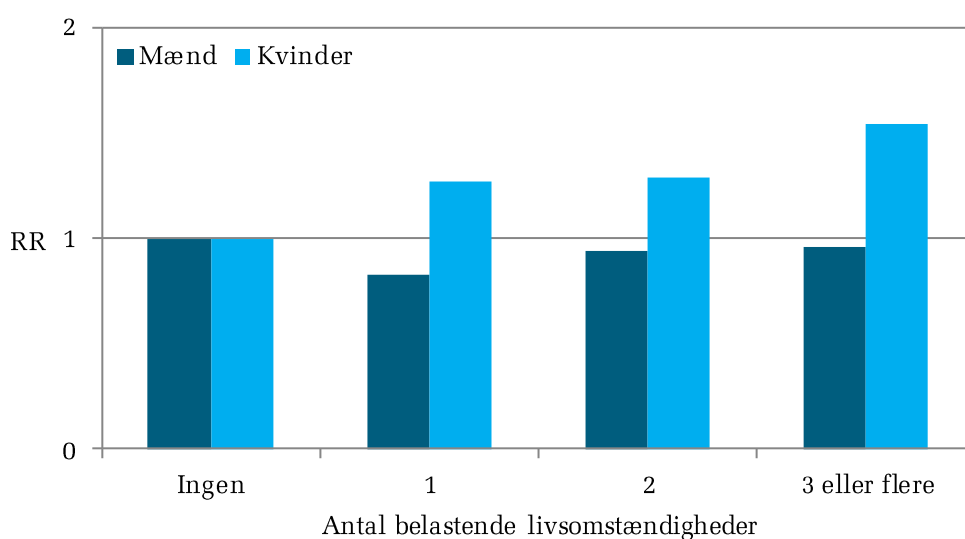
Figur 7.2 viser overrisikoen for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fat-

tigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder.

Der ses en tendens til, at socialt udsatte mænd, der er udsat for én eller flere belastende livsomstændigheder, har en mindre risiko for ambulante hospitalsbesøg end socialt udsatte mænd, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder. Dette kan skyldes, at det at være udsat for flere belastende livsomstændigheder gør det svært at holde styr på henvisninger og ventetider og at følge et regelmæssigt, ambulante behandlingsforløb.

Blandt socialt udsatte kvinder ses omvendt en lille overrisiko for ambulante hospitalsbesøg, hvis en person er udsat for én eller flere belastende livsomstændigheder. Overrisikoen er størst ved tre eller flere belastninger (RR = 1,60) sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke er udsat for nogen belastninger.

Figur 7.2 Overrisiko (RR) for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2015



Tabel 7.9 og tabel 7.10 viser antallet og de relative risici for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 fordelt efter køn og sygdomsgruppe. De relative risici er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Det fremgår af tabel 7.9, at de fleste somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd er på grund af infektionssygdomme (2.250 besøg), kræft (1.486 besøg) og sygdomme i kredsløbsorganer (1.231 besøg). Der ses også en betydelig andel ambulante hospitalsbesøg på grund af 'andre faktorer', som dækker over en række symptomer og mangelfuldt definerede tilstande samt undersøgelser af personer uden sygdomstegn eller uden oplysninger om diagnose. Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd en særligt høj overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg for infektionssygdomme (RR = 21,13) og psykiske lidelser (RR = 7,20). For de øvrige sygdomsgrupper ses en mindre eller ingen overrisiko.

Tabel 7.9 Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme	2.250	21,13	(14,27-31,29)
Kræft	1.486	1,19	(0,87-1,62)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	70	0,68	(0,34-1,39)
Stofskiftesygdomme	1.027	1,34	(0,90-2,01)
Psykiske lidelser	621	7,20	(3,00-17,28)
Sygdomme i nervesystemet	450	1,21	(0,87-1,68)
Sygdomme i øjne	370	0,99	(0,69-1,42)
Sygdomme i ører	170	0,71	(0,45-1,13)
Sygdomme i kredsløbsorganer	1.231	1,43	(1,07-1,90)
Sygdomme i åndedrætsorganer	392	1,63	(1,11-2,38)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	831	1,58	(1,28-1,95)
Sygdomme i hud og underhud	489	1,91	(1,21-3,04)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	667	0,62	(0,48-0,81)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	879	0,97	(0,36-2,64)
Medfødte misdannelser	84	1,36	(0,29-6,29)
Symptomer og dårligt definerede tilstande	709	1,73	(1,44-2,09)
Læsioner, forgiftning	1.047	2,18	(1,76-2,71)
Andre faktorer	4.727	1,88	(1,68-2,09)

Af tabel 7.10 fremgår det, at størstedelen af de somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder er på grund af infektionssygdomme (1.487 besøg) og sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (621 besøg). Der ses også en betydelig andel ambulante hospitalsbesøg på grund af 'andre faktorer', som dækker over en række symptomer og mangelfuldt definerede tilstande samt undersøgelser af personer uden sygdomstegn eller uden oplysninger om diagnose. Overrisikoen for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder i forhold til kvinder i den øvrige befolkning er særligt høj for infektionssygdomme (RR = 60,69) og psykiske lidelser (RR = 9,92). For de øvrige sygdomsgrupper ses en mindre eller ingen forskelle i de relative risici.

Både blandt socialt udsatte mænd og kvinder er der som beskrevet ingen eller en begrænset overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg for langt de fleste sygdomsgrupper. Dette kan som tidligere nævnt skyldes administrative barrierer i form af håndtering af henvisninger, ventetider og fysiske fremmøder samt udfordringer med at følge regelmæssige, ambulante behandlingsforløb.

Tabel 7.10 Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme	1.487	60,69	(41,90-87,90)
Kræft	475	0,72	(0,43-1,21)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	79	2,51	(1,19-5,29)
Stofskiftesygdomme	499	1,51	(1,05-2,16)
Psykiske lidelser	190	9,92	(4,39-22,37)
Sygdomme i nervesystemet	225	1,18	(0,79-1,77)
Sygdomme i øjne	252	1,63	(1,05-2,53)
Sygdomme i ører	74	0,93	(0,49-1,78)
Sygdomme i kredsløbsorganer	365	1,64	(1,12-2,40)
Sygdomme i åndedrætsorganer	184	1,58	(0,92-2,69)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	351	1,36	(1,02-1,80)
Sygdomme i hud og underhud	290	2,78	(1,56-4,94)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	621	0,99	(0,74-1,33)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	328	0,72	(0,51-1,02)
Svangerskab, fødsel og barsel	298	1,50	(0,91-2,48)
Medfødte misdannelser	16	0,73	(0,33-1,60)
Symptomer og dårligt definerede tilstande	351	1,53	(1,20-1,94)
Læsioner, forgiftning	396	2,12	(1,69-2,66)
Andre faktorer	3.340	1,43	(1,26-1,63)

Tabel 7.11 og tabel 7.12 viser antallet og de relative risici for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015. Tabellerne er fordelt efter køn og specifikke sygdomsgrupper (infektionssygdomme, misbrugsrelaterede sygdomme, læsioner og livsstilsrelaterede sygdomme), der vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte. De relative risici er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Det fremgår af tabel 7.11, at der blandt socialt udsatte mænd er flest somatiske ambulante hospitalsbesøg inden for sygdomsgruppen infektionssygdomme, hvor viral leverbetændelse er årsag til mere end halvdel af besøgene (1.206 besøg). Blandt de livsstilsrelaterede sygdomme er der flest ambulante hospitalsbesøg på grund af diabetes (945 besøg), mens der er flest ambulante hospitalsbesøg på grund af psykiske lidelser på grund af alkoholmisbrug (604 besøg) inden for sygdomsgruppen misbrugsrelaterede sygdomme. Endeligt er der flest ambulante hospitalsbesøg i sygdomsgruppen læsioner på grund af læsioner af knæ og underben (186 besøg).

Socialt udsatte mænd har en betydelig overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af infektionssygdomme og misbrugsrelaterede sygdomme sammenlignet med den øvrige befolkning. Overrisikoen er særligt høj på grund af tuberkulose (RR =159,80), viral leverbetændelse (81,95) og HIV (30,08). De høje relative risici er et udtryk for, at hyppigheden af somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd er høj sammenlignet med hyppigheden af somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd i den øvrige befolkning.

Tabel 7.11 Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme			
Tuberkulose	188	159,80	(26,04-980,97)
Blodforgiftning	8	-	-
Viral leverbetændelse	1.206	81,95	(40,04-167,75)
HIV	795	30,08	(14,42-62,76)
Misbrugsrelaterede sygdomme			
Psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug	604	9,26	(3,23-26,58)
Psykiske lidelser som følge af stofmisbrug	8	-	-
Sygdomme i lever	177	7,65	(4,45-13,13)
Sygdomme i bugspytkirtlen	93	7,86	(2,85-21,65)
Forgiftninger	20	-	-
Læsioner			
Hovedlæsioner	92	2,60	(1,66-4,07)
Læsion af håndled og hånd	87	1,14	(0,77-1,68)
Læsion af knæ og underben	186	1,77	(1,18-2,65)
Læsion af ankel og fod	38	1,86	(1,02-3,41)
Livsstilsrelaterede sygdomme			
Diabetes	945	1,60	(1,03-2,48)
Iskæmisk hjertesygdom	238	1,20	(0,65-2,20)
KOL	243	4,49	(2,60-7,75)

Det fremgår af tabel 7.12, at der blandt socialt udsatte kvinder er flest somatiske ambulante hospitalsbesøg inden for sygdomsgruppen infektionssygdomme, hvor HIV er årsag til størstedelen af besøgene (866 besøg). Blandt de livsstilsrelaterede sygdomme er der flest ambulante hospitalsbesøg på grund af diabetes (238 besøg), mens der er flest ambulante hospitalsbesøg på grund af psykiske lidelser på grund af alkoholmisbrug (133 besøg) inden for sygdomsgruppen misbrugsrelaterede sygdomme. Der ses kun få ambulante hospitalsbesøg på inden for sygdomsgruppen læsioner.

Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder en betydelig overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af HIV (RR = 3.699,00), viral leverbetændelse (RR = 123,70) og psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug, som eksempelvis beruselse (RR = 68,41). De høje relative risici er et udtryk for, at hyppigheden af somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder er høj sammenlignet med hyppigheden af somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.12 Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme			
Tuberkulose	85	-	-
Blodforgiftning	8	-	-
Viral leverbetændelse	453	123,70	(57,87-264,63)
HIV	866	3.966,00	(524,06-30013,0)
Misbrugsrelaterede sygdomme			
Psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug	133	68,41	(10,55-443,50)
Psykiske lidelser som følge af stofmisbrug	6	-	-
Sygdomme i lever	56	5,18	(2,40-11,21)
Sygdomme i bugspytkirtlen	13	16,19	(3,30-79,40)
Forgiftninger	3	-	-
Læsioner			
Hovedlæsioner	38	3,73	(1,93-7,19)
Læsion af håndled og hånd	55	2,37	(1,14-4,94)
Læsion af knæ og underben	66	1,63	(0,89-2,98)
Læsion af ankel og fod	11	2,04	(0,80-5,21)
Livsstilsrelaterede sygdomme			
Diabetes	238	1,54	(0,85-2,79)
Iskæmisk hjertesygdom	12	0,52	(0,10-2,77)
KOL	103	4,03	(1,72-9,46)

7.3 Somatiske skadestuebesøg

Der er i alt 6.867 og 2.872 somatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 (tabel 7.13). Den største andel af skadestuebesøgene ses for begge køn i aldersgruppen 45-54 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for skadestuebesøg. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år, som er et udtryk for hyppigheden af skadestuebesøg. Det ses, at hyppigheden blandt socialt udsatte mænd er størst i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år. Blandt socialt udsatte kvinder er hyppigheden af skadestuebesøg størst i aldersgruppen 45-54 år. Der ses endvidere en overrisiko for somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte i alle aldersgrupper sammenlignet med den øvrige befolkning. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko på 5,00 og socialt udsatte kvinder en overrisiko på 6,21 i forhold til henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Dette betyder, at hyppigheden af skadestuebesøg blandt socialt udsatte mænd er fem gange større end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens hyppigheden af skadestuebesøg blandt socialt udsatte kvinder er godt seks gange større end blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.13 Somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder, 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
16-34 år	1.167	837	4,30	(3,51-5,26)	795	783	5,28	(3,59-7,77)
35-44 år	2.176	933	5,57	(4,43-7,02)	760	816	6,49	(4,67-9,02)
45-54 år	2.509	939	6,37	(5,45-7,44)	959	1.006	8,38	(5,88-11,94)
55-79 år	1.015	638	4,32	(3,53-5,29)	358	746	5,65	(3,97-8,03)
I alt	6.867	859	5,00	(4,52-5,52)	2.872	850	6,21	(5,14-7,50)

Tabel 7.14 viser antallet og de relative risici for somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan være udsat for flere belastende livsomstændigheder, kan personen indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal skadestuebesøg i tabel 7.14 svarer derfor ikke til det samlede antal skadestuebesøg i tabel 7.13. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af skadestuebesøgene. Til beregningen af de relative risici (RR) i tabel 7.14 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholmisbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholmisbrug.

Blandt socialt udsatte mænd er raten for somatiske skadestuebesøg højest blandt personer, der er udsat for fattigdom, mens raten blandt socialt udsatte kvinder er højest for personer, der er udsat for hjemløshed. Generelt ses en beskedne eller ingen overrisiko (RR) for somatiske skadestuebesøg blandt alle grupperne af belastende livsomstændigheder.

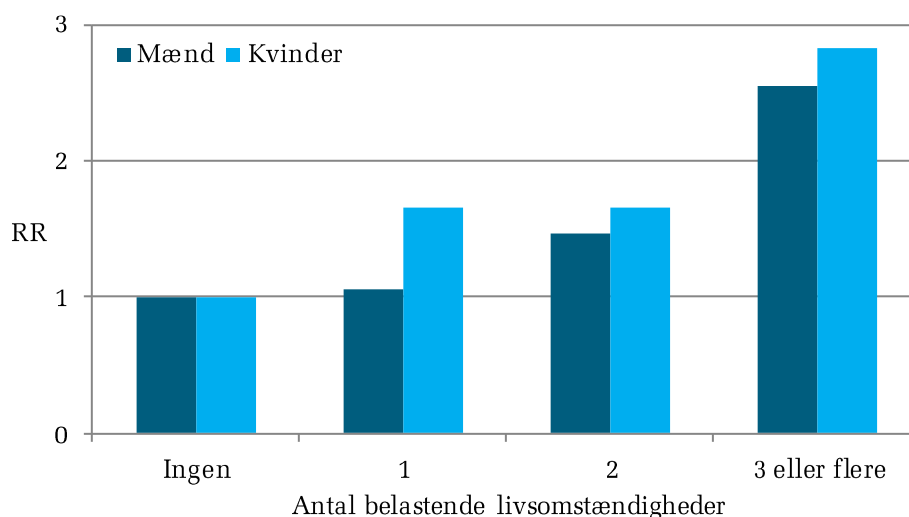
Tabel 7.14 Somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	2.635	1.271	1,81	(1,49-2,20)	401	1.226	1,50	(0,89-2,53)
Sindslidelse	3.726	1.029	1,40	(1,17-1,69)	1.924	904	1,20	(0,81-1,78)
Hjemløshed	2.751	999	1,25	(1,05-1,49)	889	1.405	2,01	(1,25-3,23)
Stofmisbrug	2.491	1.100	1,40	(1,14-1,73)	999	913	1,13	(0,77-1,66)
Fattigdom	1.488	1.354	1,67	(1,23-2,25)	439	936	1,16	(0,85-1,58)

Figur 7.3 viser overrisikoen for somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder.

Det ses, at overrisikoen for somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte mænd gradvist stiger fra to belastende livsomstændigheder (RR = 1,50) til tre eller flere belastende livsomstændigheder (RR = 2,50). Blandt socialt udsatte kvinder er overrisikoen ved én eller to belastende livsomstændigheder tilnærmelsesvis ens (RR = 1,70), mens den ved tre eller flere belastende livsomstændigheder stiger til 2,80. Samlet set viser figur 7.3, at overrisikoen for skadestuebesøg stiger med antallet af belastende livsomstændigheder.

Figur 7.3 Overrisiko (RR) for somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2015



Tabel 7.15 og tabel 7.16 viser antallet og de relative risici for somatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 fordelt efter køn og sygdomsgruppe. De relative risici er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Blandt socialt udsatte mænd er der flest somatiske skadestuebesøg på grund af læsioner/forgiftninger (2.619 skadestuebesøg) og psykiske lidelser (944 skadestuebesøg). Psykiske lidelser dækker eksempelvis over alkoholberuselse og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer. Der ses også en betydelig andel skadestuebesøg på grund af 'andre faktorer', som dækker over en række symptomer og mangelfuldt definerede tilstande samt undersøgelser af personer uden sygdomstegn eller uden oplysninger om diagnose. Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd især en høj overrisiko for skadestuebesøg for psykiske lidelser (RR = 54,43), infektionssygdomme (RR = 12,08) og for sygdomme i hud og underhud (RR = 10,57).

Tabel 7.15 Somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme	85	12,08	(8,42-17,34)
Kræft	3	-	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer	6	7,55	(2,63-21,69)
Stofskiftesygdomme	34	5,27	(3,11-8,93)
Psykiske lidelser	944	54,43	(36,09-82,08)
Sygdomme i nervesystemet	96	9,67	(6,11-15,31)
Sygdomme i øjne	14	1,60	(0,86-2,96)
Sygdomme i ører	6	3,14	(0,94-10,50)
Sygdomme i kredsløbsorganer	123	3,90	(2,83-5,38)
Sygdomme i åndedrætsorganer	139	8,08	(4,88-13,39)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	124	8,12	(5,77-11,43)
Sygdomme i hud og underhud	184	10,57	(7,83-14,27)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	114	3,23	(2,48-4,20)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	21	2,51	(1,45-4,35)
Medfødte misdannelser	0	-	-
Symptomer og dårligt definerede tilstande	489	6,38	(5,33-7,63)
Læsioner, forgiftning	2.619	3,25	(2,96-3,57)
Andre faktorer	1.860	6,64	(5,81-7,60)

Blandt socialt udsatte kvinder ses det samme mønster som for mændene, hvor der er flest somatiske skadestuebesøg på grund af læsioner/forgiftninger (1.089 skadestuebesøg) og psykiske lidelser (238 skadestuebesøg). Der ses også en betydelig andel skadestuebesøg på grund af 'andre faktorer', som dækker over en række symptomer og mangelfuldt definerede tilstande samt undersøgelser af personer uden sygdomstegn eller uden oplysninger om diagnose. Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder især en høj overrisiko for somatiske skadestuebesøg for psykiske lidelser (RR = 38,18), sygdomme i hud og underhud (RR = 20,19), infektionssygdomme (RR = 15,46) og for sygdomme i åndedrætsorganer (RR = 13,01).

Tabel 7.16 Somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Infektionssygdomme	36	15,46	(9,80-24,40)
Kræft	-	-	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer	3	5,66	(1,65-19,47)
Stofskiftesygdomme	14	8,72	(3,96-19,20)
Psykiske lidelser	238	38,18	(25,45-57,27)
Sygdomme i nervesystemet	16	4,13	(2,27-7,51)
Sygdomme i øjne	14	4,96	(2,00-12,31)
Sygdomme i ører	4	-	-
Sygdomme i kredsløbsorganer	43	5,39	(3,13-9,27)
Sygdomme i åndedrætsorganer	116	13,01	(7,36-22,99)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	46	9,42	(5,71-15,57)
Sygdomme i hud og underhud	94	20,19	(12,19-33,43)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	39	3,16	(2,13-4,69)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	25	-	-
Svangerskab, fødsel og barsel	11	-	-
Medfødte misdannelser	-	-	-
Symptomer og dårligt definerede tilstande	210	7,52	(5,83-9,70)
Læsioner, forgiftning	1.089	4,12	(3,40-5,00)
Andre faktorer	866	8,29	(6,22-11,05)

Tabel 7.17 og tabel 7.18 viser antallet og de relative risici for somatiske skadestuebesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 fordelt efter køn og specifikke sygdomsgrupper (misbrugsrelaterede sygdomme, læsioner og livsstilsrelaterede sygdomme), der vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte personer. Der vises ingen resultater for infektionssygdomme, da der kun er få skadestuebesøg på grund af tuberkulose, blodforgiftning, viral leverbetændelse og HIV. De relative risici er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Det fremgår af tabel 7.17, at der blandt socialt udsatte mænd er flest somatiske skadestuebesøg inden for sygdomsgruppen læsioner, hvoraf hovedlæsioner står for godt halvdelen af alle skadestuebesøgene (775 skadestuebesøg). Blandt misbrugsrelaterede sygdomme ses endvidere et betydeligt antal skadestuebesøg på grund af psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug, som eksempelvis beruselse (750 skadestuebesøg) og forgiftninger (218 skadestuebesøg).

Der ses en overrisiko for somatiske skadestuebesøg for alle sygdomsgrupperne, hvor det har været muligt at estimere en relativ risiko. Overrisikoen blandt socialt udsatte mænd i forhold til mænd i den øvrige befolkning er særligt høj for psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug (RR = 82,01), forgiftninger (RR = 19,88) og KOL (RR = 10,50). Psykiske lidelser dækker eksempelvis over alkoholberuselse og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer.

Tabel 7.17 Somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Misbrugsrelaterede sygdomme			
Psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug	750	82,01	(48,31-139,22)
Psykiske lidelser som følge af stofmisbrug	45	-	-
Sygdomme i lever	14	-	-
Sygdomme i bugspytkirtlen	6	-	-
Forgiftninger	218	19,88	(14,62-27,03)
Læsioner			
Hovedlæsioner	775	5,97	(5,11-6,98)
Læsion af håndled og hånd	406	1,83	(1,58-2,11)
Læsion af knæ og underben	197	2,37	(1,96-2,86)
Læsion af ankel og fod	165	1,54	(1,27-1,87)
Livsstilsrelaterede sygdomme			
Diabetes	4	-	-
Iskæmisk hjertesygdom	25	5,30	(1,93-14,54)
KOL	42	10,50	(4,01-27,49)

Det fremgår af tabel 7.18, at der blandt socialt udsatte kvinder er flest somatiske skadestuebesøg inden for sygdomsgruppen læsioner. I denne sygdomsgruppe er der flest skadestuebesøg på grund af hovedlæsioner (233 skadestuebesøg) og på grund af læsion af håndled og hånd (160 skadestuebesøg). Blandt misbrugsrelaterede sygdomme ses endvidere et betydeligt antal skadestuebesøg på grund af psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug, som eksempelvis beruselse (158 skadestuebesøg).

Der ses en overrisiko for somatiske skadestuebesøg for de sygdomsgrupper, hvor det har været muligt at estimere en relativ risiko. Overrisikoen er særligt høj for psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug (RR = 90,03), KOL (RR = 19,56) samt for forgiftninger (RR = 18,95).

Tabel 7.18 Somatiske skadestuebesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Misbrugsrelaterede sygdomme			
Psykiske lidelser som følge af alkoholmisbrug	158	90,03	(48,21-168,12)
Psykiske lidelser som følge af stofmisbrug	17	-	-
Sygdomme i lever	-	-	-
Sygdomme i bugspytkirtlen	0	-	-
Forgiftninger	88	18,95	(11,97-30,01)
Læsioner			
Hovedlæsioner	233	8,39	(6,03-11,66)
Læsion af håndled og hånd	160	2,63	(2,07-3,34)
Læsion af knæ og underben	117	3,71	(2,79-4,95)
Læsion af ankel og fod	134	2,56	(1,90-3,46)
Livsstilsrelaterede sygdomme			
Diabetes	-	-	-
Iskæmisk hjertesygdom	6	4,21	(1,25-14,18)
KOL	42	19,56	(5,75-66,46)

7.4 Psykiatriske indlæggelser

Der er i alt 1.439 og 590 psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 (tabel 7.19). Blandt socialt udsatte mænd ses den største andel af indlæggelser i aldersgruppen 45-54 år, mens den største andel indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder ses i aldersgruppen 35-44 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for en psykiatrisk indlæggelse. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år, som er et udtryk for indlæggelseshyppigheden. Blandt socialt udsatte mænd er indlæggelseshyppigheden på psykiatriske afdelinger størst blandt den yngste aldersgruppe (16-34 år), mens den blandt socialt udsatte kvinder er størst blandt de 35-44-årige. Der ses endvidere en markant overrisiko for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte i alle aldersgrupper, når der sammenlignes med den øvrige befolkning. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko for psykiatriske indlæggelser på 28,07, mens socialt udsatte kvinder har en overrisiko på 23,31. Dette betyder, at socialt udsatte mænds psykiatriske indlæggelseshyppighed er 28 gange større sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinders psykiatriske indlæggelseshyppighed er 23 gange større sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.19 Psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
16-34 år	320	230	34,74	(20,84-57,91)	155	153	15,65	(7,80-31,38)
35-44 år	412	177	16,65	(7,92-35,00)	229	246	32,56	(18,27-58,04)
45-54 år	514	192	37,03	(23,05-59,47)	146	153	19,77	(9,19-42,53)
55-79 år	193	121	18,82	(10,96-32,31)	60	125	32,12	(16,12-64,00)
I alt	1.439	180	28,07	(20,77-37,93)	590	175	23,31	(15,96-34,03)

Tabel 7.20 viser antallet og de relative risici for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan være udsat for flere belastende livsomstændigheder, kan personen indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 7.20 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 7.19. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af de psykiatriske indlæggelser. Til beregningen af de relative risici (RR) i tabel 7.20 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholmisbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholmisbrug.

Tabel 7.20 viser, at socialt udsatte mænd med en sindslidelse har den højeste psykiatriske indlæggelsesrate. Blandt socialt udsatte kvinder er raten derimod højest blandt personer, der har et alkoholmisbrug eller er udsat for hjemløshed. Generelt ses en beskedent overrisiko (RR) for psykiatriske indlæggelser blandt alle grupperne af belastende livsomstændigheder.

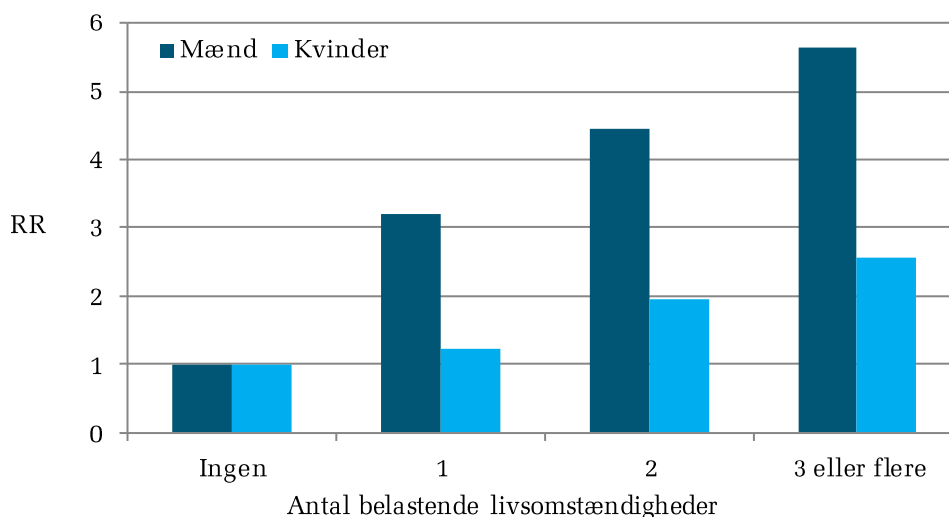
Tabel 7.20 Psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	401	193	1,15	(0,79-1,66)	90	275	1,80	(0,74-4,34)
Sindslidelse	1.109	306	3,94	(2,75-5,65)	444	209	1,73	(1,01-2,97)
Hjemløshed	525	191	1,05	(0,75-1,47)	168	266	1,76	(0,95-3,25)
Stofmisbrug	521	230	1,37	(0,97-1,92)	195	178	1,10	(0,62-1,95)
Fattigdom	201	183	0,94	(0,62-1,42)	80	171	0,98	(0,46-2,05)

Figur 7.4 viser overrisikoen for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder.

Blandt socialt udsatte mænd stiger overrisikoen gradvist med antallet af belastende livsomstændigheder. Den relative risiko er på 5,60 ved tre eller flere belastninger i forhold til socialt udsatte mænd, der ikke er udsat for nogen belastninger. Blandt socialt udsatte kvinder ses ligeledes en gradvis udvikling i den relative risiko, hvor den for tre eller flere belastninger er på 2,60 sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke er udsat for nogen belastninger.

Figur 7.4 Overrisiko (RR) for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2015



Tabel 7.21 og tabel 7.22 viser antallet og de relative risici for psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 fordelt efter sygdomsgrupper. De relative risici er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Blandt socialt udsatte mænd er der flest psykiatriske indlæggelser på grund af skizofreni/psykose (513 indlæggelser) og alkoholmisbrug (473 indlæggelser). Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning er overrisikoen for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd særligt høj for stofmisbrug (RR = 98,56), alkoholmisbrug (RR = 69,32) og skizofreni/psykose (RR = 42,60). Dette betyder eksempelvis, at den psykiatriske indlæggelseshyppighed på grund af stofmisbrug blandt socialt udsatte mænd næsten er 100 gange større sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

Tabel 7.21 Psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	473	69,32	(41,92-114,65)
Stofmisbrug	154	98,56	(49,69-195,48)
Skizofreni/psykose	513	42,60	(20,29-89,43)
Depression	36	2,86	(1,51-5,41)
Angst	60	8,39	(5,27-13,35)

Blandt socialt udsatte kvinder ses samme tendens som for mændene, hvor der er flest psykiatriske indlæggelser på grund af alkoholmisbrug (161 indlæggelser) og skizofreni/psykose (141 indlæggelser). De relative risici er særligt høje for psykiatriske indlæggelser på grund af stofmisbrug (RR = 152,90) og alkoholmisbrug (RR = 104,30). Dette betyder eksempelvis, at socialt udsatte kvinders psykiatriske indlæggelseshyppighed på grund af stofmisbrug er godt 150 gange større sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.22 Psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	161	104,30	(54,05-201,14)
Stofmisbrug	52	152,90	(39,49-591,68)
Skizofreni/psykose	141	27,34	(12,61-59,27)
Depression	27	5,13	(2,55-10,31)
Angst	56	14,47	(6,54-32,03)

7.5 Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg

Der er i alt 10.063 og 7.914 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 (tabel 7.23). For begge køn ses den største andel af de psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i aldersgruppen 35-44 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for et psykiatrisk ambulante hospitalsbesøg. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år, som er et udtryk for hyppigheden af de ambulante besøg. Blandt både socialt udsatte mænd og kvinder er hyppigheden for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg størst blandt de yngste aldersgrupper (16-34 år og 35-44 år). I alle aldersgrupper ses endvidere en overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko på 11,90 i forhold til mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinder samlet set har en overrisiko på 11,16 i forhold til kvinder i den øvrige befolkning. Dette betyder, at hyppigheden af psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd og kvinder er omkring 11-12 gange større sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.23 Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
16-34 år	2.213	1.588	11,32	(6,95-18,45)	2.594	2.555	7,33	(4,50-11,93)
35-44 år	3.552	1.523	12,25	(7,01-21,40)	3.620	3.888	18,80	(6,51-54,29)
45-54 år	3.052	1.142	11,39	(5,25-24,73)	1.145	1.201	7,72	(3,77-15,80)
55-79 år	1.246	783	10,18	(5,74-18,06)	555	1.157	18,60	(5,38-64,24)
I alt	10.063	1.259	11,90	(8,72-16,24)	7.914	2.342	11,16	(6,59-18,93)

Tabel 7.24 viser antallet og de relative risici for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan være udsat for flere belastende livsomstændigheder, kan personen indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 7.24 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 7.23. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af de psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Til beregningen af de relative risici (RR) i tabel 7.24 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholmisbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholmisbrug.

Tabel 7.24 viser, at socialt udsatte mænd og kvinder med en sindslidelse har de højeste rater for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Med undtagelse af socialt udsatte personer med en sindslidelse, ses ingen eller en beskedent overrisiko (RR) for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.

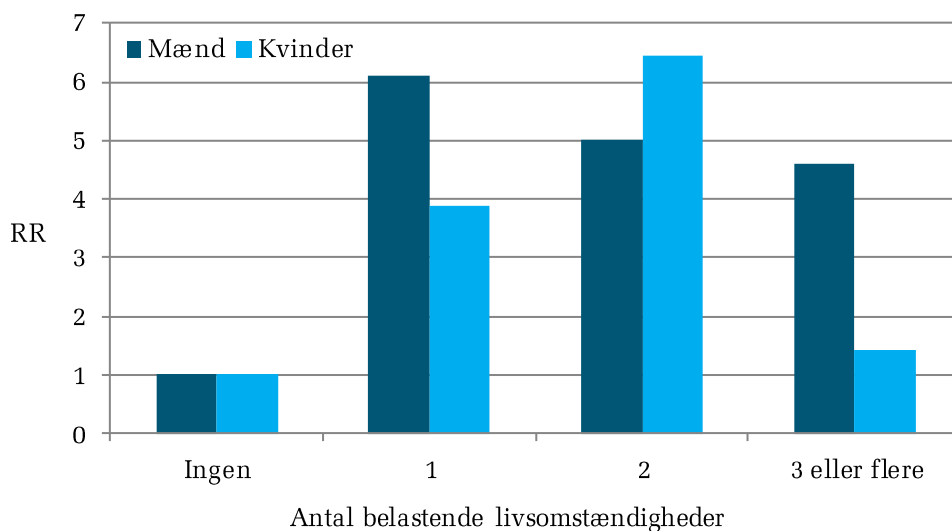
Tabel 7.24 Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	1.461	705	0,50	(0,27-0,92)	577	1.764	0,80	(0,18-3,58)
Sindslidelse	8.724	2.410	7,68	(4,22-13,95)	7.212	3.388	6,13	(2,73-13,78)
Hjemløshed	2.571	933	0,64	(0,39-1,04)	1.477	2.334	0,95	(0,44-2,04)
Stofmisbrug	2.619	1.157	0,80	(0,48-1,31)	2.694	2.461	1,03	(0,28-3,78)
Fattigdom	1.317	1.198	0,86	(0,51-1,47)	446	951	0,32	(0,14-0,74)

Figur 7.5 viser overrisikoen for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder.

Blandt socialt udsatte mænd, der er udsat for én eller flere belastende livsomstændigheder, ses en betydelig overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i forhold til socialt udsatte mænd, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder. Overrisikoen er størst ved én belastning (RR = 6,10), hvorefter den gradvist aftager med antallet af belastninger. Blandt socialt udsatte kvinder ses ligeledes en betydelig overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg ved én eller flere belastende livsomstændigheder i forhold til socialt udsatte kvinder, der ikke er udsat for nogen belastninger. Overrisikoen er størst ved to belastende livsomstændigheder (RR = 6,50).

Figur 7.5 Overrisiko (RR) for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2015



Tabel 7.25 og tabel 7.26 viser antallet og de relative risici for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 fordelt efter sygdomsgruppe. De relative risici er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Blandt socialt udsatte mænd er der flest psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af skizofreni/psykose (6.155 besøg). Der ses en markant overrisiko blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning for alle sygdomsgrupper med undtagelse af depression. Overrisikoen er særligt høj for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af alkoholmisbrug (RR = 41,81) og stofmisbrug (RR = 44,19). Dette betyder, at hyppigheden af psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af alkoholmisbrug og stofmisbrug blandt socialt udsatte mænd henholdsvis er 42 og 44 gange større sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

Tabel 7.25 Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	506	41,81	(11,21-155,88)
Stofmisbrug	282	44,19	(12,82-152,35)
Skizofreni/psykose	6.155	17,99	(10,53-30,75)
Depression	304	1,75	(0,76-4,00)
Angst	896	16,90	(7,53-37,93)

Blandt socialt udsatte kvinder ses samme tendens som for mændene, hvor der er flest psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af skizofreni/psykose (4.233 besøg). Der ses en overrisiko for de sygdomsgrupper, hvor det har været muligt at beregne en relativ risiko. Overrisikoen for socialt udsatte kvinder i forhold til kvinder i den øvrige befolkning er særligt høj for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af alkoholmisbrug (RR = 55,92). Dette betyder, at hyppigheden af psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder er knap 56 gange større sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.26 Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	184	55,92	(9,10-343,66)
Stofmisbrug	65	-	-
Skizofreni/psykose	4.233	25,36	(9,32-68,98)
Depression	209	1,28	(0,66-2,46)
Angst	439	4,31	(2,41-7,71)

7.6 Psykiatriske skadestuebesøg

Der er i alt 1.935 og 914 psykiatriske skadestuebesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 (tabel 7.27). Den største andel af skadestuebesøgene ses i aldersgruppen 45-54 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for psykiatriske skadestuebesøg. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år, som er et udtryk for hyppigheden af skadestuebesøgene. Blandt socialt udsatte mænd er hyppigheden af psykiatriske skadestuebesøg størst og nogenlunde ens blandt aldersgrupperne 16-34 år, 35-44 år og 45-54 år. Blandt socialt udsatte kvinder er hyppigheden størst i aldersgruppen 45-54 år. Blandt begge køn og alle aldersgrupper ses desuden en betydelig overrisiko for psykiatriske skadestuebesøg sammenlignet med den øvrige befolkning. Samlet set er hyppigheden af skadestuebesøg blandt socialt udsatte mænd knap 36 gange større end blandt mænd i den øvrige befolkning (RR = 35,84), mens den blandt socialt udsatte kvinder er knap 34 gange større end blandt kvinder i den øvrige befolkning (RR = 33,85).

Tabel 7.27 Psykiatriske skadestuebesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og alder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
16-34 år	371	266	28,11	(14,51-54,46)	170	167	14,97	(8,55-26,20)
35-44 år	550	236	19,86	(11,08-35,60)	246	264	24,83	(13,19-46,72)
45-54 år	756	283	57,33	(35,65-92,19)	378	397	64,18	(27,57-149,40)
55-79 år	258	162	29,58	(16,44-53,22)	120	250	63,72	(29,44-137,92)
I alt	1.935	242	35,84	(26,29-48,85)	914	270	33,85	(21,54-53,18)

Tabel 7.28 viser antallet og de relative risici for psykiatriske skadestuebesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan være udsat for flere belastende livsomstændigheder, kan personen indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 7.28 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 7.27. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af de psykiatriske skadestuebesøg. Til beregningen af de relative risici (RR) i tabel 7.28 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholmisbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholmisbrug.

Tabel 7.28 viser, at socialt udsatte mænd med en sindslidelse har de højeste rater for psykiatriske skadestuebesøg. For socialt udsatte kvinder er raterne højest blandt personer, der er udsat for hjemløshed. Generelt ses en beskedne eller ingen overrisiko (RR) for psykiatriske skadestuebesøg for alle grupperne af belastende livsomstændigheder.

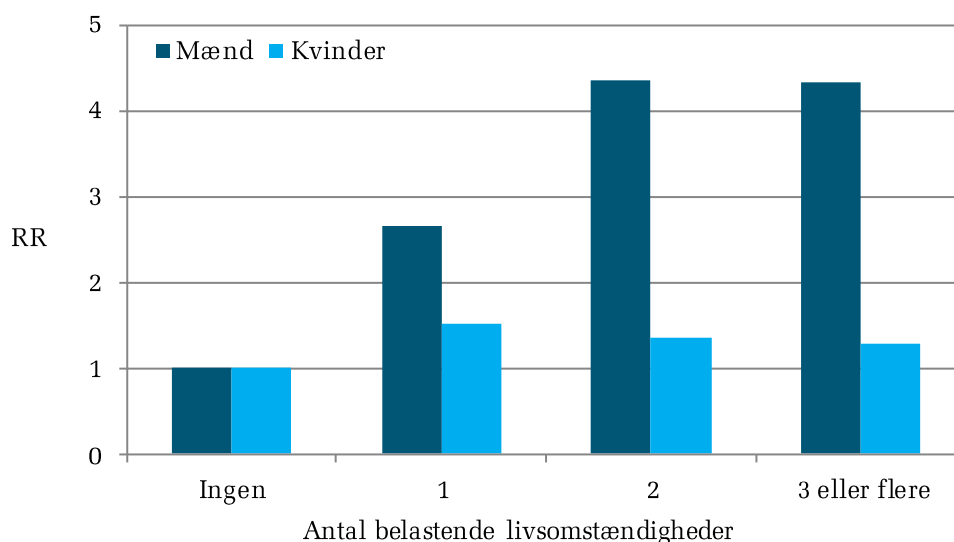
Tabel 7.28 Psykiatriske skadestuebesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2015

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95% CI	Antal	Rate	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	550	265	1,16	(0,79-1,70)	74	226	0,89	(0,45-1,76)
Sindslidelse	1.528	422	4,41	(3,11-6,25)	579	272	1,02	(0,51-2,03)
Hjemløshed	637	231	0,90	(0,65-1,25)	312	493	2,32	(1,11-4,86)
Stofmisbrug	677	299	1,31	(0,86-2,01)	180	164	0,60	(0,34-1,04)
Fattigdom	246	224	0,86	(0,59-1,26)	87	186	0,74	(0,39-1,38)

Figur 7.6 viser overrisikoen for psykiatriske skadestuebesøg blandt socialt udsatte fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er udsat for nogen belastende livsomstændigheder.

Blandt socialt udsatte mænd stiger overrisikoen for psykiatriske skadestuebesøg med antallet af belastende livsomstændigheder, hvor den for to eller flere belastninger er på 4,30 i forhold til socialt udsatte mænd, der ikke er udsat for nogen belastninger. Blandt socialt udsatte kvinder ses en mindre overrisiko (RR = 1,30-1,50) for psykiatriske skadestuebesøg ved én eller flere belastninger i forhold til socialt udsatte kvinder, der ikke er udsat for nogen belastninger.

Figur 7.6 Overrisiko (RR) for psykiatriske skadestuebesøg blandt socialt udsatte fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2015



Tabel 7.29 og tabel 7.30 viser antallet og de relative risici for psykiatriske skadestuebesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2015 fordelt efter sygdomsgruppe. De relative risici er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Blandt socialt udsatte mænd er der flest psykiatriske skadestuebesøg på grund af alkoholmisbrug (771 skadestuebesøg). Der ses en markant overrisiko blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning for alle sygdomsgrupperne med undtagelse af depression. Overrisikoen er særligt høj for psykiatriske skadestuebesøg på grund af stofmisbrug (RR = 253,90), alkoholmisbrug (RR = 70,50) og skizofreni/psykose (RR = 51,02). Dette betyder eksempelvis, at hyppigheden af psykiatriske skadestuebesøg på grund af stofmisbrug blandt socialt udsatte mænd er godt 250 gange større sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

Tabel 7.29 Psykiatriske skadestuebesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Mænd		
	Antal	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	771	70,50	(31,68-156,87)
Stofmisbrug	133	253,90	(101,66-634,26)
Skizofreni/psykose	484	51,02	(24,72-105,32)
Depression	29	3,25	(1,87-5,66)
Angst	143	12,35	(7,81-19,52)

Blandt socialt udsatte kvinder ses samme tendens som for mændene, hvor der er flest psykiatriske skadestuebesøg på grund af alkoholmisbrug (333 skadestuebesøg). Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder en markant overrisiko for psykiatriske skadestuebesøg for alle sygdomsgrupperne, og især for alkoholmisbrug (RR = 183,90) og skizofreni/psykose (RR = 35,82). Dette betyder, at hyppigheden af psykiatriske skadestuebesøg på grund af alkoholmisbrug og stofmisbrug blandt socialt udsatte kvinder er 184 og 36 gange større sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

Tabel 7.30 Psykiatriske skadestuebesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015

	Kvinder		
	Antal	RR	95% CI
Alkoholmisbrug	333	183,90	(66,98-504,67)
Stofmisbrug	40	-	-
Skizofreni/psykose	148	35,82	(10,30-124,62)
Depression	31	6,39	(3,51-11,67)
Angst	100	16,69	(10,27-27,11)

8 Ændring over tid

I denne rapport er SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012 slået sammen og anvendt som én samlet population af socialt udsatte. Dette kapitel belyser til dels forskellene i dødelighed, kontakter til alment praktiserende læge samt somatiske og psykiatriske indlæggelser, når populationerne SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012 skilles ad. Derudover belyser kapitlet udviklingen i middellevetid blandt socialt udsatte i perioden 2009-2015.

8.1 Dødelighed

Med udgangspunkt i dødeligheden i Danmark i 2009 blev middellevetiden blandt socialt udsatte i en tidligere rapport beregnet til at være 57 år for mænd og kvinder samlet set, mens den i den øvrige befolkning var på 79 år (11). I 2009 levede socialt udsatte altså 22 år kortere end personer i den øvrige befolkning. Når samme beregning foretages med afsæt i dødeligheden i 2015, er middellevetiden blandt socialt udsatte på 61 år, og på 80 år i den øvrige befolkning. Det ses således, at middellevetiden blandt socialt udsatte er forbedret med 4 år i perioden 2009-2015, samtidigt med at forskellen i middellevetiden mellem socialt udsatte og den øvrige befolkning er reduceret fra 22 til 19 år. Disse ændringer er et resultat af både en mindre overdødelighed blandt socialt udsatte samt en forbedret middellevetid i den øvrige danske befolkning.

Tabel 8.1 viser dødsraten blandt socialt udsatte mænd og overdødeligheden (RR) i forhold til mænd i den øvrige befolkning. Der ses samme tendens for dødsraterne, som både for 2007 og 2012 stiger med alderen. Samtidigt ses også en betydelig overdødelig for begge år i alle aldersgrupper. Der ses dog forskelle i både dødsraterne og overdødeligheden mellem 2007 og 2012, som både kan skyldes variationer mellem SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012, men også skyldes variationer i sammenligningspopulationerne SUSY-2005 og SUSY-2010. Endeligt kan forskellene skyldes, at de to populationer har forskellig followup-tid, hvor der er op til ni års followup i SUSY UDSAT 2007, og op til tre år i SUSY UDSAT 2012.

Tabel 8.1 Dødelighed blandt socialt udsatte mænd fordelt efter årstal og alder

	Rate	Rate	RR	RR	95% CI	95% CI
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
16-44 år	25	7	23,29	6,20	(14,22-38,14)	(2,37-16,18)
45-54 år	54	28	10,74	5,78	(7,94-14,53)	(3,29-10,17)
55-79 år	61	67	4,59	5,38	(3,51-6,00)	(3,79-7,65)
I alt	41	28	7,93	5,72	(6,74-9,31)	(4,33-7,55)

Tabel 8.2 viser dødsraten blandt socialt udsatte kvinder og overdødeligheden (RR) i forhold til kvinder i den øvrige befolkning. Det ses, at dødsraten i 2007 stiger med alderen, mens den i 2012 kun stiger mellem aldersgrupperne 16-44 år og 45-54 år, hvorefter den er konstant. Det har ikke været muligt at beregne overdødeligheden blandt aldersgrupperne 16-44 år og 45-54 år i 2012, men blandt de 55-79-årige og samlet ses en nogenlunde ens overdødelighed mellem de to populationer. Forskelle mellem 2007 og 2012 kan skyldes samme faktorer som beskrevet ovenfor til tabel 8.1.

Tabel 8.2 Dødelighed blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter årstal og alder

	Rate	Rate	RR	RR	95% CI	95% CI
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
16-44 år	15	9	19,68	-	(10,88-35,63)	-
45-54 år	38	13	12,18	-	(7,54-19,68)	-
55-79 år	52	13	5,55	3,40	(3,23-9,56)	(1,07-10,79)
I alt	26	11	10,52	6,34	(7,82-14,15)	(3,48-11,54)

8.2 Kontakter til alment praktiserende læge

Tabel 8.3 viser hyppigheden (rate) og overrisikoen (RR) for kontakter til alment praktiserende læger blandt socialt udsatte mænd i forhold til mænd i den øvrige befolkning. Hyppigheden af lægekontakter viser stort set samme tendens i 2007 og 2012, hvor hyppigheden af kontakter stiger med alderen. Der ses dog en undtagelse blandt socialt udsatte mænd i 2007, hvor der ses et mindre fald i hyppigheden blandt de 55-79-årige i forhold til de 45-54-årige. Der ses endvidere en nogenlunde ens overrisiko for lægekontakter blandt socialt udsatte i alle aldersgrupper sammenlignet med den øvrige befolkning. Forskelle i hyppigheder og overrisici mellem 2007 og 2012 kan skyldes variationer mellem SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012, men også skyldes variationer i sammenligningspopulationerne SUSY-2005 og SUSY-2010. Endeligt kan forskellene skyldes, at de to populationer har forskellig followup-tid, hvor der er op til ni års followup i SUSY UDSAT 2007, og op til tre år i SUSY UDSAT 2012.

Tabel 8.3 Hyppighed og overrisiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte mænd fordelt efter årstal og alder

	Rate	Rate	RR	RR	95% CI	95% CI
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
16-34 år	10.726	5.989	2,91	1,92	(2,23-3,80)	(1,57-2,35)
35-44 år	10.804	9.511	2,49	2,40	(2,09-2,98)	(1,90-3,03)
45-54 år	13.724	10.014	2,38	1,88	(2,06-2,75)	(1,59-2,23)
55-79 år	13.218	13.539	1,57	1,64	(1,34-1,84)	(1,37-1,97)
I alt	12.213	10.026	2,15	1,85	(1,97-2,35)	(1,68-2,05)

Tabel 8.4 viser hyppigheden (rate) og overrisikoen (RR) for kontakter til alment praktiserende læger blandt socialt udsatte kvinder i forhold til kvinder i den øvrige befolkning. Det ses, at hyppigheden af kontakterne stiger med alderen i både 2007 og 2012 samtidigt med, at overrisikoen i alle aldersgrupper er nogenlunde sammenlignelig. Mindre forskelle mellem årene kan dog skyldes samme faktorer som beskrevet ovenfor til tabel 8.3.

Tabel 8.4 Hyppighed og overrisiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter årstal og alder

	Rate	Rate	RR	RR	95% CI	95% CI
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
16-34 år	15.461	10.973	1,83	1,35	(1,53-2,20)	(1,16-1,57)
35-44 år	17.132	16.538	2,24	2,13	(1,86-2,70)	(1,68-2,71)
45-54 år	22.354	16.827	2,82	2,16	(2,23-3,58)	(1,70-2,74)
55-79 år	25.462	20.085	2,47	2,20	(1,93-3,17)	(1,82-2,66)
I alt	19.015	15.728	2,22	1,87	(1,98-2,48)	(1,68-2,08)

8.3 Somatiske indlæggelser

Tabel 8.5 viser hyppigheden og overrisikoen (RR) for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd i forhold til mænd i den øvrige befolkning. Det fremgår, at indlæggelsesraten stiger med alderen i både 2007 og 2012, hvor den undtagelsesvis falder mellem aldersgrupperne 45-54 år og 55-79 år i 2007. Blandt begge år og alle aldersgrupper ses en overrisiko for somatiske indlæggelser, som for de fleste aldersgrupper er nogenlunde sammenlignelig. Forskelle i hyppigheder og overrisici mellem 2007 og 2012 kan skyldes variationer mellem SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012, men også skyldes variationer i sammenligningspopulationerne SUSY-2005 og SUSY-2010. Endeligt kan forskellene skyldes, at de to populationer har forskellig followup tid, hvor der er op til ni års followup i SUSY UDSAT 2007, og op til tre år i SUSY UDSAT 2012.

Tabel 8.5 Hyppighed og overrisiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd fordelt efter årstal og alder

	Rate	Rate	RR	RR	95% CI	95% CI
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
16-34 år	541	508	6,36	5,76	(4,78-8,47)	(3,44-9,64)
35-44 år	706	960	5,26	9,83	(3,62-7,64)	(6,11-15,81)
45-54 år	1.183	1.066	5,87	6,47	(4,51-7,64)	(4,82-8,69)
55-79 år	856	1.173	2,67	3,85	(2,18-3,26)	(2,41-6,15)
I alt	866	965	4,63	5,39	(4,01-5,33)	(4,29-6,76)

Tabel 8.6 viser hyppigheden og overrisikoen (RR) for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder i forhold til kvinder i den øvrige befolkning. Der ses ingen entydige tendenser for indlæggelsesraterne mellem 2007 og 2012. Samtidigt varierer overrisikoen for somatiske indlæggelser betydeligt blandt de 16-34-årige og 55-79-årige, mens den er nogenlunde sammenlignelig for de øvrige aldersgrupper. Forskelle mellem årene kan skyldes samme faktorer som beskrevet ovenfor til tabel 8.5.

Tabel 8.6 Hyppighed og overrisiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter årstal og alder

	Rate	Rate	RR	RR	95% CI	95% CI
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
16-34 år	993	407	4,20	1,91	(2,07-8,53)	(1,35-2,71)
35-44 år	926	812	5,63	5,30	(3,98-7,96)	(2,87-9,80)
45-54 år	1.214	770	7,35	4,51	(4,93-10,95)	(2,92-6,96)
55-79 år	921	974	3,32	4,22	(2,14-5,14)	(2,49-7,13)
I alt	1.028	715	4,74	3,54	(3,66-6,15)	(2,74-4,57)

8.4 Psykiatriske indlæggelser

Tabel 8.7 viser hyppigheden og overrisikoen (RR) for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd i forhold til mænd i den øvrige befolkning. Der ses ingen entydige tendenser for de psykiatriske indlæggelsesrater og de relative risici blandt 2007 og 2012. Der ses dog en markant høj overrisiko for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd i begge år sammenlignet med den øvrige befolkning. Forskelle i hyppigheder og overrisici mellem 2007 og 2012 kan skyldes variationer mellem SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012, men også skyldes variationer i sammenligningspopulationerne SUSY-2005 og SUSY-2010. Endeligt kan forskellene skyldes, at de to populationer har forskellig followup-tid, hvor der er op til ni års followup i SUSY UDSAT 2007, og op til tre år i SUSY UDSAT 2012.

Tabel 8.7 Psykiatriske indlæggelsesrater og overrisici blandt socialt udsatte mænd fordelt efter årstal og alder

	Rate	Rate	RR	RR	95% CI	95% CI
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
16-34 år	194	283	28,70	45,89	(14,94-55,12)	(21,63-97,36)
35-44 år	169	173	15,02	20,28	(5,94-38,00)	(7,47-55,04)
45-54 år	153	266	38,93	40,04	(21,50-70,50)	(18,66-85,91)
55-79 år	87	163	18,45	21,53	(8,07-42,18)	(10,48-44,20)
I alt	153	221	26,88	32,35	(17,54-41,18)	(21,60-48,45)

Tabel 8.8 viser hyppigheden og overrisikoen (RR) for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder i forhold til kvinder i den øvrige befolkning. Der ses ingen entydige tendenser i de psykiatriske indlæggelsesrater eller blandt de relative risici mellem 2007 og 2012. Forskelle mellem årene kan skyldes samme faktorer som beskrevet ovenfor til tabel 8.7.

Tabel 8.8 Psykiatriske indlæggelsesrater og overrisici blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter årstal og alder

	Rate	Rate	RR	RR	95% CI	95% CI
	2007	2012	2007	2012	2007	2012
16-34 år	144	163	21,48	15,00	(8,74-52,79)	(5,24-42,94)
35-44 år	175	412	25,20	66,54	(11,39-55,76)	(24,20-182,96)
45-54 år	78	301	11,66	69,40	(5,00-27,19)	(30,92-155,78)
55-79 år	103	149	36,92	40,02	(15,04-90,68)	(14,10-113,63)
I alt	131	253	22,10	38,45	(13,62-35,85)	(21,24-69,62)

8.5 Konklusion af ændring over tid

For nogle udfald er raterne og de relative risici størst i 2007 og andre steder i 2012, hvilket indikerer, at der ikke er systematiske forskelle mellem SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012. Vi har derfor valgt at samle de to til én samlet undersøgelsespopulation.

9 Diskussion

Dette kapitel indeholder en diskussion af rapportens resultater i forhold til øvrige undersøgelser på området. Det er vigtigt at fremhæve, at undersøgelsespopulationen af socialt udsatte ofte defineres forskelligt i forskellige undersøgelser. Nogle undersøgelser fokuserer på enkelte grupper af socialt udsatte, som eksempelvis hjemløse, mens andre baserer sig på en bredere population af socialt udsatte. På trods af de forskellige grupperinger og definitioner af socialt udsatte, er undersøgelsespopulationerne ofte sammenlagt ud fra samme metode, hvor de socialt udsatte er fundet ved interviews på herberger, varmestuer, forsorgshjem eller lignende.

9.1 Tidligere rapporter om socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet gennemført af Statens Institut for Folkesundhed

Statens Institut for Folkesundhed har i 2013 lavet en rapport, der ser nærmere på socialt udsattes dødelighed (11), og i 2010 en rapport der ser nærmere på socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet (12). Det er imidlertid vanskeligt at sammenligne resultaterne med resultaterne i denne rapport, da både undersøgelsesdesignet og de statistiske metoder afviger på en række væsentlige parametre, som uddybes i det følgende.

Årsagen til, at der er anvendt andre metoder i denne rapport er, at det har været muligt at styrke analyserne på flere områder, som ikke har været muligt tidligere. Helt centralt ligger der en styrke i, at denne rapport anvender en followup-tilgang, hvor personerne følges i registre i tidsperioden fra deres deltagelse i spørgeskemaundersøgelserne og så langt frem, som registrene tillader det. Dette eliminerer definitionsproblemer af socialt udsatte bagud i tid. Analyserne af brug af sundhedsvæsenet var i den tidligere rapport fra 2010 baseret på hændelser, der lå før deltagelsen i spørgeskemaundersøgelsen SUSY UDSAT 2007, da der ikke var et tilstrækkeligt antal år efter deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen til at lave et followup-studie. I den tidligere rapport om socialt udsattes dødelighed fra 2013 anvendtes, som i nærværende rapport, en followup-tilgang, men som var baseret på en kortere tidsperiode (2007-2012). Det er således en styrke i denne rapport, at det er muligt at følge personerne i registrene i længere tid. Analyserne af dødelighed følges frem til 2014, mens analysernes af brugen af sundhedsvæsenet følges frem til 2015.

En anden central styrke ved denne rapport er, at den baserer sig på en langt større population af socialt udsatte end tidligere, da der både indgår deltagere fra spørgeskemaundersøgelserne SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012. De tidligere rapporter om socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsenet var udelukkende baseret på populationen fra SUSY UDSAT 2007.

Det er endvidere vanskeligt at sammenligne rapportens resultater med de tidligere rapporter, da de statistiske analyser er forskellige.

Andre forhold, der vanskeliggør en sammenligning af analyserne af socialt udsattes dødelighed er, at de tidligere resultater er opgjort for mænd og kvinder samlet set, mens resultaterne i denne rapport er opdelt på mænd og kvinder for sig. Herudover var middellevetiden i den tidligere rapport om socialt udsattes

dødelighed baseret på dødeligheden i Danmark i 2009, mens den i denne rapport er baseret på dødeligheden i Danmark i 2015. Endelig er sammenligningsgruppen, bestående af den øvrige befolkning, defineret på forskellige måder i denne rapport og de tidligere rapporter.

9.2 Socialt udsattes dødelighed

Der findes en betydelig mængde litteratur, som dokumenterer en overdødelighed blandt hjemløse personer i forhold til den øvrige befolkning. Blandt andet finder et dansk kohorte-studie fra 2011, som er baseret på registerdata, at dødeligheden blandt hjemløse mænd og kvinder er henholdsvis 5,6 og 6,7 gange større end for den øvrige befolkning (13). Et hollandsk studie fra 2013 finder den samme tendens for dødeligheden blandt hjemløse personer (14). Studiet viser, at hjemløse personer i Rotterdam har en dødelighed, som er 3,5 gange større end den øvrige befolkning i Rotterdam. Studiet viser yderligere, at dødelighedsraterne blandt hjemløse kvinder er større end blandt hjemløse mænd, hvor forskellen aftager med alderen. Endeligt viser et fransk studie fra 2016, at hjemløse personer dør i en langt tidligere alder i forhold til den øvrige franske befolkning (49 år i forhold til 77 år) (15).

I denne rapport findes en overdødelighed på 6,82 blandt socialt udsatte mænd og 8,39 blandt socialt udsatte kvinder i forhold til den øvrige befolkning. Resultaterne viser endvidere, at middellevetiden er 15 år kortere for både mænd og kvinder i forhold til den øvrige befolkning. Resultaterne stemmer derfor i høj grad overens med de øvrige undersøgelser af dødeligheden blandt socialt udsatte.

9.3 Socialt udsattes brug af primærsektoren

Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) udgav i 2013 rapporten 'Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser' (16). Undersøgelsen baser sig på en registerdatabase fra Danmarks Statistik, hvor grundpopulationen i 1999 var på godt fire millioner danskere på 18 år eller derover. For at identificere hjemløse borgere blev grundpopulationen sammenkoblet med en database over brugere af § 110-boformer (herberger og forsorgshjem). Ud af grundpopulationen var der i alt 26.080 borgere i perioden 1999-2009, der enten var eller havde været indskrevet på en § 110-boform. Rapporten viser blandt andet, at hjemløse personer har en betydelig overrisiko for en lang række somatiske sygdomme i forhold til den øvrige befolkning. Der ses endvidere en tendens til, at hjemløse kvinder har større risiko for samme somatiske sygdomme i forhold til hjemløse mænd.

I forhold til brug af primærsektoren viser SFI-rapporten, at både hjemløse mænd og kvinder har en overrisiko for besøg hos alment praktiserende læger (IRR = 2,35 for mænd og IRR = 2,50 for kvinder) og vagtlæger (IRR = 3,87 for mænd og IRR = 5,40 for kvinder) i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Disse resultater stemmer i høj grad overens med resultaterne fra indeværende rapport, hvor der netop var en overhyppighed af kontakter til alment praktiserende læger (RR = 1,87 blandt mænd og RR = 1,89 blandt kvinder) og vagtlæger (RR = 3,72 blandt mænd og RR = 5,11 blandt kvinder) i forhold til den øvrige befolkning.

Der findes yderligere en række mindre undersøgelser fra forskellige sociale institutioner og bosteder i København, som undersøger socialt udsatte personers brug af primærsektoren. I en årsrapport fra 2008 ser SundhedsTeam, som er et tilbud under Københavns Kommune til hjemløse og andre socialt udsatte, på en række sundhedsmæssige forhold blandt en population af socialt udsatte personer (17). Rapporten finder, at 57 % af populationen ikke kender navnet på egen læge. Modsvarende kender de resterende 43 % af populationen navnet på egen læge, men af denne del har 35 % angivet, at de ikke vil benytte lægen,

og 8 % at de ikke kan benytte lægen. Undersøgelsen skildrer nogle af de barrierer, der kan opstå for socialt udsatte i forhold til brugen af primærsektoren. I indeværende rapport findes en mindre hyppighed af kontakter til speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter i forhold til den øvrige befolkning. Den lavere hyppighed kan skyldes barrierer i etableringen af kontakt til speciallægerne, da denne i mange tilfælde forudsætter en henvisning fra egen læge. Socialt udsattes mindre brug af tandlæge sammenlignet med den øvrige befolkning skyldes formodentlig økonomiske barrierer.

Samlet set viser andre studier samme tendens som resultaterne i denne rapport, hvor socialt udsatte har en overhyppighed af kontakter til alment praktiserende læge og vagtlæger i forhold til den øvrige befolkning. Samtidigt viser indeværende rapport, at socialt udsatte bruger speciallæger i mindre grad end den øvrige befolkning, hvilket som nævnt kan skyldes barrierer i forbindelse med den indledende kontakt, henvisninger, tidsbestillinger og ventelister.

9.4 Socialt udsattes brug af sekundærsektoren

Somatiske kontakter

Den tidligere nævnte rapport fra SFI om hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser viser, at hjemløse mænd og kvinder har en overrisiko for somatiske indlæggelser på henholdsvis 4,80 og 4,66 i forhold til den øvrige befolkning (16). Til sammenligning findes i denne rapport en overrisiko for somatiske indlæggelser på 4,41 og 3,96 blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i forhold til den øvrige befolkning. SFI finder endvidere en overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg på henholdsvis 1,61 og 1,54, hvor denne rapport finder en overrisiko på henholdsvis 1,60 og 1,52 i forhold til den øvrige befolkning. Endeligt finder SFI en overrisiko for somatiske skadestuebesøg på henholdsvis 5,21 og 7,29, mens denne rapport finder en tilsvarende overrisiko på henholdsvis 5,00 og 6,21 i forhold til den øvrige befolkning.

Et canadisk kohorte-studie fra 2013 undersøgte, hvilke faktorer der kan prædiktere skadestuebesøg blandt hjemløse personer (18). Data blev indsamlet henover 12 måneder i perioden 2004-2005 og stammer hovedsagligt fra interviews med hjemløse fra forskellige bosteder, væresteder og via madprogrammer i Toronto. Den endelige analysepopulation bestod af 1.165 hjemløse personer, alle med en sundhedsforsikring for at sikre, at personerne i populationen havde fri adgang til sundhedsvæsenet. Studiet viser, at hjemløse personer har en overrisiko for skadestuebesøg på 8,48 i forhold til en sammenlignelig gruppe i den øvrige befolkning. Hwang et al. 2013 anvendte den samme canadiske hjemløsepopulation til at undersøge hjemløses brug af sekundærsektoren i forhold til den øvrige befolkning (19). Studiet viser, at hjemløse personer samlet set havde en overrisiko på 4,22 for medicinskirurgiske hospitalsindlæggelser og en overrisiko på 1,76 for ambulante hospitalsbesøg.

Samlet set viser andre studier i overensstemmelse med resultaterne i denne rapport, at socialt udsatte personer har en overrisiko for kontakter til sekundærsektoren. Der ses især en stor overensstemmelse i de estimerede overrisici i denne rapport og i rapporten fra SFI om hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser.

Psykiatriske kontakter

I en systematisk litteraturgennemgang, der undersøger prævalensen af mentale forstyrrelser blandt hjemløse personer i vestlige lande, finder Fazel et al. 2008, at de mest hyppige mentale forstyrrelser blandt hjemløse personer er alkohol- og stofmisbrug (20). Studiet viser yderligere, at hjemløse har en betydelig

overrisiko for depressioner og psykoser. Samlet set indgår 29 studier fra perioden 1979-2005, som opfylder en række kvalitetskrav i forhold til blandt andet definitionen af hjemløse personer samt de psykiatriske diagnoser.

I et schweizisk tværnsnitsstudie fra 2016 undersøges psykiatrisk sygelighed og selvvrurderet helbred blandt hjemløse personer i Zürich (21). Her havde 96 % af de hjemløse personer mindst én psykiatrisk lidelse, som i de fleste tilfælde var stofmisbrug (60,9 %) eller alkoholafhængighed (41,5 %). Sygeligheden i gruppen af hjemløse personer blev sammenlignet med en gruppe i den øvrige befolkning. Resultaterne viser, at hjemløse personer i langt højere grad har en psykiatrisk lidelse sammenlignet med den generelle befolkning i Zürich.

Når der i denne rapport ses på fordelingen af socialt udsatte, fremgår det, at den hyppigst forekommende belastende livsomstændighed er sindslidelse, mens både alkohol- og stofmisbrug også er hyppigt forekommende. Samtidigt finder denne rapport i overensstemmelse med Fazel et al. 2008 også en markant overrisiko for psykiatriske kontakter til sekundærsektoren som følge af alkoholmisbrug, stofmisbrug og skizofreni/psykoser.

Hwang et al. 2013 viser desuden, at hjemløse personer i Toronto har en overrisiko for psykiatriske indlæggelser på 9,27 i forhold til den øvrige befolkning (19). Til sammenligning findes i denne rapport en overrisiko for psykiatriske indlæggelser på 28,07 og 23,31 blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i forhold til den øvrige befolkning. Hwang et al. 2013 definerer de psykiatriske diagnoser ud fra 'The Addiction Severity Index', som ud fra et personligt interview klassificerer personer på en mental skala. Denne metode er derfor ikke direkte sammenlignelig med metoden anvendt i denne rapport. Resultaterne viser dog samme tendens, hvor socialt udsatte har en markant overrisiko for psykiatriske indlæggelser.

Samlet set er der stor overensstemmelse mellem den øvrige litteratur og resultaterne i denne rapport, der viser, at socialt udsatte har en overrisiko for psykiatriske kontakter til sekundærsektoren, som særligt er høje som følge af alkoholmisbrug, stofmisbrug og skizofreni/psykose.

10 Referencer

1. Rådet for Socialt Udsatte. Socialpolitisk grundlag. København: Rådet for Socialt Udsatte 2012.
2. Larsen J. E. Forståelser af begrebet social udsathed. Brandt P., Henriksen B. L., Jensen K. B., Rasmussen N. C. (red.) Udsat for forståelse – en antologi om socialt udsatte. København: Rådet for Socialt Udsatte 2009.
3. Pedersen P. V., Christensen A. I., Hesse U., Curtis T. SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte 2008.
4. Pedersen P. V., Holst M., Davidsen M., Juel K. SUSY UDSAT 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte; 2012.
5. Rådet for Socialt Udsatte, www.udsatte.dk
6. Ekholm O., Hesse U., Davidsen M., Kjoller M. The Study Design and Characteristics of the Danish National Health Interview Surveys. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37(7):758-65.
7. Pedersen C. B. The Danish Civil Registration System. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl):22-5.
8. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl).
9. Andersen J. S., Olivarius Nde F., Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl).
10. Lyng E., Sandegaard J. L., Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(7 Suppl).
11. Davidsen M., Pedersen P.V., Holst M., Juel K. Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager. Rådet for Socialt Udsatte; 2013.
12. Juel K., Davidsen M., Pedersen P.V., Curtis T. Socialt Udsattes Brug af Sundhedsvæsenet. København Rådet for Socialt Udsatte; 2010.
13. Nielsen S. F., Hjorthøj C. R., Erlangsen A., Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *The Lancet*. 2011;377(9784):2205-14.
14. Nusselder W. J., Slootackers M. T., Krol L., Slootackers C. T., Looman C. W., van Beeck E. F. Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PloS one*. 2013;8(10):e73979.
15. Vuillermoz C., Aouba A., Grout L., Vandentorren S., Tassin F., Moreno-Betancur M., et al. Mortality among homeless people in France, 2008-10. *European journal of public health*. 2016;26(6):1028-33.
16. Benjaminsen L., Birkelund J. F., Enemark M. H. Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser. København SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2013.
17. SundhedsTeam. Indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer i Københavns Kommune. Årsrapport 2008. København 2008.
18. Chambers C., Chiu S., Katic M., Kiss A., Redelmeier D. A., Levinson W., et al. High Utilizers of Emergency Health Services in a Population-Based Cohort of Homeless Adults. *American Journal of Public Health*. 2013;Volume 103(Issue S2).
19. Hwang S. W., Chambers C., Chiu S., Katic M., Kiss A., Redelmeier D. A., et al. A Comprehensive Assessment of Health Care Utilization Among Homeless Adults Under a System of Universal Health Insurance. *American Journal of Public Health*. 2013;103(S2):S294-S301.
20. Fazel S., Khosla V., Doll H., Geddes J. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries. Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Plos Med* 5(12). 2008.
21. Briner D., Jager M., Kawohl W., Baumgartner-Nietlisbach G. Mental Disorder and Self-Rated Health Among Homeless People in Zurich. *Psychiatrische Praxis*. 2016.