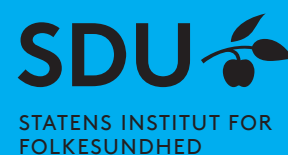


Leise Strøbæk  
Michael Davidsen  
Pia Vivian Pedersen



# 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](http://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](mailto:post@udsatte.dk)

Rapporten kan downloades fra:

[www.udsatte.dk](http://www.udsatte.dk)

[www.si-folkesundhed.dk](http://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 Sjursen,  
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 indlæggelseshyppigheden 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 indlæggelseshyppighed 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 indlæggeshyppighed 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 indlæggeshyppighed 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 indlæggeshyppighed 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 indlæggeshyppigheden 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 dødsårsagsmønstre 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**

	<b>Mænd</b>	<b>Kvinder</b>	<b>I alt</b>	<b>Fordeling (%)</b>	<b>Andel kvinder (%)</b>
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**

	<b>Mænd</b>	<b>Kvinder</b>	<b>I alt</b>	<b>Fordeling (%)</b>	<b>Andel kvinder (%)</b>
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**

	<b>Hele populationen</b>	<b>Alkohol- misbrug</b>	<b>Sindslidelse</b>	<b>Hjemløshed</b>	<b>Stof- misbrug</b>	<b>Fattigdom</b>
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 '-' 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**

<b>Dødsårsager</b>	<b>ICD-10 kode</b>
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 <sup>1</sup>	Resten af A00-R99
Øvrige ikke-naturlige årsager <sup>2</sup>	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
Medefødte 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**

<b>Specifik sygdomsgruppe</b>	<b>ICD-10 kode</b>
<b>Infektionssygdomme</b>	
Tuberkulose	A15-A19
Blodforgiftning	A40-A41
Viral leverbetændelse	B15-B19
HIV	B20-B24
<b>Misbrugsrelaterede tilstande</b>	
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
<b>Læsioner</b>	
Hovedlæsioner	S00-S09
Læsion af håndled og hånd	S60-S69
Læsion af knæ og underben	S80-S89
Læsioner af ankel og fod	S90-S99
<b>Livsstilsrelaterede tilstande</b>	
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**

<b>Sygdomsgruppe</b>	<b>ICD-10 kode</b>
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.

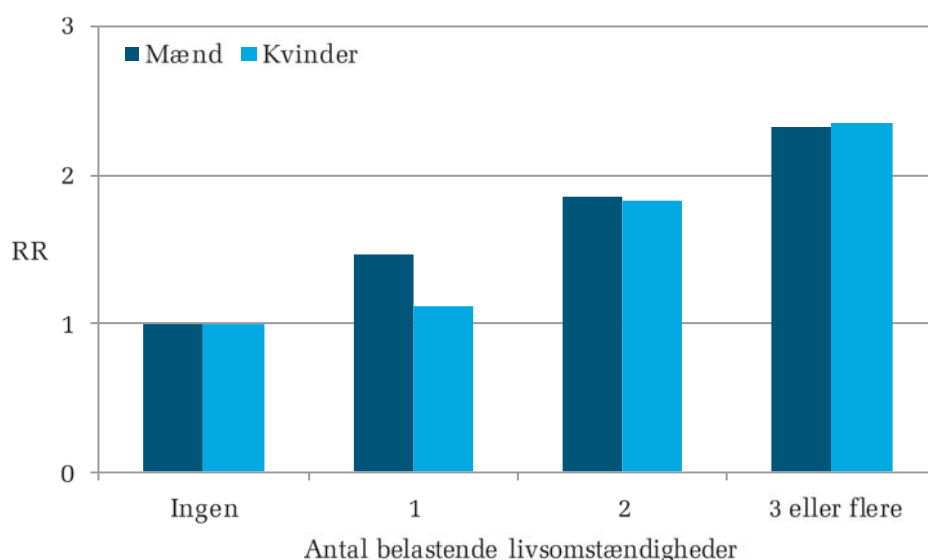
Det fremgår, at dødsraten blandt socialt udsatte mænd og kvinder er størst blandt personer med et alkoholmisbrug. Generelt ses en overdødelighed (RR) i de fleste grupper af belastende livsomstændigheder.

**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 <sup>1</sup>	23	5,53	(3,46-8,83)	4	4,87	(1,71-13,86)
Øvrige ikke-naturlige årsager <sup>2</sup>	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 beskedent 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