

BORGERES BRUG AF DELSE



13:33

HJEMLØSE BORGERES SYGDOM
OG BRUG AF
SUNDHEDSYDELSER

LARS BENJAMINSEN
JESPER FELS BIRKELUND
MORTEN HOLM ENEMARK

KØBENHAVN 2013
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

HJEMLØSE BORGERES SYGDOM OG BRUG AF SUNDHEDSYDELSER

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-203-2

e-ISBN: 978-87-7119- 204-9

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Hedda Bank

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2013 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	INDLEDNING	15
	Data og metode	16
	De hjemløse borgere	17
	Misbrug og psykisk sygdom	18
	Hjemløse borgeres sygdomsmønster	18
	Hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser	20
	Rapportens opbygning	21
2	METODE OG DATA	23
	Undersøgellesdesign	23
	Data	24
	Metode	32

	Diskussion af metode og data	35
	Opsummering	41
3	DE HJEMLØSE BORGERE	43
	Hjemløshed i befolkningen	43
	Fordelelinger af køn og alder blandt de hjemløse borgere	44
	Indskrivninger og tid tilbragt på en § 110-boform	47
	Opsummering	48
4	PSYKISK SYGDOM OG MISBRUG	51
	Psykisk sygdom	51
	Misbrug	55
	Samspillet mellem psykisk sygdom og misbrug i hjemløsegruppen	59
	Opsummering	65
5	FYSISK SYGDOM	67
	Tidligere undersøgelser	67
	De undersøgte sygdomsgrupper	71
	Hjemløse borgeres sygdomsmønster	72
	Kontrol for andre udsathedsfaktorer	88
	Analyse af de enkelte sygdomme	97
	Opsummering	143
6	BRUG AF SUNDHEDSYDELSER	145
	Barrierer i sundhedsvæsenet	146
	Andre studier af hjemløse borgeres brug af sundhedsvæsenet	152
	Hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser	154
	Kontrol for andre udsathedsfaktorer	173
	Opsummering	180
	BILAG	183

LITTERATUR

193

SFI-RAPPORTER SIDEN 2012

197

FORORD

I denne rapport præsenteres resultaterne af en undersøgelse af sygdom og brug af sundhedsydelser blandt hjemløse borgere, der har haft ophold på en § 110-boform i perioden fra 1999 til 2009. Undersøgelsen tegner således et billede af helbredsforholdene blandt en gruppe af de mest socialt udsatte borgere i samfundet og viser, i hvilket omfang denne gruppe benytter sundhedssystemet.

Undersøgelsen er finansieret af Helsefonden og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Rapporten er udarbejdet af forsker Lars Benjaminsen, der har været projektleder på undersøgelsen, videnskabelig assistent Morten Holm Enemark og studentermedhjælp Jesper Fels Birkelund.

Overlæge Henrik Thiesen, Københavns Kommune, har været referee på rapporten og takkes for kommentarer.

København, november 2013

AGI CSONKA

RESUMÉ

Denne rapport indeholder resultaterne af en undersøgelse af hjemløse borgeres sygdomsmønster og brug af sundhedsydelse. En population bestående af borgere, der på et tidspunkt i løbet af perioden fra 1999 til 2009 har været indskrevet på en § 110-boform for hjemløse borgere sammenlignes med den øvrige befolkning, både i forhold til sygdomsmønster og brug af forskellige sundhedsydelser. Samtidig tages der i analyserne også højde for andre udsathedsfaktorer som misbrug og psykisk sygdom.

RESULTATER

SYGDOMSMØNSTER

Undersøgelsen viser, at der er en markant overhyppighed af en række sygdomme i gruppen af borgere, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning. Den største overhyppighed finder vi for en række infektionssygdomme som hepatitis (herunder hepatitis C), tuberkulose og hiv samt forgiftninger. Også sygdomme som lungebetændelse, KOL og hudinfektioner har en høj overhyppighed for borgere, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning.

Kvinder, der har været hjemløse, har for en del sygdomme (særligt hiv og hepatitis) en højere overhyppighed end mænd, der har været hjemløse, sammenlignet med henholdsvis kvinder og mænd i den øvrige

befolkning. Overhyppigheden af sygdomme blandt de hjemløse sammenholdt med den øvrige befolkning er højest i de yngre aldersgrupper, for både mænd og kvinders vedkommende. Det hænger dels sammen med, at risikoen for en række sygdomme generelt stiger med alderen, og at en del af overhyppigheden således udlignes mellem hjemløsegruppen og den øvrige befolkning i de ældre aldersgrupper, dels at der er en høj dødelighed i hjemløsegruppen og dermed en lavere levealder, hvilket må antages at hænge sammen med oversygeligheden i de yngre aldersgrupper.

Analyserne peger på, at oversygeligheden blandt de borgere, der har været hjemløse, i høj grad hænger sammen med og forstærkes af en kombination af forskellige udsathedsfaktorer som misbrug og psykisk sygdom. Stofmisbrug er markant forbundet med infektionssygdomme, mens alkoholmisbrug og psykisk sygdom har betydning for en bredere vifte af fysiske sygdomme. Vi foretager derfor to typer af analyser af sygeligheden blandt de hjemløse. Først sammenligner vi hjemløsegruppen som helhed med den øvrige befolkning. Her tager vi hensyn til en forskellig køns- og alderssammensætning, men kontrollerer endnu ikke statistisk for, at mange af de hjemløse borgere samtidig fx har et stof- eller alkoholmisbrug. Dernæst foretager vi en statistisk analyse, hvor vi isolerer hjemløshedens betydning, ved at kontrollere for de øvrige udsathedsfaktorer.

Når vi tager højde for en forskellig køns- og alderssammensætning i hjemløsegruppen og i den øvrige befolkning, men før vi kontrollerer statistisk for øvrige udsathedsfaktorer, er risikoen for hepatitis C 29 gange højere for mænd, der har været hjemløse, sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens risikoen for kvinder, der har været hjemløse, er 60 gange højere end for kvinder i den øvrige befolkning, når der tages højde for forskellen i alderssammensætning. For hiv er overhyppigheden henholdsvis 6 gange højere for mænd og 38 gange højere for kvinder, der har været hjemløse, mens risikoen for tuberkulose er 13 gange højere for mænd og 16 gange højere for kvinder, der har været hjemløse, end for den øvrige befolkning. Risikoen for KOL er ca. 4 gange højere for mænd og 5 gange højere for kvinder, der har været hjemløse.

Vi udfører regressionsanalyser, hvor udsathedsfaktorer som misbrug og psykisk sygdom sammen med en række socioøkonomiske og demografiske karakteristika indgår i en samlet model for statistisk set at

kunne isolere hjemløshedens betydning for sygeligheden. Disse regressionsanalyser viser, at der, selv når der kontrolleres for alder, køn, misbrug, psykisk sygdom og andre socioøkonomiske faktorer, stadig er en forsøget risiko for at have en række sygdomme for gruppen af borgere, der har været hjemløse. Disse er fortrinsvis infektionssygdomme som tuberkulose, hepatitis (inklusive hepatitis C), hiv og rosen, ligesom hjemløshed også er forbundet med oversygelighed, når det gælder lunge- og hudsygdomme samt forgiftninger. Selv når der kontrolleres for stof- og alkoholmisbrug, psykisk sygdom og en række øvrige faktorer, er risikoen for hepatitis C således dobbelt så stor for både mænd og kvinder, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning, mens risikoen for hiv er 1,6 gange større for mænd og 4 gange større for kvinder, der har været hjemløse. Risikoen for tuberkulose er ca. 3 gange større for mænd, der har været hjemløse, og ca. 4 gange større for kvinder, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning, vel at mærke når der kontrolleres for øvrige faktorer. Selv når der kontrolleres for misbrug og psykisk sygdom samt demografiske og socioøkonomiske forhold, kan der således påvises en yderligere statistisk sammenhæng mellem hjemløshed og risikoen for disse sygdomme.

BRUG AF SUNDHEDSYDELSE

Ligesom for analysen af de hjemløse borgeres sygdomsmønster sammenlignes de hjemløse borgere med den øvrige befolkning i forhold til brugen af sundhedsydelser. Dette gøres ved dels at undersøge, i hvilket omfang de borgere, der har været hjemløse, bruger en række sundhedsydelser sammenlignet med den øvrige befolkning, dels ved at foretage regressionsanalyser, hvor udsathedsfaktorer i form af stof- og alkoholmisbrug og psykisk sygdom indgår sammen med en række socioøkonomiske og demografiske karakteristika. Undersøgelsen af brug af sundhedsydelser er afgrænset til det somatiske sundhedssystem og omfatter således ikke det psykiatriske sundhedssystem.

Når der tages højde for en forskellig alderssammensætning i gruppen af borgere, der har været hjemløse, og den øvrige befolkning, viser det sig, at der er et markant merforbrug af sundhedsydelser i gruppen af borgere, der har været hjemløse. Både blandt mænd og kvinder, der har været hjemløse, er antallet af hospitalsindlæggelser ca. 5 gange højere end i den øvrige befolkning, mens antallet af skadestuekontakter for mændene er 5 gange højere og for kvinderne 7 gange højere end i

den øvrige befolkning. Antallet af kontakter til almen læge er ca. 2,5 gange højere for både mænd og kvinder, der har været hjemløse, mens antallet af kontakter til vagtlæge er ca. 4 gange højere for mænd og 5 gange højere for kvinder, der har været hjemløse, end i den øvrige befolkning. Derimod er antallet af kontakter til tandlæge kun en tredjedel for mænd og ca. halvdelen for kvinder, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning. Antallet af kontakter til speciallæge ligger derimod for både mænd og kvinder, der har været hjemløse, på samme niveau som den øvrige befolkning, vel at mærke når der ikke kontrolleres for øvrige risikofaktorer.

Stof- og alkoholmisbrug samt psykisk sygdom er alle forbundet med et merforbrug af sundhedsydelser. Den højere prævalens af misbrug og psykisk sygdom er således i høj grad medvirkende til merforbruget af sundhedsydelser blandt borgere, der har været hjemløse. Selv når vi kontrollerer for disse faktorer, har gruppen af borgere, der har været hjemløse, imidlertid stadig et merforbrug i forhold til den øvrige befolkning, hvad angår de fleste sundhedsydelser. Således har både hjemløse mænd og hjemløse kvinder et merforbrug af almen læge og vagtlæge på mellem 22-30 pct. for begge ydelsestyper.

Tand- og speciallæge skiller sig ud ved, at der for disse ydelser ikke kan påvises et merforbrug for de borgere, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning – heller ikke, når der kontrolleres for andre faktorer. For gruppen af mænd, der har været hjemløse, ligger forbruget af tandlægeydelser på 59 pct. af mænd i den øvrige befolknings forbrug, når der kontrolleres for øvrige faktorer. Det tilsvarende tal for kvinder, der har været hjemløse, er 73 pct. For speciallæge ligger de hjemløse mænds forbrug på 72 pct. af mænd i den øvrige befolknings forbrug og på 76 pct. for hjemløse kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Hjemløshed er således forbundet med et mindre forbrug af speciallæge, når der kontrolleres for andre faktorer. Sammenholdt med overhyppigheden af en række sygdomme tyder det lavere forbrug af speciallægeydelser blandt de borgere, der har været hjemløse, på, at der er barrierer forbundet med adgangen til og brugen af disse ydelser for de hjemløse borgere, snarere end at det lavere brug af ydelser skyldes et lavere behov for disse ydelser.

Også hvad angår omfanget af skadestuebesøg og hospitalsindlæggelser har hjemløshed betydning for forbruget, også når der kontrolleres for andre faktorer. Hjemløse mænd har 64 pct. flere skadestue-

kontakter sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens hjemløse kvinder har 74 pct. flere skadestuekontakter sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Også for hospitalsindlæggelser ses et merforbrug for både hjemløse mænd og hjemløse kvinder på henholdsvis 49 pct. og 41 pct. i forhold til henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Kun for ambulante kontakter kan der ikke påvises et merforbrug blandt de hjemløse borgere. Niveaue for forbruget af denne sundhedsydelse ligger på samme niveau for hjemløse som den øvrige befolkning, når der kontrolleres for andre faktorer som blandt andet misbrug og psykisk sygdom. Det kan dog særligt hænge sammen med vanskeligheder for de hjemløse borgere ved at følge ambulante behandlingsforløb.

PERSPEKTIVER

Undersøgelsen viser generelt, at gruppen af borgere, der har været hjemløse, både har en høj sygelighed og bruger sundhedsvæsenet ganske meget. Regressionsanalyserne giver her et nyt perspektiv på både de hjemløse borgeres sygelighed og brug af sundhedsydelser og spørgsmålet om barrierer i mødet med sundhedsvæsenet.

Selv når der kontrolleres for andre udsathedsfaktorer som misbrug og psykisk sygdom og socioøkonomiske karakteristika, finder vi stadig en højere sygelighed for en række sygdomme og et merforbrug af almen læge, vagtlæge, indlæggelser og skadestuekontakter. Dette stemmer overens med de hjemløse borgeres niveau af oversygelighed, men det betyder samtidig ikke, at der ikke findes barrierer i den hjemløse borgers møde med sundhedsvæsenet.

Sådanne barrierer kan være personlige barrierer knyttet til eksempelvis misbrug og psykisk sygdom eller mistillid til systemet og mistro til, at man bliver behandlet ordentligt. Det kan også være administrative og organisatoriske barrierer i form af en mindre direkte og gennemskuelig adgang til forskellige sundhedsudbydere som speciallæger, der kan afholde hjemløse borgere fra at tage kontakt til sundhedsvæsenet. Tallene tyder generelt på, at brugen af alment praktiserende læger og skadestuer er forbundet med færrest barrierer for de hjemløse, mens der er flere barrierer forbundet med brug af tand- og speciallæger.

Undersøgelsen viser, at hjemløshed, misbrug og psykisk sygdom hver især udgør betydelige risikofaktorer for sygelighed og er forbundet med en højere brug af sundhedsydelser, og at disse udsathedsfaktorer må

ses i tæt sammenhæng. Den markante oversygelighed i gruppen af hjemløse borgere peger generelt på et behov for at medtænke en sundhedsmæssig dimension i den sociale støtte til disse borgere. Her kan der peges på de gode erfaringer fra den nationale hjemløsestrategi med brugen af forskellige bostøttemetoder til hjemløse, der genhuses i egen bolig.

Den såkaldte ACT-indsats (Assertive Community Treatment), der er afprøvet i København, er særligt velegnet til gruppen af hjemløse med komplekse støttebehov, herunder navnlig gruppen af psykisk syge misbrugere. Her varetages den sociale støtte til hjemløse borgere, der genhuses i egen bolig, af et multidisciplinært støtteteam, der både omfatter socialpædagoger, sygeplejerske, psykiater, misbrugsbehandler samt medarbejdere med myndighedskompetence fra henholdsvis socialcenter og jobcenter. Resultaterne fra hjemløsestrategien og afprøvningen af ACT-metoden viser, at denne metode har en særlig styrke, ved at den samtænker den socialfaglige og sundhedsmæssige dimension i en samlet helhedsorienteret indsats, der tilpasses borgerens individuelle behov (Benjaminsen & Lauritzen, 2013; Rambøll & SFI, 2013).

Også ICM-metoden (Intensive Case Management) er velegnet til hjemløse med et langvarigt behov for social støtte, idet case-manageren kan støtte op om og være tovholder for brugen af en række nødvendige behandlingsindsatser, herunder både psykiatrisk behandling, misbrugsbehandling og behandling i det somatiske sundhedssystem (Rambøll & SFI, 2013).

DATAGRUNDLAG

Undersøgelsens datagrundlag består af registeroplysninger for 4.237.451 personer, der var 18 år og derover i 1999. Denne population er fulgt i en periode på 11 år til og med 2009. Ud af denne grundpopulation har 26.080 personer været indskrevet på § 110-boformer for hjemløse i løbet af perioden. Sygdomsmønstret og brug af sundhedsydelser belyses for gruppen af borgere, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning. Der foretages endvidere analyser, der tager højde for en række øvrige faktorer som misbrug, psykisk sygdom og socioøkonomiske forskelle.

INDLEDNING

Denne rapport indeholder resultaterne af en registerundersøgelse af sygdomsmønstre og brug af sundhedsydelse blandt borgere, der har været hjemløse. Undersøgelsen er finansieret af Helsefonden og SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

I undersøgelsen følger vi ca. 26.000 borgere, der var fyldt 18 år i 1999, og som har været indskrevet på en § 110-boform for hjemløse i perioden 1999-2009. Vi belyser sygdomsmønstret og brug af sundhedsydelse i denne gruppe sammenlignet med den øvrige befolkning ved hjælp af registerdata fra sundhedssystemet. Vi ser også på betydningen af andre udsathedsfaktorer, fx misbrug og psykisk sygdom.

Et af hovedresultaterne er, at der er en oversygelighed i gruppen af borgere, der har været hjemløse, også når der kontrolleres for en række øvrige udsathedsfaktorer samt demografiske og socioøkonomiske forhold. Samtidig viser undersøgelsen også et merforbrug af en række sundhedsydelse, herunder hospitalsindlæggelser, brug af almen læge samt vagtlæge og skadestuer. Undersøgelsen peger på et potentiale for at styrke den sundhedsmæssige dimension i den sociale indsats for borgere, der rammes af hjemløshed.

DATA OG METODE

Populationen for denne undersøgelse er den voksne danske befolkning i 1999. Denne grundpopulation opdeles i to populationer af henholdsvis borgere, der på et tidspunkt i løbet af perioden 1999-2009 har været indskrevet på en § 110-boform (boformer for hjemløse borgere) og den øvrige befolkning.

Til dannelse af hjemløsepopulationen har vi anvendt data fra Ankestyrelsen over borgere, der er blevet registreret i § 110-boformernes klientregistreringssystem i perioden 1999-2009. Undersøgelsen er endvidere baseret på registerdata fra bl.a. Landspatientregistret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister (Mors m.fl., 2011), Register over stofmisbrugere i behandling (SIB) og Sygesikringsregistret. Ved at sammenkøre disse registre er det muligt at skabe de bedst mulige mål for både stof- og alkoholmisbrug samt psykisk og fysisk sygdom. Sygesikringsregistret gør det muligt at undersøge hele populationens brug af sundhedsydelse i hele det almene sundhedssystem.

Analyserne af de hjemløse borgeres sygelighed baserer sig på perioden fra 1999 til 2009, mens analyserne af de hjemløse borgeres brug af sundhedsydelse baserer sig på perioden fra 2005 til 2009, grundet et databrud mellem 2004 og 2005.

Selve analyserne består først af en deskriptiv analyse, hvor henholdsvis hjemløsegruppens og den øvrige befolknings risiko for forskellige sygdomme sammenlignes. Efterfølgende anvender vi multivariate analyser, hvor vi kontrollerer for andre udsathedsfaktorer som misbrug og psykisk sygdom samt en række socioøkonomiske forhold. Samme fremgangsmåde anvendes i forhold til brugen af forskellige sundhedsydelse.

Undersøgelsen adskiller sig fra de fleste andre studier på området ved vores brug af registerdata, og ved at vi har en stor population i form af hele befolkningen og oplysninger om sygdom og brug af sundhedsydelse fra hele det almene sundhedssystem. Der er dog også den ulempe, at vi ved anvendelsen af registerdata ikke indfanger de sygdomme, der ikke bliver behandlet i det almene sundhedssystem og dermed ikke registreres. Det kan derfor antages, at der særligt for de hjemløse borgere kan være en underestimering i forekomsten af kroniske – og andre ikke-akutte – sygdomme, hvor symptomerne viser sig over en længere periode.

DE HJEMLØSE BORGERE

Vi måler i denne undersøgelse hjemløshed ved, om man har været indskrevet på en § 110-boform i perioden 1999-2009. Ifølge den definition af hjemløshed, der benyttes i de nationale kortlægninger, omfatter hjemløshed også andre hjemløshedssituationer, såsom at overnatte på gaden, på natvarmestuer eller midlertidigt hos familie og venner. Der kan således være borgere, som har været hjemløse i perioden, men som ikke har benyttet § 110-boformerne. Imidlertid peger resultaterne fra de nationale kortlægninger på, at en betydelig del af fx gadesoverne og natvarmestuebrugerne på et tidspunkt benytter § 110-boformerne. Når vi måler hjemløsheden ved brug af § 110-boformerne over en meget lang periode på 11 år, antager vi derfor, at dette mål opfanger en betydelig af de borgere, der har befundet sig i en hjemløshedssituation i et eller flere tidsrum i perioden.

I alt har ca. 0,6 pct. af den voksne befolkning i 1999 været indskrevet på en § 110-boform på et tidspunkt i løbet af perioden 1999-2009. Blandt mænd er tallet 1,0 pct., og blandt kvinder er det 0,3 pct., der har været indskrevet på en § 110-boform.

Hjemløshedens omfang og karakter varierer blandt de hjemløse borgere. Således er der en stor andel af hjemløsegruppen, der kun har været indskrevet på et herberg i få og kortere perioder. Samtidig findes der en anden gruppe af hjemløse borgere, der har flere og længere perioder i hjemløshed.

Blandt de hjemløse borgere er de yngre aldersgrupper og særligt de 30-49-årige overrepræsenterede. Omvendt er andelen af ældre hjemløse borgere over 60 år meget lav. Kun godt 3 pct. af de hjemløse borgere, uanset køn, er 60 år eller ældre, mens denne andel for den øvrige befolkning er 23 pct. for mænd og 29 pct. for kvinder.

Disse forskelle i køn og alder mellem hjemløsegruppen og den øvrige befolkning har betydning, når sygdomsmønstrene i disse to populationer skal sammenlignes. Derfor opgøres de deskriptive analyser af både sygelighed og brug af sundhedsydelser på køn og alder, ligesom vi foretager aldersstandardiserede opgørelser. Grundet den meget lave andel af hjemløse borgere på 60 år og derover begrænses analyserne til gruppen af 18-59-årige.

MISBRUG OG PSYKISK SYGDOM

Psykisk sygdom og misbrug af alkohol og stoffer er udbredt blandt de hjemløse borgere og er således faktorer, der er medvirkende til at forstærke denne gruppes udsathed. I perioden 1999-2009 er 45 pct. af de hjemløse mænd blevet registreret med en psykisk lidelse og 72 pct. med et misbrug, mens de tilsvarende tal for kvinder er henholdsvis 59 pct. og 74 pct. Psykisk sygdom, og særligt skizofreni/psykose-diagnoser, er relativt mere udbredt blandt de yngre aldersgrupper i hjemløsepopulationen, mens andelen med et misbrug er nogenlunde konstant på tværs af både køn og alder blandt de hjemløse borgere. Der ses dog store forskelle i karakteren af misbruget på tværs af alder. Stofmisbrug ses i højere grad blandt de yngre aldersgrupper, mens der er flest med et alkoholmisbrug blandt de midaldrende og ældre hjemløse.

Der findes en stærk sammenhæng mellem misbrug og psykisk sygdom blandt hjemløse borgere. Således er andelen med et misbrug væsentligt højere blandt de hjemløse borgere, der samtidig lider af en psykisk sygdom end blandt de hjemløse borgere, der ikke har en psykisk sygdom.

Det er således en stærk sammenhæng mellem forekomsten af hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug. At være udsat for en af de tre faktorer hjemløshed, misbrug eller psykisk sygdom øger således statistisk set sandsynligheden for, at man er udsat for mindst én af de to andre.

HJEMLØSE BORGERES SYGDOMSMØNSTER

De hjemløse borgere er generelt mere udsatte sammenlignet med den øvrige befolkning i forhold til stort set alle undersøgte sygdomme.

Særligt i forhold til infektionssygdomme som hepatitis og tuberkulose, hvor både hjemløse mænd og hjemløse kvinder har en markant højere risiko for at være smittet med disse sygdomme. Således er prævalensen for disse sygdomme mere end 10 gange så høj blandt hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning. For de hjemløse kvinder har også forgiftninger og hiv denne markant forhøjede prævalens. Også for en række andre sygdomme som eksempelvis blodforgiftning, epilepsi, KOL, lungebetændelse og hudinfektioner har hjemløse borgere

en relativ risiko¹, der ligger mellem 3 og 10, når man sammenligner med den øvrige befolkning. For de øvrige undersøgte sygdomme, på nær svulster, er den relative risiko mindre end 3, men højere end 1.

Forskellen i sygelighed er større mellem hjemløse kvinder og kvinder i den øvrige befolkning end mellem hjemløse mænd og mænd i den øvrige befolkning. Den største forskel mellem mænd og kvinder i oversygeligheden forbundet med hjemløshed findes for hiv, men også for hepatitis (herunder hepatitis C) er den relative risiko når vi sammenligner hjemløse med den øvrige befolkning markant højere for kvinder sammenlignet med mænd.

Alder er en anden faktor, der også spiller ind på den relative risiko forbundet med hjemløshed for både mænd og kvinder. Det er særligt de yngre aldersgrupper af hjemløse borgere, der har den højeste relative risiko sammenlignet med de samme aldersgrupper i den øvrige befolkning. Den relative risiko er aftagende med alderen, i takt med at flere i den øvrige befolkning rammes af forskellige sygdomme med alderen. Samtidig er der en høj dødelighed i hjemløsegruppen, hvilket betyder, at de mest syge blandt de hjemløse kan være afgået ved døden allerede i en relativt ung alder.

I undersøgelsen af de hjemløse borgeres sygelighed tages der yderligere højde for øvrige udsathedsfaktorer i form af misbrug og psykisk sygdom. Resultaterne af disse regressionsanalyser peger på, at den observerede oversygelighed blandt hjemløse borgere skyldes en kombination af forskellige udsathedsfaktorer. Misbrug og psykisk sygdom bidrager i høj grad til hjemløse borgeres oversygelighed. Stofmisbrug er hovedsageligt forbundet med en række infektionssygdomme som eksempelvis hepatitis og hiv, mens alkoholmisbrug og psykisk sygdom har sammenhæng med en bredere vifte af sygdomme.

Selv når vi kontrollerer for misbrug og psykisk sygdom, alder, køn og en række andre socioøkonomiske forhold, finder vi imidlertid stadig, at hjemløshed i sig selv er forbundet med oversygelighed for en række sygdomme. Den relative risiko bliver markant mindre, når vi kontrollerer for ovennævnte faktorer, men er stadig signifikant højere end 2, for en række infektionssygdomme (tuberkulose for mænd og rosen, hepatitis og hiv for kvinder), mens den er højere end 1, men mindre end 2,

1. Relativ risiko er et udtryk for forholdet mellem prævalensen af en sygdom mellem to grupper, i dette tilfælde mellem de hjemløse borgere og den øvrige befolkning.

for hudinfektioner, lungebetændelse og forgiftninger samt for hepatitis og hiv for mænd.

HJEMLØSE BORGERES BRUG AF SUNDHEDSYDELSER

Den højere forekomst af en række sygdomme i gruppen af hjemløse borgere understreger relevansen af at undersøge disse borgeres brug af sundhedsydelse. Netop på grund af de flere sundhedsproblemer blandt hjemløse borgere kunne man forvente, at denne gruppe bruger sundhedsydelse mere end den øvrige befolkning. Omvendt kunne det også tænkes, at personlige og/eller systemiske barrierer kan begrænse brugen af sundhedsydelse blandt de hjemløse borgere. Sådanne barrierer kan medvirke til, at hjemløse borgere ikke får den nødvendige behandling, hvilket kan forværre den hjemløse borgers sundhedssituation yderligere.

I forhold til de hjemløse borgeres brug af sundhedsydelse i perioden 2005-2009 finder vi, at hjemløse borgere bruger de fleste af disse sundhedsydelse mere end den øvrige befolkning.

For både hjemløse borgere og den øvrige befolkning er almen praktiserende læge den hyppigst benyttede sundhedsydelse. Almen læge udgør således mere end to tredjedele af det samlede antal kontakter for begge grupper, dog en større andel af det samlede antal kontakter for de hjemløse borgere. Derimod udgør brugen af speciallæger og tandlæger en relativt mindre andel af de samlede kontakter blandt de hjemløse borgere end i den øvrige befolkning. Samlet set udgør disse to sundhedsydelse 20 pct. af den øvrige befolknings samlede antal kontakter til sundhedsydelse mod 6 pct. blandt hjemløse borgere.

Når det gælder det sekundære sundhedssystem, som består af sygehusene, herunder skadestuer og ambulatorier, udgør denne del af sundhedsvæsenet en relativt større andel af den samlede brug af sundhedsydelse blandt hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning. Dette skyldes, at hjemløse borgere bruger skadestuen relativt mere og indlægges relativt oftere sammenlignet med den øvrige befolkning.

Når der tages højde for en forskellige alderssammensætning i gruppen af borgere, der har været hjemløse, og den øvrige befolkning, er der et markant merforbrug af sundhedsydelse i gruppen af borgere, der har været hjemløse. Både blandt mænd og kvinder, der har været hjemløse, er antallet af hospitalsindlæggelser ca. 5 gange højere end i den øvrige

befolkning, mens antallet af skadestuekontakter for mændene er 5 gange højere og for kvinderne 7 gange højere end i den øvrige befolkning. Antallet af kontakter til almen læge er ca. 2,5 gange højere for både mænd og kvinder, der har været hjemløse, mens antallet af kontakter til vagtlæge er ca. 4 gange højere for mænd og 5 gange højere for kvinder, der har været hjemløse, end i den øvrige befolkning.

Derimod er antallet af kontakter til tandlæge kun en tredjedel for mænd og ca. halvdelen for kvinder, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning. Antallet af kontakter til speciallæge ligger derimod for både mænd og kvinder, der har været hjemløse, på samme niveau som den øvrige befolkning, vel at mærke når der ikke kontrolleres for øvrige risikofaktorer.

Hjemløse kvinder bruger i gennemsnit de forskellige sundhedsydelser mere og har flere kontakter sammenlignet med hjemløse mænd. Disse tendenser kan dog også genfindes i den øvrige befolkning.

Når der kontrolleres for andre udsathedsfaktorer som misbrug og psykisk sygdom samt køn, alder og socioøkonomiske forhold, viser analyserne, at hjemløshed stadig er forbundet med et merforbrug af almen læge, vagtlæge, indlæggelse og skadestuekontakt på mellem 22-74 pct. Endvidere viser analyserne, at udsathedsfaktorerne misbrug og psykisk sygdom i høj grad er forbundet med et merforbrug af sundhedsydelser i både den primære og sekundære sundhedssektor. Hjemløshed er derimod ikke længere forbundet med et merforbrug af ambulante ydelser efter kontrol for andre faktorer. Samtidig ligger forbruget af special- og tandlæge på et lavere niveau for hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning.

Således findes der stadig et merforbrug af de sundhedsydelser, hvortil der er mest direkte adgang, også når der kontrolleres for andre faktorer. Samtidig tyder analyseresultaterne på, at de stærkeste barrierer for hjemløse borgere i mødet med sundhedsvæsenet findes blandt de mest specialiserede sundhedsydelser som ambulante ydelser, speciallæge og tandlæge.

RAPPORTENS OPBYGNING

I kapitel 2 gennemgår vi rapportens datagrundlag og metode. I kapitel 3 sammenligner vi hjemløsepopulationen med den øvrige befolkning med

hensyn til køn og alder og beskriver omfanget af hjemløsheden. I kapitel 4 belyser vi forekomsten af misbrug og psykisk sygdom i hjemløsepopulationen. I kapitel 5 analyserer vi forekomsten af fysiske sygdomme i undersøgelsespopulationen af hjemløse borgere. Denne gruppe borgeres sygdomsmønster sammenligner vi med den øvrige befolkning, og desuden undersøger vi, hvilken betydning andre udsathedsfaktorer som misbrug og psykisk sygdom har for hjemløse borgeres sygdomsmønster. I kapitel 6 analyserer vi de hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser, som sammenlignes med den øvrige befolkning, og vi analyserer sammenhængen mellem hjemløshed og brug af sundhedsydelser, når der tages højde for andre udsathedsfaktorer og for socioøkonomiske forhold.

METODE OG DATA

I dette kapitel gennemgår vi undersøgelsens design, datagrundlag og metode. Vi giver først en overordnet beskrivelse af undersøgelsens design og sammenligner med andre studier af hjemløse borgeres sundhed. Efterfølgende beskriver vi undersøgelsens datagrundlag og statistiske metoder mere detaljeret.

UNDERSØGELSESDSIGN

Denne undersøgelse af hjemløse borgeres sygelighed og brug af sundhedsydelser baserer sig på registerdata. Vi anvender en registerdatabase baseret på data fra Danmarks Statistik for hele den voksne danske befolkning i 1999. Grundpopulationen er således 4.237.451 personer på 18 år og derover i 1999. Denne registerdatabase samkøres med en database over brugere af § 110-boformer (herberger og forsorgshjem) for perioden 1999-2009, som vi har fået stillet til rådighed af Ankestyrelsen. Ud af grundpopulationen af voksne personer i 1999 er der 26.080 personer, som har været indskrevet på en § 110-boform over perioden på 11 år.

Til databasen knyttes endvidere oplysninger fra en række andre registre. Analysen af hjemløse borgeres sygelighed og brug af sundheds-

ydelse baserer sig således på data fra Landspatientregistret², Sygesikringsregistret³, Registret over stofmisbrugere i behandling⁴ og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister⁵ (Mors, Perto & Mortensen, 2011), ligesom vi i analyserne anvender en række øvrige datasæt fra Danmarks Statistiks registerdatabaser. Tilgangen til data er foregået gennem Danmarks Statistiks forskerservice i form af anonymiserede individdata, det vil sige, at det ikke er muligt at identificere enkeltindivider i datasættet.

På baggrund af data fra disse registre belyser vi forekomsten af sygdomme og brugen af sundhedsydelse over en periode på 11 år fra 1999 til 2009. Vi ser både på forekomsten af psykisk sygdom og misbrug blandt de hjemløse borgere og på forekomsten af fysiske sygdomme, og vi sammenligner med den øvrige befolkning. Vi ser også på psykisk sygdom og misbrug som medvirkende faktorer til fysisk sygdom, og vi foretager i en statistisk model for hele befolkningen en samlet kontrol for betydningen af hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug samt en række øvrige faktorer for risikoen for fysisk sygdom og for brugen af sundhedsydelse.

DATA

I det følgende beskriver vi, hvordan undersøgelsens centrale variable er dannet. Undersøgelsens centrale uafhængige variabel er hjemløshed. Derudover er psykisk sygdom og misbrug af alkohol og stoffer centrale variable, når man taler om udsathed blandt hjemløse borgere. Det vil fremgå, hvordan vi har sammenkørt flere forskellige registre for at skabe de mest dækkende mål for disse udsathedsfaktorer. Derefter beskriver vi kodningen af somatisk sygdom og brug af sundhedsydelse, som udgør undersøgelsens centrale afhængige variable. Al data er indhentet for perioden 1999-2009.

-
2. Landspatientregistret indeholder oplysninger fra sygehusvæsenet om antallet af indlæggelser, ambulante kontakter, skadestuebesøg og diagnosticerede sygdomme for alle danske statsborgere.
 3. Sygesikringsregistret indeholder oplysninger om alle kontakter til almen læge, tandlæge og speciallæge for alle danske statsborgere.
 4. Registret over stofmisbrugere i behandling er indhentet fra Statens Seruminstitut og indeholder oplysninger om alle stofmisbrugere, der er i behandling for stofmisbrug.
 5. Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister indeholder oplysninger om antallet af psykiatriske indlæggelser, ambulante kontakter, skadestuebesøg og psykiatriske diagnoser for alle danske statsborgere.

HJEMLØSHED

Til at danne hjemløsepopulationen har vi indhentet data om brug af § 110-boformer fra Ankestyrelsen. Disse oplysninger stammer fra klient-registreringssystemet på landets § 110-boformer (herberger og forsorgshjem).⁶ Herfra har vi data for alle registrerede indskrivninger i perioden 1999-2009. Alle personer, der mindst én gang i perioden har været indskrevet på et herberg, er i undersøgelsen kodet som hjemløse borgere, uanset hvor kort eller lang en periode der har været tale om. Ud af grundpopulationen, der udgøres af alle voksne personer over 18 år i 1999, er der 26.080, som mindst én gang i perioden 1999-2009 har været indskrevet på et herberg.

Vi udelader en gruppe af kvinder på de københavnske kvindekrisecentre, som indgår i § 110-statistikken, da nogle af de københavnske kvindekrisecentre har en delt krisecenter- og herbergsfunktion. For disse kvinder er det ikke muligt at skelne mellem, om opholdet skyldes hjemløshed eller fx vold i familien. Her vurderer vi, at det er vigtigt, at hjemløsegruppen ikke indeholder ”falske positive”, det vil sige borgere, som ikke er hjemløse, da det kan bidrage til at undervurdere sygeligheden i hjemløsegruppen.

Gruppen af borgere, der indskrives på § 110-boformerne, udgør generelt en betydelig del af de borgere, der i Danmark rammes af hjemløshed. I de nationale kortlægninger af hjemløshed er der anvendt en definition af hjemløshed, som sondrer mellem otte forskellige hjemløshedssituationer (Benjaminsen & Lauritzen, 2013). Disse otte hjemløshedssituationer er følgende:

- Overnatter på gaden, i trappeopgang, i et skur e.l.
- Overnatter på natvarmestue/værested med nødovernatning e.l.
- Overnatter på akut/midlertidigt botilbud som herberg og forsorgshjem
- Opholder sig på hotel, vandrerhjem e.l. pga. hjemløshed
- Bor midlertidigt og uden kontrakt hos familie, venner eller bekendte
- Bor i midlertidig udslusningsbolig uden permanent kontrakt
- Afsoner under Kriminalforsorgen, skal løslades inden for 1 måned og mangler en boligløsning
- Opholder sig på hospital/behandlingstilbud, skal udskrives inden for 1 måned og mangler en boligløsning.

6. Se Ankestyrelsen, 2012.

I de nationale kortlægninger af hjemløshed udgør gruppen af herbergsbrugere ca. 35-40 pct. af alle de hjemløse borgere, som er opgjort i kortlægningerne (Benjaminsen, 2009; Benjaminsen & Christensen, 2007; Benjaminsen & Lauritzen, 2013; Lauritzen, Boje-Kovacs & Benjaminsen, 2011). Samtidig er der dog en betydelig del af gadesoverne og brugerne af natvarmestuer, der i løbet af optællingsugen også benytter § 110-boformerne, og det er således knap halvdelen af alle hjemløse, der opgøres i kortlægningerne, der har benyttet § 110-boformerne i løbet af optællingsugen. Boformsbrugerne udgør således en betydelig del af de hjemløse, men dog ikke hele gruppen.

Vi afgrænser i indeværende undersøgelse som nævnt hjemløsegruppen til at være de borgere, der har anvendt § 110-boformerne. Her antager vi, at der, når vi ser på en flerårig periode, vil være en betydelig del af de borgere, der rammes af hjemløshed, der på et eller andet tidspunkt vil benytte boformerne. Vi understreger dog samtidig, at der også vil være hjemløse, der ikke indgår i denne afgrænsning. Vi opfanger således en gruppe, der ikke – eller kun i begrænset omfang – har haft mulighed for fx at overnatte hos familie og venner. Det betyder, at der også i den gruppe, vi opgør, som i den øvrige befolkning vil være borgere, der har oplevet hjemløshed i perioden, men som således optræder som ”falske negative”. I kapitel 3 giver vi en nærmere karakteristik af gruppen af borgere, der har været indskrevet på en § 110-boform.

MISBRUG

Oplysninger om misbrug blandt de hjemløse borgere og i den øvrige befolkning generelt stammer fra Register over stofmisbrugere i behandling, Landspatientregistret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister. Vi skelner mellem alkoholmisbrug og stofmisbrug, hvor stofmisbrug kan være et misbrug af hash og/eller af hårde stoffer (fx heroin, kokain og amfetamin). Alle, der optræder i Register over stofmisbrugere i behandling, er kodet som havende et stofmisbrug.⁷ Fra dette register har vi også kodet alle, der opgiver et dagligt alkoholforbrug, som alkoholmisbrugere.

7. I nogle tilfælde indeholder registrene en sondring mellem forskellige typer af stofmisbrug, mens andre registreringer ikke udspecificerer det anvendte stof. I den udstrækning det er muligt at skelne mellem misbrug af hash og af hårde stoffer, så peger det på, at langt de fleste registreringer af stofmisbrug dækker over misbrug af hårde stoffer, og at dem, der registreres med et hashmisbrug, også ofte er registreret med et misbrug af hårde stoffer. Man må altså formode, at individer, der udelukkende har et misbrug af hash, ikke i lige så høj grad bliver registreret med et misbrug. På grund af disse problemer med at udskille hashmisbrug fra misbrug af hårde stoffer opgør vi stofmisbrug som en samlet stofmisbrugsvariabel.

Fra Landspatientregistret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister koder vi alle, der er blevet diagnosticeret med stofrelaterede psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser, som stofmisbrugere, og alle, der er blevet diagnosticeret med alkoholrelaterede psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser, som alkoholmisbrugere. Fra Landspatientregistret koder vi desuden en gruppe af alkohol- og stofrelaterede somatiske sygdomme og administrative koder som indikatorer på misbrug. Tabel 2.1 giver et overblik over, hvilke sygdomme med tilhørende ICD-10-koder der kodes som henholdsvis alkohol- og stofmisbrug.

TABEL 2.1

Sygdomme, der kodes som alkohol- og stofmisbrug, med tilhørende ICD-10-koder fra Landspatientregistret.

Kodning	ICD-10-kode	Indhold
Alkoholmisbrug	E24.4	Alkoholinduceret pseudo-Cushings syndrom
	F10.0-F10.9	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol
	G31.2, G62.1, G72.1	Nervesygdomme forårsaget af alkohol
	I42.6	Alkoholisk kardiomyopati
	K29.2, K70, K85.2, K86.0	Fordøjelsessygdomme forårsaget af alkohol (inkl. alkoholisk leversygdom)
	T51.0-T51.9	Forgiftning med alkohol
	Z50.2, Z71.4, Z72.1	Kontakt mhp. genoptræning efter alkoholmisbrug, Rådgivning og kontrol ved alkoholmisbrug, Problem med alkoholforbrug (i forbindelse med livsstil)
Stofmisbrug	F11.0-F16.9, F18.0-F19.9	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer (ekskl. alkohol og tobak)
	R78.1-R78.4	Påvisning af morfika, kokain, hallucinogener eller andre narkotika i blodet
	T40.0-T40.9	Forgiftninger med opioider, kokain og hallucinogener

Anm.: De psykiske lidelser (F-koderne) hentes også fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Ud af grundpopulationen, der udgøres af alle voksne personer over 18 år i 1999, er der 140.651, som mindst én gang i perioden 1999-2009 er blevet registreret med en indikator på et alkoholmisbrug. 123.692 er blevet registreret i Landspatientregistret, 48.530 er blevet registreret i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, og 1.875 er blevet registreret i Register over stofmisbrugere i behandling. Det betyder, at der er et væsentligt overlap mellem registreringer i de tre registre.

Ud af grundpopulationen er der 49.606, som mindst én gang i perioden 1999-2009 er blevet registreret med en indikator på et stofmisbrug. 24.015 er blevet registreret i Landspatientregistret, 22.047 er blevet registreret i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, og 23.470 er

blevet registreret i Register over stofmisbrugere i behandling. Der er således også for stofmisbrug et væsentligt overlap mellem registreringer i de tre registre.

PSYKISK SYGDOM

Oplysninger om psykisk sygdom henter vi fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Landspatientregistret. Vi skelner mellem en gruppe af de sværeste psykiske lidelser bestående af skizofreni, skizotypisk sindslidelse og psykoser, som vi kalder ”skizofreni/psykose” (ICD-10: F20.0-F29.9) og en gruppe af ”andre psykiske lidelser” (ICD-10: F00-F99.9 ekskl. F20.0-F29.9 og ekskl. misbrugskoderne F10.0-F10.9, F11.0-F16.9, F18.0-F19.9). ”Andre psykiske lidelser” udgør dermed en bred vifte af øvrige psykiatriske diagnoser (fx depression, stress-relaterede lidelser, spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser). I de deskriptive analyser af psykisk sygdom i hjemløsegruppen (kapitel 3) anvender vi denne skelnen mellem skizofreni/psykose og øvrige psykiske lidelser. I de efterfølgende analyser af hjemløse borgeres sygdomsmønster og brug af sundhedsydelse slår vi de to kategorier sammen og anvender dermed et samlet mål for psykisk sygdom.

TABEL 2.2

Psykiske sygdomme, der kodes som psykose/skizofreni og andre psykiske lidelser, med tilhørende ICD-10-koder fra Landspatientregistret og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Kodning	ICD-10-kode	Indhold
Skizofreni /psykose	F20-F29.9	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser
Andre psykiske lidelser	F00-99.9 (ekskl. F20-F29.9, F10-F10.9, F11-F16.9, F18-F19.9,)	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (ekskl. skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser samt psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller psykoaktive stoffer)

Ud af grundpopulationen, der udgøres af alle voksne personer over 18 år i 1999, er der 49.410, som mindst én gang i perioden 1999-2009 er blevet diagnosticeret med skizofreni/psykose. 45.117 er blevet registreret i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og 23.834 i Landspatientregistret. Det vil sige, at langt de fleste, der er registreret i Landspatientregistret

med skizofreni/psykose, kan genfindes i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister med samme diagnose.

Ud af grundpopulationen er der endvidere 394.743, som mindst én gang i perioden 1999-2009 er blevet diagnosticeret med andre psykiske lidelser. 262.888 er blevet registreret i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og 238.361 i Landspatientregistret. Der er med andre ord et vist overlap mellem registreringer i de to registre.

Ud af grundpopulationen er der i alt 413.999, der mindst én gang i perioden 1999-2009 er blevet registreret med en psykiatrisk diagnose, hvorfor der er et vist overlap mellem de to grupper af psykiatriske diagnoser (skizofreni/psykose og andre psykiske lidelser). I analyserne definerer vi dog de to grupper som gensidigt udelukkende, det vil sige, at borgere, som har fået skizofreni/psykose-diagnoser, er opgjort i denne gruppe og indgår således ikke i gruppen med øvrige psykiske sygdomme. Af de 413.999 personer, der mindst én gang i perioden er registreret med en psykisk sygdom, er det således 49.410 personer, der er opgjort i gruppen, der mindst én gang er blevet diagnosticeret med skizofreni/psykose, mens 364.589 personer er opgjort i gruppen, der er registreret med øvrig psykisk sygdom, men ikke skizofreni/psykose.

FYSISK SYGDOM

Fysisk sygdom registreres ved indlæggelse og skadestuebesøg i Landspatientregistret. Vi skelner mellem overordnede sygdomsgrupper ud fra deres grupperinger i ICD-10-kodesystemet, og derudover har vi udvalgt mere specifikke diagnoser, som vi betragter som særligt vigtige i studiet af hjemløse borgeres sygdomsmønster, fx tuberkulose, hepatitis, hiv, lungebetændelse og KOL. De forskellige grupper af sygdomme og de specifikke udvalgte diagnoser er anført i tabel 2.3.

TABEL 2.3

Undersøgte sygdomsgrupper med tilhørende ICD-10-koder.

Sygdomsgrupper	ICD-10-kode	Indhold
Infektionssygdomme	A00- B99.9	Bakterielle sygdomme, seksuelt overførte sygdomme, svampe- og ormesygdomme mv.
Tuberkulose	A15-A19.9	-
Blodforgiftning	A40-A41.9	Sepsis forårsaget af streptokokker og andre bakterier
Rosen	A46-A46.9	-
Hepatitis	B15-B19.9	Akut hepatitis og kronisk viral leverbetændelse
Hepatitis C	B17.1, B18.2	Akut og kronisk viral hepatitis C
Hiv	B20-B24.9	-
Svulster	C00-D48.9	Kræftsygdomme, godartede neoplasmer, andre tumorer
Kræftsygdomme	C00-C96.9	-
Blodsygdomme	D50-D89.9	Jernmangel, sygdomme i blod eller milt mv.
Blodmangel	D50-D53.9	Jernmangel, vitamin B12-mangel mv.
Stofskiftesygdomme	E00-E90.9 (ekskl. E24.4)	Sukkersyge, underernæring, fedme, sygdomme i skjoldbruskkirtlen mv.
Diabetes	E10-E14.9	Type 1- og type 2-diabetes og andre former for diabetes.
Nervesygdomme	G00-G99.9 (ekskl. G31.2, G62.1 G72.1)	Meningitis, Parkinsons, migræne, søvnforstyrrelser mv.
Epilepsi	G40-G40.9	-
Øjensygdomme	H00-H59.9	Grå og grøn stær, blindhed mv.
Øresygdomme	H60-H95.9	Øre- og mellemørebetændelse mv.
Kredsløbssygdomme	I00-I99.9 (ekskl. I42.6)	Forhøjet blodtryk, åreforkalkning, hjertestop mv.
Lungesygdomme	J00-J99.9	Infektioner i luftvejene, influenza, lungebetændelse, forkølelse mv.
Lungebetændelse	J09-J18.9	-
KOL	J41-J44.9	Kronisk bronkitis, kronisk obstruktiv lungesygdom mv.
Fordøjelsessygdomme	K00-K93.9 (ekskl. K29.2, K70, K85.2, K86.0)	Sygdomme i mave, tarme, spiserør, lever, mv.
Hudsygdomme	L00-L99.9	Hudinfektioner, nældefeber, udslæt, psoriasis, solskoldning mv.
Hudinfektion	L00-L08.9	børnesår, flegmone og andre lokale infektioner i hud og underhud mv.
Sygdomme i bevægeapparatet	M00-M99.9	Bindevævssygdomme, slidgigt, knogleskørhed mv.
Nyre- og urinvejssygdomme	N00-N99.9	Nyresygdomme, underlivsbetændelse, sygdomme i urinvejene mv.
Skader	S00-T35.9	Læsioner, forbrændinger, forfrysninger
Forgiftninger	T36-T65.9 (ekskl. T40-T40.9, T51-T51.9)	Forgiftninger forårsaget af andet end stoffer og alkohol (fx antibiotika, hormoner, lægemidler, kulilte mv.)

De misbrugsrelaterede sygdomme, jf. tabel 2.1, er som nævnt blevet ekskluderet fra sygdomsgrupperne, hvilket påvirker opgørelserne af stofskifte-, nerve-, kredsløbs- og fordøjelsessygdomme samt forgiftninger. Det er gjort for ikke at skabe metodiske problemer i undersøgelser af sammenhængen mellem misbrug og sygelighed. Hvis vi operationaliserer den samme sygdomsdiagnose som indikator for både den uafhængige varia-

bel (misbrug) og den afhængige variabel (sygdom), ville deres sammenhæng blive en tautologisk konsekvens. Da visse af de misbrugsrelaterede sygdomme er hyppigt forekommende i befolkningen, skaber denne kodning dog det problem, at vi risikerer at undervurdere misbrugeres sygelighed på nogle områder. Når vi fx koder alkoholrelaterede leversygdomme som alkoholmisbrug og ikke fordøjelsessygdom, så risikerer vi at undervurdere alkoholmisbrugeres sygelighed på dette område.⁸

BRUG AF SUNDHEDSVÆSENET

Analysen af de hjemløse borgeres brug af sundhedsvæsenet er i indeværende undersøgelse afgrænset til brugen af den somatiske del af sundhedsvæsenet. Oplysningerne om brug af sundhedsvæsenet henter vi fra Landspatientregistret og Sygesikringsregistret. Fra Landspatientregistret henter vi oplysninger om antallet af kontakter til sygehusvæsenet. Vi kan her skelne mellem indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg. Fra Sygesikringsregistret henter vi oplysninger om antallet af kontakter til almen læge, vagtlæge, speciallæge og tandlæge.⁹

På grund af et databrud i Sygesikringsregistret, der gør perioderne før og efter 2005 vanskelige at sammenligne, begrænser vi undersøgelsen af brugen af sundhedsydelser til perioden 2005-2009. For denne periode akkumulerer vi antallet af forskellige ydelser, som hvert individ har benyttet, og dividerer denne sum med antallet af år, som hvert individ optræder i befolkningsregistret i samme periode. Dermed beskriver vi den gennemsnitlige årlige brug af forskellige sundhedsydelser.

SOCIOØKONOMISKE FAKTORER OG ANDRE BAGGRUNDSVARIABLE

Ud over de centrale variable, der drejer sig om hjemløshed, misbrug, psykisk sygdom, somatisk sygdom samt brug af sundhedsydelser, benytter vi også en række øvrige variable i vores regressionsanalyser. Det er variable for køn og alder, etnicitet, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og civilstand, der hentes fra en række registre hos Danmarks Statistik.

-
8. Vi har afprøvet en kodning af de misbrugsrelaterede sygdomme som fysisk sygdom i stedet for misbrug. I regressionsanalyser af sammenhængen mellem misbrug og fysisk sygdom finder vi ikke, at valget af placering af de misbrugsrelaterede sygdomme ændrer de uafhængige variables parameterestimer væsentligt.
 9. Grupperingen af patienttyper er lavet som følger ud fra Landspatientregistret: Kode 0) Indlæggelse. Kode 2) Ambulatorium. Kode 3) Skadestue. Grupperingen af ydergrupper fra Sygesikringsregistret er foretaget således: Kode 1-5) Almen læge. Kode 6-10) Vagtlæge. Kode 11-37) Speciallæge. Kode 38-40) Tandlæge.

Etnicitet opgøres i tre kategorier – indvandrere, efterkommere og personer med dansk oprindelse. Uddannelse kodes i fire kategorier – 1) folkeskoleuddannelse, 2) kort videregående eller erhvervsfaglig uddannelse, 3) mellemlang eller lang videregående uddannelse og 4) uoplyst uddannelse. Arbejdsmarkedstilknytning kodes i to kategorier efter, hvorvidt man er i beskæftigelse eller ej. Civilstand kodes ligeledes i to kategorier efter, hvorvidt man er enlig (ugift, fraskilt, enke) eller bor sammen med en partner (gift, samlevende, samboende). Disse ekstra baggrundsvariable til brug i regressionsanalyserne er alle registreret i 1999.

METODE

Undersøgelsens population er som nævnt den voksne danske befolkning i 1999, som er 18 år og opefter. Det svarer til 4.237.451 individer. Denne grundpopulation opdeles i to populationer efter, hvorvidt man i perioden 1999-2009 har været indskrevet ved en § 110-boform eller ej. Dermed udgør gruppen af hjemløse borgere 26.080 personer, og den øvrige befolkning udgør 4.211.371 personer.

De hjemløse borgere og den øvrige befolkning analyserer vi med hensyn til misbrug, psykisk sygdom og somatisk sygdom i perioden 1999-2009. Deres brug af sundhedsydelser analyserer vi for perioden 2005-2009. Registreringerne af sygelighed og brug af sundhedsydelser akkumuleres over undersøgelsesperioderne, og vi foretager analyser af, hvorvidt hjemløse borgeres sygelighed i 1999-2009 og brug af sundhedsydelser i 2005-2009 adskiller sig fra den øvrige befolknings sygelighed og brug af sundhedsydelser i samme perioder.

STATISTISKE ANALYSER

Sygelighedsanalyserne baserer sig på relative risikoværdier. Den relative risiko (RR) forbundet med hjemløshed udregnes som andelen med en givet sygdom blandt de hjemløse borgere i undersøgelsesperioden divideret med andelen med samme sygdom i den øvrige befolkning. Hvis RR-værdien er større end 1, er der således tale om en oversygelighed blandt de hjemløse borgere. Den relative risiko forbundet med hjemløshed udregnes for alle undersøgte sygdomme listet i tabel 2.3 fordelt på køn og aldersgrupper.

Vi udregner også aldersstandardiserede RR-værdier for henholdsvis mænd og kvinder. Da risikoen for de fleste sygdomme varierer med alder, og da der er stor forskel i alderssammensætningen mellem de borgere, der har været hjemløse, og den øvrige befolkning, er det vigtigt at aldersstandardisere, når de hjemløse borgeres sygdomsmønster skal sammenlignes med den øvrige befolkning. Standardiseringen er baseret på aldersgrupperne 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 og 70+ år. Ved aldersstandardiseringen sammenligner vi det observerede antal syge blandt de hjemløse borgere i perioden 1999-2009 med det forventede antal syge i samme periode. Udregningen af det forventede antal syge sker på baggrund af andelen af syge i den øvrige befolkning og falder i fire trin, der udføres separat for mænd og kvinder:

- A) Både de hjemløse borgere og den øvrige befolkning opdeles i aldersgrupper.
- B) For hver aldersgruppe i den øvrige befolkning udregnes andelen af syge i perioden 1999-2009.
- C) Disse andele ganges med antallet af hjemløse borgere i hver aldersgruppe. Dermed får vi det forventede antal syge for hver aldersgruppe blandt de hjemløse borgere.
- D) Antallet fra C) summeres hen over aldersgrupperne for at få det samlede forventede antal syge.

Det observerede antal syge blandt de hjemløse borgere divideres med det forventede antal syge fra D), hvilket giver os den aldersstandardiserede RR-værdi forbundet med hjemløshed for hver sygdom.

Analyserne af brugen af sundhedsydelse forløber på nogenlunde samme vis. Her benyttes incidens-risiko-ratioer (IRR) som relativt mål mellem de hjemløse borgere og den øvrige befolkning. Det vil sige, at vi undersøger, hvor mange gange hyppigere hjemløse borgere benytter forskellige sundhedsydelser sammenlignet med den øvrige befolkning. Hvis IRR-værdien er større end 1, er der således tale om et merforbrug blandt de hjemløse borgere. Disse mål aldersstandardiseres på samme vis som i sygelighedsanalysen.

Ud over disse deskriptive mål anvender vi også regressionsanalyser af hjemløse borgeres sygelighed og brug af sundhedsydelser. Dette gør vi for at kontrollere, hvordan sammenhængen mellem hjemløshed og sygelighed og mellem hjemløshed og brug af sundhedsydelser påvirkes af

andre faktorer såsom misbrug, psykisk sygdom og socioøkonomiske forhold. Vi ønsker at opgøre den relative risiko forbundet med hjemløshed, når alle disse andre faktorer holdes konstante.

I sygelighedsanalyserne anvender vi en såkaldt log-binomial-model, da den kan udregne RR-værdier for de uafhængige variable med en binær afhængig variabel. I visse tilfælde¹⁰ konvergerer denne models iterationsproces dog ikke, hvilket betyder, at den ikke giver et resultat. I disse tilfælde benyttes i stedet en såkaldt robust Poisson-model, der er det bedste alternativ (Deddens & Petersen, 2008, s. 504-505). Disse to forskellige modeller giver marginalt forskellige, men sammenlignelige resultater. Den robuste Poisson-models estimerer er dog forbundet med større standardfejl, hvorfor log-binomial-modellen foretrækkes i udgangspunktet.

I analyserne af brugen af sundhedsydelser udgøres den afhængige variabel af det årlige antal ydelser. Det vil sige, at vi her arbejder med tællevariable modsat de binære variable, vi anvender i sygelighedsanalyserne. I denne model arbejder vi således med afhængige variable, som angiver det enkelte individs samlede brug af sundhedsydelser i perioden 2005-2009 sat i forhold til antallet af år, som individet optræder i befolkningsregistret i samme periode. I sådanne tilfælde, hvor den afhængige variabel er en tællevariabel, anvendes normalt Poisson-regression, men denne model er baseret på antagelsen om, at variansen af den afhængige tællevariabel er lig med middelværdien, hvilket ikke er overholdt i vores tilfælde.¹¹ I stedet benytter vi en Negativ Binomial-model, type II, som tillader, at den afhængige variabels varians overstiger middelværdien (Verbeek, 2004, s. 225-227) med robust varians-estimering, der sørger for korrekt estimering af variansen i tilfælde af heteroskedasticitet.¹²

10. Dette gælder for mænds vedkommende for kredsløbssygdomme, lungesygdomme, lungebetændelse og skader. For kvinders vedkommende for hepatitis, lungebetændelse og skader.

11. Dette har vi testet vha. den såkaldte "deviance goodness-of-fit"-test, der afspejler, hvor godt data følger en Poisson-fordeling. En signifikant test angiver et dårligt fit og betyder dermed, at man bør overveje alternativer såsom en negativ binomial-model.

12. Heteroskedasticitet betegner den situation, hvor variansen på residualerne i en regressionsmodel ikke er konstant over individer eller grupper. I tilfælde af heteroskedasticitet vil vores test og konfidensintervaller ikke længere være pålidelige, hvorfor det er afgørende, at den anvendte estimationsmetode kan tage højde for eventuel heteroskedasticitet.

DISKUSSION AF METODE OG DATA

Vi benytter en undersøgelsesperiode på 11 år (1999-2009) for at skabe et stærkt empirisk grundlag for studiet af hjemløse borgeres sygdomsmønster og brug af sundhedsydelse. En lang undersøgelsesperiode gør, at vi får en stor hjemløsepopulation, der kan bære en underinddeling i de forskellige kombinationer af psykisk sygdom og misbrug samt køn og alder. Dermed undgår vi dannelsen af undergrupper, der er for små til pålidelige statistiske test. En stor hjemløsepopulation muliggør også, at vi kan undersøge tendenser i sygdomme, der ikke er hyppigt forekommende, og som andre undersøgelser med mindre populationer derfor har haft svært ved at undersøge. Det er fx sjældne infektionssygdomme som hiv, hepatitis og tuberkulose.

På trods af de mange fordele ved brug af registerdata som en stor undersøgelsespopulation og data fra hele sundhedssystemet er der også metodiske udfordringer ved brugen af disse data. Vi indfanger med registerdata sandsynligvis ikke alle de sygdomme, borgerne har haft, og alle de sundhedsydelse, som de modtager.

Særligt for de hjemløse borgere antager vi, at der kan være en underestimering af omfanget af sygdomme. Der er således grund til at formode, at de hjemløse borgere ikke får behandlet alle deres helbredsproblemer, hvorfor man ved brugen af registerdata kan komme til at undervurdere de hjemløse borgeres sundhedsproblemer. I *Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet* (Københavns Kommune, 2005, s. 73-76) er resultater fra en lægeundersøgelse og udtræk af registerdata fra Landspatientregisteret for en lille gruppe af hjemløse misbrugere sammenlignet. Der er ifølge denne undersøgelse en tendens til, at registerdataene i forhold til lægeundersøgelsen undervurderer sygdomme, som ikke er akutte, og som tager længere tid at diagnosticere. Det kan skyldes, at borgere, der befinder sig i en akut hjemløshedssituation måske først og fremmest er optaget af at få løst akutte problemer som skader og forgiftninger. "Ikke-akutte sygdomme" giver ikke nødvendigvis betydelige gener før senere i et sygdomsforløb, og måske opsøger borgeren først lægen, når sygdommen giver anledning til akutte smerter og ubehag. Det synes derfor plausibelt, at denne undersøgelse vil undervurdere bestemte sygdomme, som tidligt i et forløb giver få symptomer – fx hepatitis, hiv og kræftsygdomme – i forhold til mere akutte problemer som fx skader og forgiftning. Der kan også ske en underregistrering af sygdomme i den øvrige befolkning. Sandsynligt er det dog, at denne undervurdering vil være mindre

for den almene befolkning end for de hjemløse borgere. Hvis dette er tilfældet, bliver det sværere at spore en signifikant forskel mellem de hjemløse borgere og den øvrige befolkning. Dette giver konservative test med hensyn til sygdomme som hepatitis, hiv og kræftsygdomme, men samtidig betyder det også, at der i de tilfælde, hvor der kan konstateres en forskel på den øvrige befolkning og hjemløse borgere, er stærke statistiske beviser for en forskel i helbredsstatus blandt de to grupper.

Ligeledes kan der ske en underrapportering i brugen af sundhedsydelser, idet en del sundhedsindsatser foregår uden for det almene sundhedssystem. En del herberger har fx tilknyttet en sygeplejerske, som kan hjælpe med mindre sundhedsproblemer som rensning af sår og pålægning af bandage. De fleste helbredsproblemer kræver dog udstyr til undersøgelser og mulighed for at tage prøver og udskrive medicin, hvilket vil kræve en kontakt til sundhedssystemet.

Ligeledes skaber akkumulationen af sygdomsoplysninger over en længere periode nogle udfordringer for fortolkningen af undersøgelsens resultater. Det er således ikke muligt at se nøjagtigt, hvornår misbruget, den psykiske sygdom eller den fysiske sygdom opstod i forhold til hjemløsheden. Vi undersøger således ikke kausale sammenhænge mellem sygdom og forskellige former for udsathed, men statistiske sammenhænge mellem disse faktorer. De sammenhænge, vi finder imellem forskellige former for udsathed og sygelighed, vil ikke altid være umiddelbare sammenhænge, idet der kan være flere år imellem hændelserne. Man kan fx diskutere, om man med rette kan tale om en sammenhæng mellem en hjemløshedsperiode, der finder sted i 1999, og en sygdom, der registreres i 2009. Med vores kodning kan en sygdoms opståen og registrering tilmed gå forud for hjemløsheden – der er således ligefrem en mulighed for, at sygdommen kan have været skyld i hjemløsheden. Vi anvender således ikke tidsstrukturen i dataene, dvs. vi tillægger ikke tidspunktet for, hvornår fx en sygdom eller et misbrug første gang diagnosticeres som værende udtryk for, hvornår sygdommen eller misbruget er opstået, da det vil være at tillægge disse oplysninger for vidtgående betydning. Vi kan således ikke vide, om en sygdom eller et misbrug er opstået på nogenlunde samme tid som den første registrering, da registreringen først og fremmest er udtryk for en diagnosticering i forbindelse med, at borgeren har opsøgt behandling. Med en undersøgelsesperiode på 11 år begrænser vi os således til at udtale os om nogle generelle sammenhænge imellem for-

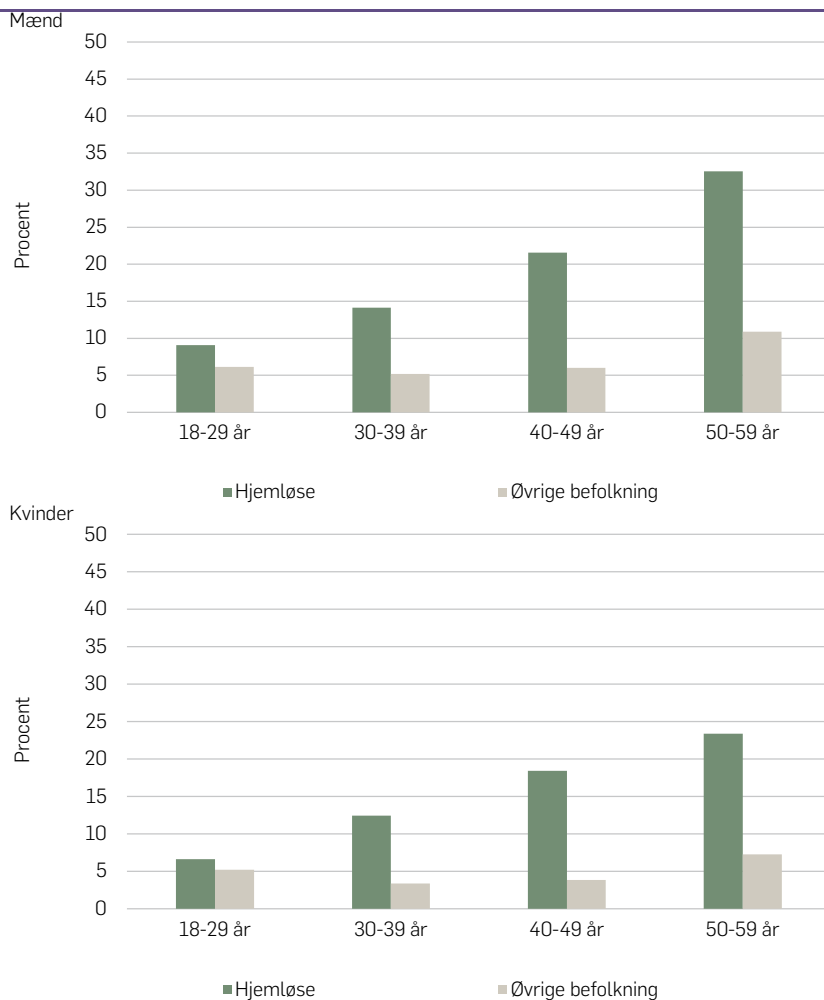
skellige former for udsathed og sygdomsmønstre og hverken om kausaliteten imellem dem eller om deres direkte sammenhæng.

En anden udfordring med en lang undersøgelsesperiode er, at ikke alle, der findes i populationen i 1999, stadig findes i registrene i 2009. Figur 2.1 viser for henholdsvis mænd og kvinder andelen blandt de hjemløse borgere og i den øvrige befolkning, der ikke kan genfindes i Befolkningsregistret i 2009. De primære årsager til, at individer udgår af registrene, er død og udvandring. Det fremgår af figurene, at hjemløse borgere i højere grad end den øvrige befolkning udgår af registrene i løbet af undersøgelsesperioden. Det gælder særligt de ældre hjemløse borgere, hvilket hænger sammen med den overdødelighed, der i flere undersøgelser er blevet konstateret blandt hjemløse borgere (jf. Nielsen m.fl., 2011). Problemet med, at nogle individer ikke optræder i hele undersøgelsesperioden er, at vi kan risikere at undervurdere deres sygelighed, idet man logisk nok kun kan registreres med en sygdom, hvis man er i live og er i Danmark.¹³

13. Vi har ikke samme problem for analysen af brugen af sundhedsydelser, da brugen opgøres i antallet af sundhedsydelser. Det enkelte individs brug af sundhedsydelser i de enkelte år kan dermed summeres over hele undersøgelsesperioden og divideres med antallet af år, det enkelte individ optræder i undersøgelsesperioden.

FIGUR 2.1

Andelen af borgere i 1999, der ikke kan genfindes i befolkningsregistret i 2009, særskilt for køn, aldersgruppe og hjemløshed. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

Hvis vi udelader de individer, som ikke kan genfindes igennem hele undersøgelsesperioden, risikerer vi dog ligeledes at undervurdere sygeligheden. Mange af dem, der er døde i undersøgelsesperioden, vil således have haft et sygdomsforløb op til deres død. Derfor beholder vi disse indivi-

der i populationen og benytter således udvælgelseskriteriet om at være i live i 1999 og være fyldt mindst 18 år.

REGISTERUNDERSØGELSEN SAMMENLIGNET MED METODER I ANDRE STUDIER

Denne undersøgelse adskiller sig fra de fleste andre studier af hjemløse borgere og sundhed ved undersøgelsens data. Hjemløse borgeres sundhed undersøges typisk ved enten at lægeundersøge de hjemløse borgere eller ved at interviewe dem omkring deres sundhedstilstand og brug af sundhedsydelser (Halldin m.fl., 2001; Hwang & Bugeja, 2000; Snyder & Eisner, 2004). At foretage lægeundersøgelser er omkostningsfyldt, hvilket har betydet, at man ved disse studier ofte har måttet begrænse undersøgelsen til relativt få personer eller vælge kun at sætte fokus på en eller flere specifikke sygdomme i modsætning til en omfattende helbredsundersøgelse. At benytte interview kan give nyttige informationer omkring de hjemløse borgeres opfattelse af eget helbred. Det er dog ikke sikkert, at borgeren kan huske sin egen sygdomshistorie, samt hvor ofte han/hun har benyttet læge og sygehuse. Med et interview kan det derfor være svært at få præcise og pålidelige oplysninger omkring brug af sundhedsvæsenet og de sygdomme, borgeren har og/eller har haft.

Nyere danske studier af hjemløse borgere og sundhed har overvejende benyttet sig af spørgeskemaer og interview. I undersøgelsen *Ud af hjemløshed* (Geerdsen m.fl., 2005) blev det ud fra spørgeskemadata blandt 842 brugere af § 110-boformer (herberger og forsorgshjem) afdækket, at helbredet opfattes som det væsentligste selvvalgte problem blandt tidligere hjemløse borgere.

I Rådet for Socialt Udsattes *Undersøgelse af SUndhed og SYgelighed blandt socialt udsatte i Danmark* fra 2012 (herefter benævnt SUSY UDSAT 2012) blev en overhyppighed af en række sygdomme afdækket i blandt andet en gruppe af hjemløse borgere, ligeledes på baggrund af spørgeskemadata (Pedersen m.fl., 2012). Resultaterne fra undersøgelsen var baseret på interview med 1.157 socialt udsatte borgere, bl.a. indsamlet på væresteder og varmestuer, hvoraf 340 af disse respondenter havde angivet, at de p.t. var hjemløse. Undersøgelsen var en gentagelse af en lignende undersøgelse foretaget 5 år forinden (Pedersen m.fl., 2008).

Som nævnt baserer indeværende undersøgelse sig på registerdata, hvorved vi har den fordel at kunne anvende omfattende og pålidelige data omkring brugen af sundhedsvæsenet og diagnosticerede sygdomme

(Nickelsen, 2002). Samtidig har vi en stor undersøgelsespopulation af borgere, der har været hjemløse, ligesom vi kan benytte hele den øvrige befolkning som sammenligningsgruppe og inddrage en række øvrige faktorer som kontrolvariabler i analyserne.

Der er kun få andre studier, der har beskæftiget sig med registerdata i undersøgelser af hjemløse borgeres sygelighed og brug af sundhedsydelse. I en svensk registerbaseret undersøgelse fra 2009 undersøger Ulla Beijer og Sven Andréasson den registrerede sygelighed i en større hjemløsepopulation (Beijer & Andréasson, 2009). Data til denne population stammer fra et registreringssystem, som de sociale myndigheder i Stockholm fører over hjemløse borgere. For at forøge andelen af kvinder i hjemløsepopulationen er der desuden inkluderet registreringer fra et kvindeherberg i Stockholm. Der inddrages kun registreringer for et enkelt år, 1996, og kun for byen Stockholm, hvorfor undersøgelsen begrænser sig til en population på 1.704 hjemløse borgere – 1.364 mænd og 340 kvinder. Sygelighedsdata for de borgere, der på et tidspunkt i løbet af 1996 er registreret som hjemløse, er indhentet for perioden 1996-2002. Vi har i indeværende undersøgelse, i modsætning til Beijer og Andréasson, mulighed for at koble hjemløshed med information om psykisk sygdom og misbrug – faktorer, som er vigtige i en analyse af hjemløse borgeres sygelighed. Samtidig inddrager vi en række socioøkonomiske faktorer, hvilket gør os bedre i stand til at kunne isolere betydningen af hjemløshed for sygelighed. Vores analyser baserer sig således på et større datagrundlag og indeholder betydeligt flere baggrundsoplysninger.

I en dansk kontekst har Nielsen m.fl. (2011) ligeledes ved hjælp af registerdata undersøgt dødeligheden blandt hjemløse borgere i Danmark sammenlignet med den øvrige befolkning (Nielsen m.fl., 2011). Undersøgelsespopulation var her personer over 16 år, der på et tidspunkt i løbet af perioden fra 1. januar 1999 til 31. december 2009 havde været indskrevet på et herberg mindst én gang. Dødeligheden blev analyseret separat for forskellige grupper af hjemløse borgere afhængigt af forskellige former for psykiske sygdom og misbrug. Definitionen af hjemløshed, undersøgelsesperioden og inklusionen af psykisk sygdom og misbrug som centrale faktorer har fællestræk med indeværende undersøgelse. I Nielsen m.fl. (2011) undersøges dog ikke forekomsten af fysiske sygdomme samt brug af sundhedsydelse blandt de hjemløse borgere.

Den eneste undersøgelse, som i en dansk kontekst har forsøgt at kortlægge socialt udsatte borgeres sygdomsmønster ved brug af register-

data, er *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet* udgivet i 2010 af Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed (Juel m.fl., 2010). Undersøgelsen baserer sig på en population af 1.041 socialt udsatte personer fra spørgeskemaundersøgelsen SUSY UDSAT 2007 og drager sammenligninger med en gruppe af 20.640 repræsentativt udvalgte danskere på 16 år og opefter, som tidligere havde deltaget i Statens Institut for Folkesundheds undersøgelse af sundhed og sygelighed i Danmark (Ekholm m.fl., 2006). Til undersøgelsen knyttes oplysninger fra Sygesikringsregistret og Landspatientregistret, og dermed belyses den registrerede brug af en række forskellige sundhedsydelse over en årrække samt den registrerede sygelighed på somatiske sygehuse i gruppen af socialt udsatte i en sammenligning med kontrolgruppen. I undersøgelsens design skelnes dog ikke mellem forskellige udsathedsfaktorer som fx hjemløshed, misbrug eller sindslidelse. Der ses udelukkende på, hvordan socialt udsatte som en samlet gruppe har mønstre af sygelighed og brug af sundhedsydelse, som adskiller sig fra mønstrene i den øvrige befolkning.

OPSUMMERING

Denne undersøgelse af hjemløse borgeres sygdomsmønster og brug af sundhedsydelse er baseret på registerdata. Populationen for indeværende undersøgelse er den voksne danske befolkning i 1999. Denne hovedpopulation opdeles i to populationer af henholdsvis borgere, der har været indskrevet på boformer for hjemløse (§ 110-boformer) i perioden 1999-2009, og den øvrige befolkning.

Til dannelse af hjemløsepopulationen har vi indhentet data fra Ankestyrelsen over borgere, der har været indskrevet på § 110-boformerne i 1999-2009. Disse oplysninger stammer fra klientregistreringssystemet på § 110-boformerne. Derudover indhenter vi data fra Landspatientregistret, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og Register over stofmisbrugere i behandling, hvorfra oplysninger sammenkøres til at skabe de bedst mulige mål for alkohol- og stofmisbrug samt psykisk og fysisk sygdom. Oplysninger om brug af sundhedsydelse indhentes fra Landspatientregistret og Sygesikringsregistret.

Analyserne af hjemløse borgeres sygelighed baserer sig på perioden 1999-2009, mens analyserne af hjemløse borgeres brug af sundheds-

ydelse pga. et databrud mellem 2004 og 2005 baserer sig på perioden 2005-2009.

Risikoen for forskellige sygdomme analyseres først gennem deskriptive analyser, hvor vi sammenligner hjemløsegruppen med den øvrige befolkning, ligesom vi ser på forskellige grupper blandt de hjemløse borgere. Derefter anvender vi multivariate analyser, hvor der kontrolleres for andre udsathedsfaktorer og socioøkonomiske forhold.

Med denne undersøgelse adskiller vi os fra de fleste andre studier på området ved de data, vi anvender, både når det gælder afgrænsningen af hjemløsepopulationen og brugen af sundhedsdata fra hele det almene sundhedssystem. Fordelene ved at anvende registerdata er, at vi derved har en stor population i form af hele befolkningen og oplysninger om sygdom og brug af sundhedsydelser fra hele det almene sundhedssystem. Vi opfanger dog med registerdata ikke de sygdomme, som ikke er blevet diagnosticeret i det almene sundhedssystem, og som dermed ikke registreres, og hvor der særligt blandt de hjemløse borgere må antages at være en underestimering i forekomsten af sygdomme, herunder navnlig for kroniske sygdomme, hvor symptomerne viser sig over en længere periode.

DE HJEMLØSE BORGERE

I dette kapitel beskriver vi hjemløsegruppen på nogle grundlæggende karakteristika for at give et billede af hjemløshedens omfang i befolkningen og af, hvordan gruppen af hjemløse borgere adskiller sig fra den øvrige befolkning. Vi beskriver forekomsten af hjemløshed blandt mænd og kvinder og for forskellige aldersgrupper. Vi beskriver også de hjemløse borgere efter hyppighed og varighed af brug af § 110-boformerne.

HJEMLØSHED I BEFOLKNINGEN

Indeværende undersøgelse tager udgangspunkt i data for den voksne danske befolkning på 18 år og derover i 1999, hvilket skaber en grundpopulation på 4.237.451 individer. Det vil sige, at når vi omtaler aldersgruppen af fx 18-29-årige, så er det gruppen af individer, der var mellem 18 og 29 år i 1999, og som derfor var mellem 28 og 39 år, da undersøgelsesperioden sluttede.

Af grundpopulationens 4.237.451 individer har 26.080 været indskrevet på en § 110-boform på et tidspunkt i løbet af perioden 1999-2009. Det vil sige, at 0,6 pct. af den voksne danske befolkning i 1999 over en 11-års-periode til og med år 2009 har været indskrevet på en boform.

Når vi i det følgende anvender begrebet ”de hjemløse borgere”, er der her tale om de borgere, der har været indskrevet på § 110-boformerne mellem 1999 og 2009, hvor vi som nævnt i kapitel 2 om undersøgelsens metode gør opmærksom på, at der i den definition af hjemløshed, der anvendes i de nationale kortlægninger af hjemløshed, også er andre hjemløshedssituationer, som fx at overnatte på gaden eller hos venner og familie.

FORDELINGER AF KØN OG ALDER BLANDT DE HJEMLØSE BORGERE

Det fremgår af tabel 3.1 og 3.2, at andelen af borgere, der har været hjemløse, er 1 pct. blandt den mandlige befolkning, mens den er noget lavere, 0,3 pct., blandt kvinderne. Andelen er endvidere højest blandt de yngre aldersgrupper. Blandt mændene topper andelen af hjemløse hos de 30-39-årige, hvor denne andel udgør 1,6 pct. Blandt kvinder topper andelen i aldersgruppen 40-49 år, hvor andelen af hjemløse er 0,5 pct. Andelen af hjemløse borgere er mindst i de ældre aldersgrupper og meget lille blandt de ældste, der var 70 år og derover i 1999.

TABEL 3.1

Andelen af hjemløse mænd i befolkningen fordelt efter alder i 1999. Antal og procent.

	Befolkning	Andel hjemløse, antal	Andel hjemløse, pct.
18-29 år	419.796	4.829	1,2
30-39 år	411.845	6.653	1,6
40-49 år	370.824	5.625	1,5
50-59 år	370.866	2.671	0,7
60-69 år	234.963	578	0,2
70 år eller mere	244.851	79	0,0
I alt	2.053.145	20.435	1,0

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 3.2

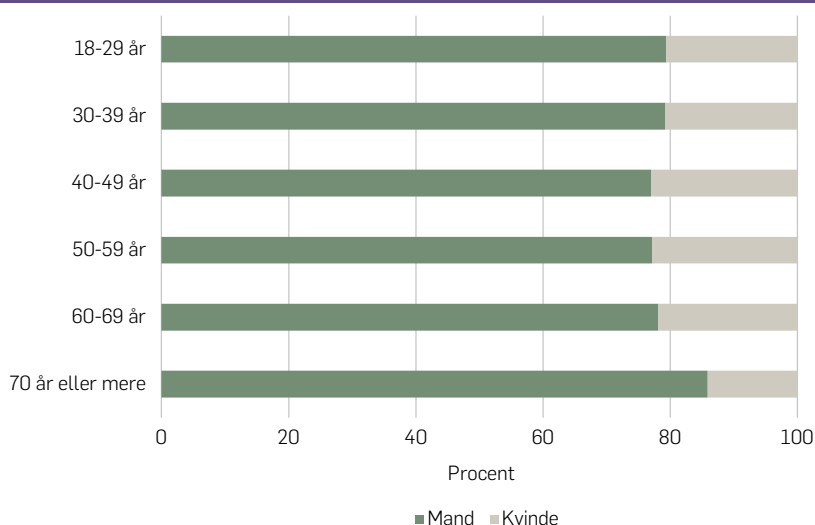
Andelen af hjemløse kvinder i befolkningen, fordelt efter alder i 1999. Antal og procent.

	Befolkning	Andel hjemløse, antal	Andel hjemløse, pct.
18-29 år	410.450	1.253	0,3
30-39 år	397.110	1.743	0,4
40-49 år	363.979	1.682	0,5
50-59 år	365.954	792	0,2
60-69 år	250.948	162	0,1
70 år eller mere	369.785	13	0,0
I alt	2.158.226	5.645	0,3

Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 3.1

Hjemløse borgere fordelt efter køn, særskilt for alder. Procent.



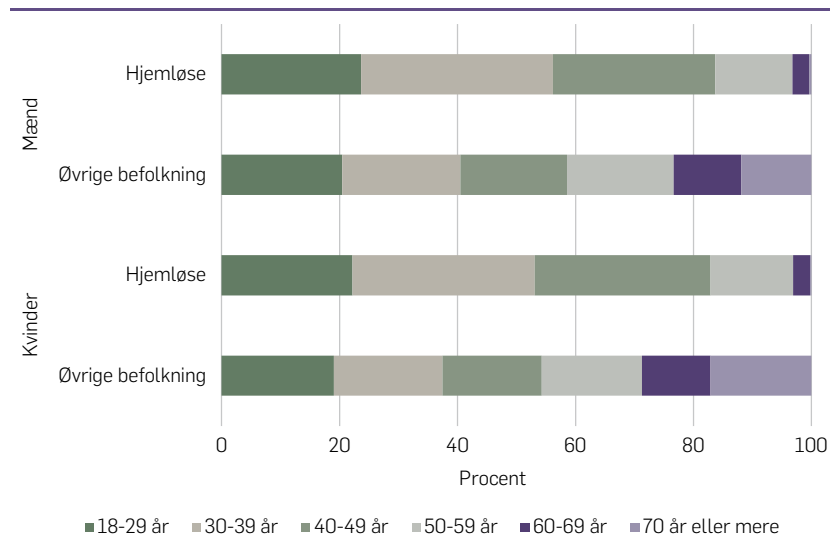
Kilde: Egne beregninger.

Figur 3.1 viser kønsfordelingen i hjemløsegruppen fordelt på aldersgrupper. Andelen af mænd er knap 80 pct., og det er gældende for alle aldersgrupper undtagen for gruppen, der er 70 år eller mere, hvor andelen af mænd er hele 86 pct. Det er således ca. en femtedel af boformsbrugerne, der er kvinder. Her skal det tages i betragtning, at gruppen af kvinder på de københavnske kvindekrisecentre med en delt herbergs- og krisecenterfunktion som nævnt i kapitel 2 er udeladt, da det ikke er muligt at af-

grænse hjemløsegruppen for disse tilbud. Det betyder, at der kan være en lille underestimering af andelen af kvinder i hjemløsegruppen. Det skal her endvidere fremhæves, at de nationale kortlægninger generelt finder samme andel af kvinder – denne andel var således 22 pct. i 2009, og for gruppen af herbergsbrugere var den 20 pct. (Benjaminsen, 2009). Ved den seneste kortlægning i 2013 var disse tal stort set uændrede med henholdsvis 22 pct. og 19 pct. (Benjaminsen & Lauritzen, 2013).

FIGUR 3.2

Befolkningen fordelt efter alder, særskilt for køn og for hjemløse og den øvrige befolkning. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

Ud over at være præget af en skæv kønsfordeling er hjemløsegruppen også præget af en skæv aldersfordeling sammenlignet med den generelle befolkning. Som allerede omtalt er det i de yngre aldersgrupper af befolkningen, at forekomsten af hjemløshed er højest. Der er i hjemløsegruppen en vis overrepræsentation af individer, der i 1999 var 18-29 år, men især de 30-39-årige og 40-49-årige er overrepræsenterede. Både for mandlige og kvindelige hjemløse borgere udgør andelen af 30-49-årige således mere end 60 pct. Omvendt er andelen af ældre hjemløse borgere meget lav. Kun godt 3 pct. af de hjemløse borgere, uanset køn, er 60 år

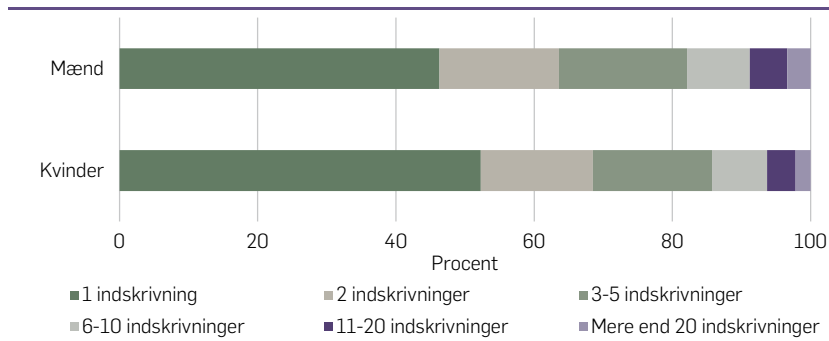
eller ældre. Til sammenligning er andelen, der er 60 år eller ældre, i den øvrige befolkning 23 pct. for mænd og 29 pct. for kvinder. Det kan hænges sammen med, at der er en høj dødelighed i hjemløsegruppen og således en lavere levealder. Samtidig er der de senere år oprettet en del tilbud til ældre hjemløse i form af alternative plejehjem, der er henvendt til borgere, der efter mange år med misbrug og hjemløshed ofte i en forholdsvis tidlig alder – fra 50-55-års-alderen – har udviklet plejebehov og samtidig stadig har et aktivt misbrug. Disse borgere vil således ikke længere figurere blandt brugere af § 110-boformerne.

INDSKRIVNINGER OG TID TILBRAGT PÅ EN § 110-BOFORM

Efter at have set på hjemløshedens omfang i forskellige grupper af befolkningen kan vi nu vende blikket mod fordelinger af brugen af § 110-boformerne. Figur 3.3 viser fordelingen på antallet af perioder henholdsvis mandlige og kvindelige hjemløse borgere har været indskrevet på boformerne i perioden 1999-2009.

FIGUR 3.3

Hjemløse borgere fordelt efter hyppighed af indskrivninger på en § 110-boform, særskilt for køn. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

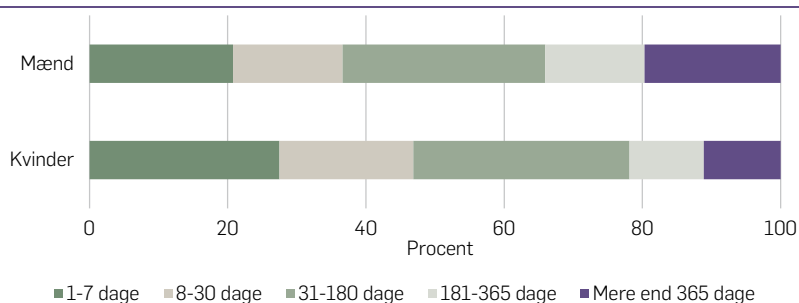
Overgangen mellem to indskrivninger er her defineret som mindst én overnatning uden for herbergsystemet. For både mænd og kvinder er der en stor gruppe – omkring halvdelen – der kun har tilbragt én periode på herberg i perioden 1999-2009. De fleste øvrige har tilbragt op til 10 peri-

oder, mens en mindre gruppe – omkring 5-10 pct. – har tilbragt flere end 10 perioder på herberg. De hjemløse kvinder har generelt haft noget færre kontakter til herbergsystemet end de hjemløse mænd.

Figur 3.4 viser fordelingen af antal dage, borgeren har været indskrevet på boformerne.

FIGUR 3.4

Hjemløse borgere fordelt efter antal dage, de har været indskrevet på en § 110-boform, særskilt for køn. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

De 26.080 registrerede hjemløse borgere var gennemsnitligt indskrevet 222 dage på herberg i perioden 1999-2009. Tallet er højest for mænd, 241 dage, og noget lavere for kvinder, 154 dage. Som det fremgår af figur 3.4, er der en stor spredning på antallet af dage indskrevet på herberg. Både for mænd og kvinder er der en betydelig gruppe, der samlet set har opholdt sig højst en måned på herberg, henholdsvis 37 pct. af mændene og 47 pct. af kvinderne. I den anden ende af skalaen er der dog også en gruppe, der samlet set har overnattet mere end et år på herberg. Det er tilfældet for 20 pct. af mændene og en noget mindre andel, 11 pct., af kvinderne.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi beskrevet omfanget og karakteren af hjemløshed i befolkningen målt ved brugen af § 110-boformerne. 0,6 pct. af den voksne population i 1999 har i perioden 1999-2009 været indskrevet på en § 110-boform. Andelen er højest blandt mænd med 1,0 pct., mens den er 0,3 pct. blandt kvinderne.

En stor del af de hjemløse borgere har kun været indskrevet på en § 110-boform i få og korte perioder. Samtidig er der en gruppe af personer, som har været indskrevet i flere og længere perioder. Det er især blandt mændene, at vi finder de hyppige eller langvarige ophold.

Forskelle i sammensætningen af køn og alder i hjemløsegruppen og den øvrige befolkning er faktorer, som kan have afgørende betydning for disse gruppers sygdomsmønstre. Opdelingen af hjemløsegruppen og den øvrige befolkning på køn og alder kommer derfor til at være gennemgående i de følgende analyser af sygelighed og brug af sundhedsydelser, ligesom vi foretager aldersstandardiserede opgørelser. Da andelen af hjemløse borgere over 60 år imidlertid er lille, vil undersøgelsespopulationen i en del opgørelser blive begrænset til gruppen af 18-59-årige.

PSYKISK SYGDOM OG MISBRUG

I dette kapitel analyserer vi forekomsten af psykisk sygdom og misbrug i hjemløsegruppen. Disse udsathedsfaktorer er centrale i en undersøgelse af hjemløses sygelighed af to årsager: Dels er psykisk sygdom og misbrug centrale livsomstændigheder for mange hjemløse og er derfor en del af hjemløses sygdomsmønster på lige fod med fysisk sygdom, dels kan disse to udsathedsfaktorer spille en selvstændig rolle for risikoen for fysisk sygdom. I en sammenligning af risikoen for fysiske sygdomme mellem gruppen af hjemløse og den øvrige befolkning bør der derfor tages højde for psykisk sygdom og misbrug for at kunne klarlægge, i hvor høj grad en eventuel oversygelighed kan tilskrives hjemløsheden, eller om den også er påvirket af andre udsathedsfaktorer.

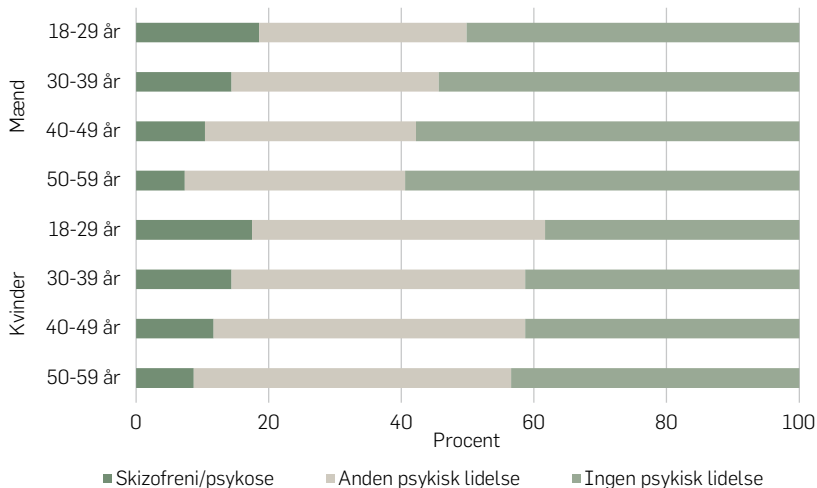
PSYKISK SYGDOM

Vi har som nævnt i kapitel 2 om undersøgelsens metode opgjort forekomsten af psykisk sygdom i form af, hvorvidt borgeren har en diagnose for skizofreni/psykoser eller øvrige psykiske lidelser. De to kategorier er opgjort som gensidigt udelukkende, dvs. at borgere med skizofreni/psykoser kun er opgjort i denne gruppe, selvom de også måtte være blevet diagnosticeret med andre psykiske lidelser. Figur 4.1 viser forekomsten af

henholdsvis skizofreni/psykoser og andre psykiske lidelser blandt hjemløse mænd og kvinder for perioden 1999-2009, fordelt på aldersgrupper. Den efterfølgende figur 4.2 viser de samme fordelinger for den øvrige befolkning.

FIGUR 4.1

Hjemløse borgere med psykisk sygdom fordelt efter lidelse, særskilt for køn og alder. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

Forekomsten af psykisk sygdom i hjemløsegruppen er overordnet set høj. 45 pct. af de 18-59-årige hjemløse mænd og hele 59 pct. af de hjemløse kvinder i samme aldersgruppe har således fået diagnosticeret en psykisk lidelse i perioden 1999-2009. Det er generelt en højere andel med psykisk sygdom, end vi finder i de nationale kortlægninger af hjemløshed. Ved kortlægningen i 2009 var andelen med psykisk sygdom i hele hjemløsegruppen 37 pct. blandt mænd og 39 pct. blandt kvinder (Benjaminsen, 2009).¹⁴ Forskellen i forhold til registeroplysningerne må først og fremmest antages at skyldes, at registeroplysningerne er akkumuleret over en lang periode. Der kan dog også være tale om, at registeroplysningerne bygger på data fra behandlingssystemet, herunder fra det psykiatriske

14. Andelen med psykisk sygdom var dog i kortlægningen i 2013 steget til henholdsvis 46 pct. blandt hjemløse mænd og 49 pct. blandt hjemløse kvinder (Benjaminsen & Lauritzen, 2013).

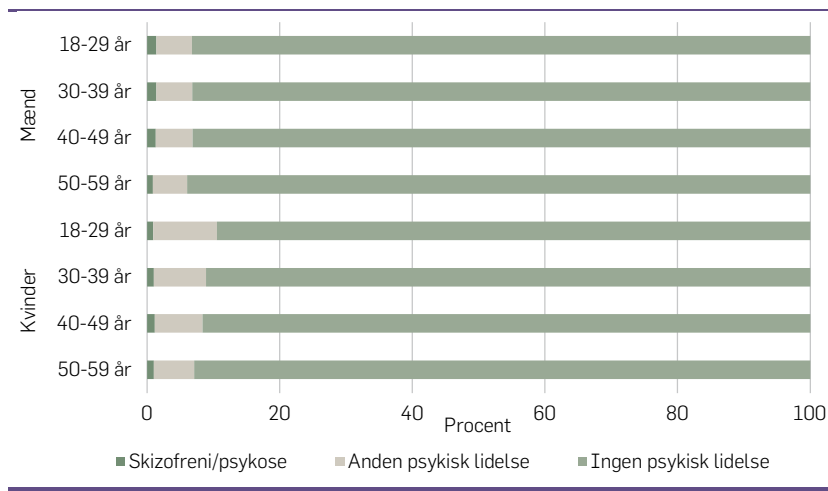
system, mens oplysningerne i kortlægningerne af hjemløshed primært stammer fra de sociale tilbud, hvor der kan være manglende kendskab til borgerens sygdomsbillede.

Andelen med en skizofreni-/psykosediagnose er den samme blandt mænd og kvinder i hjemløsegruppen, ca. 13 pct., mens andelen med anden psykisk lidelse er betydeligt højere blandt kvinderne. Både for de hjemløse mænd og kvinder falder andelen med en psykiatrisk diagnose med alderen. Det skyldes fortrinsvis en højere andel af skizofreni-/psykosediagnoser i de yngre aldersgrupper, mens andelen med anden psykisk lidelse er nogenlunde konstant på tværs af aldersgrupperne. For både mænd og kvinder har således ca. 18 pct. af de 18-29-årige hjemløse fået en skizofreni-/psykosediagnose over den 11-årige periode, mens ca. 8 pct. af de 50-59-årige har fået stillet en af disse diagnoser. Denne forskel mellem aldersgrupperne kan skyldes, at svære psykiske sygdomme som skizofreni og andre psykotiske tilstande ofte bryder ud i ungdomsårene, og at det ofte vil være her, at borgeren diagnosticeres med disse sygdomme. Den lavere hyppighed af diagnoser for skizofreni/psykoser i de ældre aldersgrupper kan således til dels afspejle en lavere forekomst af ny- og gendiagnosticeringer i disse aldersgrupper.

Sammenlignet med hjemløsegruppen er andelen af personer med psykiske lidelser væsentligt lavere i den øvrige befolkning. Her har knap 7 pct. af mændene i løbet af perioden 1999-2009 fået stillet en psykiatrisk diagnose på tværs af alle aldersgrupper. Tallet er noget højere, knap 9 pct., for kvinderne, hvor de psykiske lidelser er noget hyppigere forekommende i de yngre aldersgrupper. Andelen med en skizofreni-/psykosediagnose er lav i den øvrige befolkning. Lidt flere mænd end kvinder får en sådan diagnose, men det er en marginal forskel, og for begge køn ligger andelen på godt 1 pct. målt over 11-års-perioden. Andelen med en psykisk lidelse er altså langt højere blandt de hjemløse borgere end i den øvrige befolkning. Hvis vi aldersstandardiserer den relative risiko for en psykisk lidelse, så finder vi, at andelen med en psykisk lidelse blandt de hjemløse er cirka 7 gange så stor for både mænd og kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning (tabel 4.1). Andelen med en skizofreni-/psykosediagnose er 10 gange så stor blandt hjemløse mænd og 12 gange så stor blandt hjemløse kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

FIGUR 4.2

Personer i den øvrige befolkning, der har psykisk sygdom, fordelt efter lidelse, særskilt for alder og køn. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

TABEL 4.1

Aldersstandardiserede risikoratioer for psykisk sygdom mellem hjemløse og den øvrige befolkning, særskilt for sygdom og for køn.

	Hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning		Hjemløse kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning	
	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI
Skizofreni /psykose	10,20	9,00-11,56	12,49	9,63-16,21
Anden psykisk lidelse	6,61	6,25-6,99	6,60	6,04-7,21

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

Man kan opgøre risikoen for hjemløshed afhængigt af, om man er registreret med en psykisk lidelse eller ej. Dette er opgjort i tabel 4.2 særskilt for køn og aldersgrupper. Her ses det blandt andet, at andelen med et ophold på en § 110-boform er 13,2 pct. blandt mænd, der var mellem 18-29-år i 1999, og som blev diagnosticeret med skizofreni/psykose hen over den 11-årige periode. Andelen var 6,3 pct. i samme aldersgruppe blandt dem, der blev diagnosticeret med anden psykisk sygdom. Derimod blev kun 0,6 pct. af de 18-29 årige mænd uden en psykiatrisk diagnose registreret som brugere af § 110-boformer i undersøgelsesperioden.

Et tilsvarende mønster finder vi for de øvrige aldersgrupper og blandt kvinder. For kvinder er det generelt en lavere andel, der er blevet registreret på § 110-boformerne, men også blandt kvinder med psykisk sygdom er det en markant højere andel, der har været indskrevet på en § 110-boform, end i den øvrige befolkning.

TABEL 4.2

Andelen af hjemløse i befolkningen særskilt for psykisk sygdom, alder og køn. 1999-2009. Procent og antal.

	18-29 år		30-39 år		40-49 år		50-59 år	
	Pct.	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.	N
<i>Mænd</i>								
Ingen psykisk lidelse	0,6	393.771	0,9	387.361	0,9	348.649	0,5	350.004
Anden psykisk lidelse	6,3	24.046	8,5	24.405	8,0	22.309	4,4	20.076
Skizofreni /psykose	13,2	6.808	14,3	6.732	10,7	5.491	5,7	3.457
<i>Kvinder</i>								
Ingen psykisk lidelse	0,1	367.609	0,2	362.522	0,2	334.197	0,1	340.303
Anden psykisk lidelse	1,4	39.989	2,4	31.970	2,9	26.907	1,7	22.579
Skizofreni /psykose	5,3	4.105	5,8	4.361	4,3	4.557	1,8	3.864

Anm.: N angiver antallet af personer i hele aldersgruppen.

Kilde: Egne beregninger.

MISBRUG

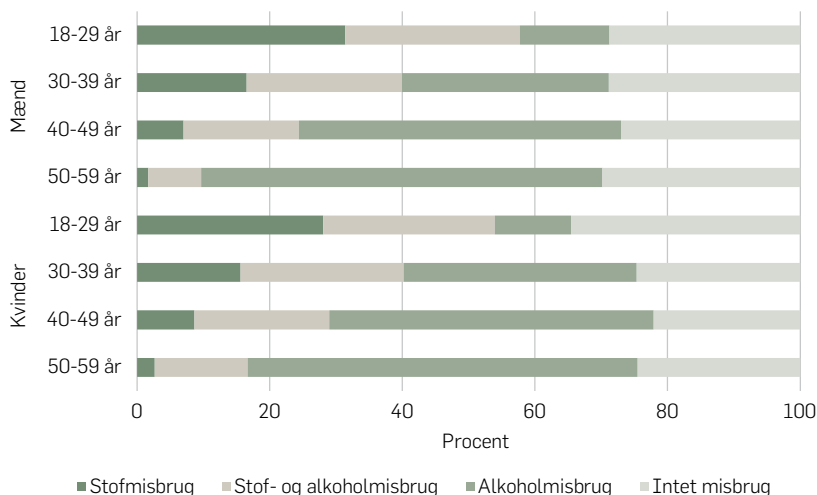
Figur 4.3 og 4.4 viser forekomsten af alkohol- og stofmisbrug i henholdsvis hjemløsegruppen og den øvrige befolkning, fordelt på køn og alder.

I hjemløsegruppen er andelen af misbrugere høj. 72 pct. af de hjemløse mænd og 74 pct. af de hjemløse kvinder i alderen 18-59 år er således i perioden 1999-2009 blevet registreret med alkohol-, stofmisbrug eller begge former for misbrug. For mændene er det ca. den samme andel som i de nationale kortlægninger af hjemløshed, hvor andelen med et misbrug opgjort for hele hjemløsegruppen (alle på 18 år og derover) var 70 pct. i 2009 og 68 pct. i 2013 og henholdsvis 74 pct. i 2009 og 72 pct. i 2013 for de mænd, der havde overnattet på herberg. For kvinderne er andelen af misbrugere opgjort noget lavere i de nationale kortlægninger med 53 pct. i 2009 og 51 pct. i 2013 for alle hjemløse kvinder, mens den for de kvindelige herbergsbrugere er 49 pct. i 2009 og 64 pct. i 2013 (Benjaminsen, 2009; Benjaminsen & Lauritzen, 2013). Andelen af misbrugere på omkring 70 pct. svarer også til resultater fra flere svenske un-

dersøgelser (Finne, 2003, s. 6; Ågren, Berglund & Franér, 1994, s. 18; Ågren m.fl., 1997, s. 9).

FIGUR 4.3

Hjemløse borgere fordelt efter misbrug, særskilt for alder og køn. Procent.



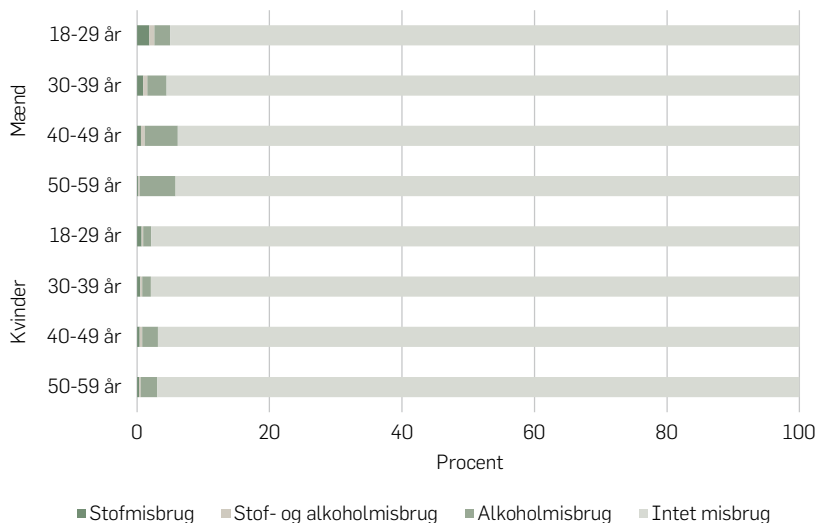
Kilde: Egne beregninger.

Som det fremgår af figur 4.3, er der store forskelle i typen af misbrug i de forskellige aldersgrupper. Det ses, at alkoholmisbrug er ganske udbredt for begge køn og for alle aldersgrupper, men hyppigst forekommende blandt de ældre aldersgrupper, hvor alkoholmisbruget for størstedelens vedkommende er det eneste misbrug. Det gælder de 40-49-årige og især de 50-59-årige. Blandt de yngre aldersgrupper findes alkoholmisbruget i højere grad i kombination med misbrug af stoffer og modsat de ældre aldersgrupper, så er stofmisbruget den dominerende misbrugsform blandt de 18-29-årige. Forskelle i typen af misbrug i forskellige aldersgrupper er et velkendt mønster og genfindes således også i de nationale kortlægninger, der ligeledes viser, hvorledes stofmisbruget er mest udbredt i de yngre og midaldrende aldersgrupper, mens alkoholmisbruget er mest udbredt i de midaldrende og ældre aldersgrupper blandt de hjemløse. Denne forskel i misbrugsmønstre mellem de yngre og ældre aldersgrupper kan bero på forskelle mellem kohorter, der er vokset op på forskellige tidspunkter i forhold til samfundsudviklingen, herunder udbre-

delsen af forskellige typer af stoffer. Der kan imidlertid også være tale om, at misbrugsmønstret ændres med alderen, fx fra et stort og eksperimenterende brug af mange stoffer til efterhånden med alderen i højere grad fx blot at omfatte hash og alkohol og måske blot engang imellem det tidligere foretrukne stof. Det kan fx være udtryk for, at et liv præget af jagten på illegale stoffer, og som ofte medfører meget aktiv kriminalitet, bliver for opslidende. Samtidig er der for de fleste stoffer også en form for naturlig 'drof-off' rate, dvs. at en del misbrugere efterhånden ophører med misbruget – også uden indgriben udefra. Endelig skal det også tages i betragtning, at stofmisbrug er forbundet med en høj dødelighed og således resulterer i en lav gennemsnitslevealder (Nielsen m.fl., 2011).

FIGUR 4.4

Den øvrige befolkning fordelt efter misbrug, særskilt for alder og køn. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

I den øvrige befolkning er andelen med misbrug langt lavere, men forskellen i misbrugsmønstret mellem de forskellige aldersgrupper gør sig også gældende i den øvrige befolkning. Alkoholmisbrug er således hyppigst forekommende blandt de 40-49-årige og 50-59-årige, mens stofmisbrug primært ses i de yngre aldersgrupper. Godt 5 pct. af den ikke-hjemløse mand-

lige befolkning mellem 18 og 59 år er registreret med enten alkohol- og/eller stofmisbrug, mens denne andel blandt kvinderne er godt 2 pct.

Aldersstandardiserer vi den relative risiko for misbrug for populationen på 18 år eller ældre, så finder vi, at andelen med et misbrug er cirka 13 gange højere for hjemløse mænd og 28 gange højere for hjemløse kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. For alkoholisbrug isoleret er den relative risiko blandt dem, der samtidig har været hjemløse, sammenholdt med den del af befolkningen, der ikke har været hjemløse, 13 for mænd og 29 for kvinder. For stofmisbrug isoleret er den relative risiko 23 gange højere for de hjemløse mænd og 45 gange højere for de hjemløse kvinder end i den øvrige befolkning.

TABEL 4.3

Aldersstandardiserede risikoforhold for misbrug mellem hjemløse og den øvrige befolkning, særskilt for misbrug og køn.

	Hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning		Hjemløse kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning	
	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI
Misbrug	13,52	12,75-14,34	28,51	24,27-33,49
Alkoholmisbrug	13,07	12,23-13,96	28,65	23,92-34,31
Stofmisbrug	22,66	20,28-25,33	45,35	33,78-60,88

Anm.: RR = Risikoforhold, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

I tabel 4.4 ser vi på andelen af hjemløse fordelt på køn og aldersgrupper og på, om borgeren har et misbrug eller ej, og om der er tale om alkoholisbrug, stofmisbrug eller misbrug af både alkohol og stoffer. Andelen, der har været hjemløse på et tidspunkt i perioden, er særligt høj blandt dem, der både er stof- og alkoholisbrugere med 38,1 pct. blandt de 30-39-årige mænd og 27,9 pct. blandt de 30-39-årige kvinder.

TABEL 4.4

Andelen af hjemløse i befolkningen særskilt for misbrug, alder og køn. 1999-2009. Antal (N) og procent.

	18-29 år		30-39 år		40-49 år		50-59 år	
	Pct.	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.	N
<i>Mænd</i>								
Intet misbrug	0,3	400.134	0,5	395.405	0,4	349.444	0,2	349.994
Alkoholmisbrug	6,1	10.717	14,8	14.003	12,8	21.264	7,4	21.724
Stofmisbrug	16,1	9.397	22,0	4.995	15,3	2.586	5,7	785
Misbrug af både stoffer og alkohol	29,0	4.377	38,1	4.095	31,0	3.155	20,6	1.034
<i>Kvinder</i>								
Intet misbrug	0,1	402.039	0,1	389.203	0,1	352.878	0,1	355.012
Alkoholmisbrug	2,8	5.129	10,4	5.896	8,7	9.418	4,8	9.626
Stofmisbrug	10,8	3.274	12,3	2.215	8,7	1.679	1,9	1.134
Misbrug af både stoffer og alkohol	25,7	1.261	27,9	1.539	20,3	1.686	11,4	974

Kilde: Egne beregninger.

SAMSPILLET MELLEM PSYKISK SYGDOM OG MISBRUG I HJEMLØSEGRUPPEN

I det følgende ser vi på samspillet mellem forekomsten af de to udsathedsfaktorer psykisk sygdom og misbrug i hjemløsegruppen. Som vi skal se, er der en stærk sammenhæng imellem disse udsathedsfaktorer i hjemløsegruppen.

I tabel 4.5 gives et samlet billede af andelen med psykisk sygdom, misbrug (stof- og alkoholmisbrug under ét), både psykisk sygdom og misbrug, enten psykisk sygdom eller misbrug og hverken psykisk sygdom eller misbrug.

TABEL 4.5

Andelen med misbrug og/eller psykisk sygdom blandt de hjemløse borgere, særskilt for køn og alder. Procent og antal.

	Psykisk lidelse	Misbrug	Psykisk sygdom eller misbrug	Psykisk sygdom og misbrug	Hverken psykisk sygdom eller misbrug	N
<i>Mænd</i>						
18-29 år	49,9	71,2	80,0	41,1	20,0	4.829
30-39 år	45,7	71,1	78,5	38,3	21,5	6.653
40-49 år	42,2	73,0	79,0	36,2	21,0	5.625
50-59 år	40,6	70,0	77,3	33,5	22,7	2.671
60-69 år	39,6	62,6	71,8	30,5	28,2	578
70 år eller mere	27,9	38,0	50,6	15,2	49,4	79
I alt	44,8	71,2	78,5	37,5	21,5	20.435
<i>Kvinder</i>						
18-29 år	61,7	65,4	82,6	44,5	17,4	1.253
30-39 år	58,7	75,3	84,7	49,3	15,3	1.743
40-49 år	58,7	77,9	86,2	50,7	13,8	1.682
50-59 år	56,6	75,5	85,2	46,8	14,8	792
60-69 år	45,7	66,1	79,0	32,7	21,0	162
70 år eller mere	61,5	53,9	92,3	23,1	7,7	13
I alt	58,7	73,6	84,6	47,7	15,4	5.645

Kilde: Egne beregninger.

Som det fremgår af tabel 4.5, er der generelt en meget høj andel af de hjemløse, der enten har en psykisk sygdom, et misbrug eller begge dele, mens andelen af hjemløse, der hverken har fået stillet en psykiatrisk diagnose eller fået registreret et misbrug i perioden 1999-2009, kun er ca. 21 pct. for mænd og 15 pct. for kvinder. Det ses også, at andelen af psykisk syge misbrugere er høj, ca. 35-40 pct. blandt de yngre og midaldrende hjemløse mænd, og 45-50 pct. blandt de yngre og midaldrende hjemløse kvinder.

I figur 4.5 er sammenhængen mellem hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug afbilledet i form af andelen med en psykisk lidelse blandt hjemløse med forskellige former for misbrug. Figur 4.6 vender så at sige tallene om og viser andelen med forskellige former for misbrug i hjemløsegruppen afhængigt af, hvilken psykisk lidelse borgeren eventuelt har fået diagnosticeret. Figurene begrænser sig til at beskrive hjemløse i alderen 30-39 år og er dermed ikke en beskrivelse af hele hjemløsegruppen.

Som det fremgår af figur 4.5, er andelen, der er diagnosticeret med en psykisk sygdom, højere blandt hjemløse misbrugere end blandt hjemløse, der ikke har et misbrug. Det er især blandt alkoholmisbrugere,

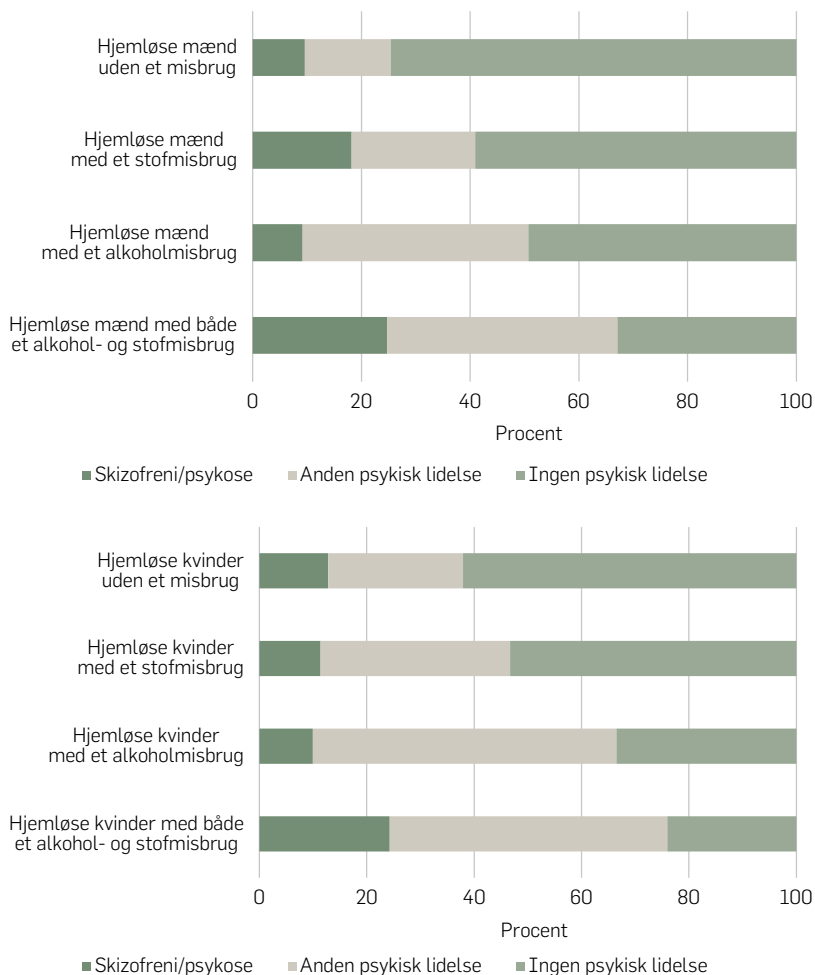
at andelen med psykiske lidelser er høj, men også blandt stofmisbrugere er andelen med psykiske lidelser signifikant højere end blandt hjemløse, der ikke har et misbrug. Andelen af hjemløse med en psykisk lidelse er højest blandt dem, der både har et alkohol- og stofmisbrug.

I figur 4.6 ser vi de samme sammenhænge mellem psykisk sygdom og misbrug i hjemløsegruppen, men opdelt efter, om borgeren har en psykisk sygdom eller ej. Figuren viser, at andelen af misbrugere er højere blandt hjemløse borgere, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose end blandt hjemløse borgere, der ikke har fået stillet en sådan diagnose. Både andelen af alkoholmisbrugere og stofmisbrugere er højere blandt de psykisk syge hjemløse. Især påfaldende er forskellen i andelen med et misbrug af både stoffer og alkohol. Blandt hjemløse i alderen 30-39 år er andelen med et misbrug af både stoffer og alkohol mere end dobbelt så stor hos dem, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose, som hos dem, der ikke har. En anden forskel mellem hjemløse borgere med henholdsvis en skizofreni/psykose-diagnose og hjemløse borgere diagnosticeret med en anden psykisk lidelse findes i karakteren af de to gruppers misbrug. Andelen med et alkoholmisbrug er således større i gruppen af hjemløse med øvrige psykiatriske diagnoser end i gruppen med en skizofreni/psykose-diagnose. Til gengæld har en markant større andel af de hjemløse borgere diagnosticeret med skizofreni eller psykose et stofmisbrug, evt. i kombination med et alkoholmisbrug.

Analyserne viser således, at der er en stærk sammenhæng mellem hjemløshed og udsathed i form af psykisk sygdom og misbrug. Samtidig er det også tydeligt, at der er en stærk sammenhæng *mellem* forekomsten af psykisk sygdom og misbrug for hjemløsegruppen. Kausaliteten mellem hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug kan vi ikke udtale os om, men vi kan hæfte os ved, at udsathed for en af disse tre faktorer forøger sandsynligheden for, at man er udsat for mindst én af de to andre. I det følgende betragter vi psykisk sygdom under ét, det vil sige, at vi slår grupperne med ”skizofreni/psykose” og ”andre psykiske lidelser” sammen.

FIGUR 4.5

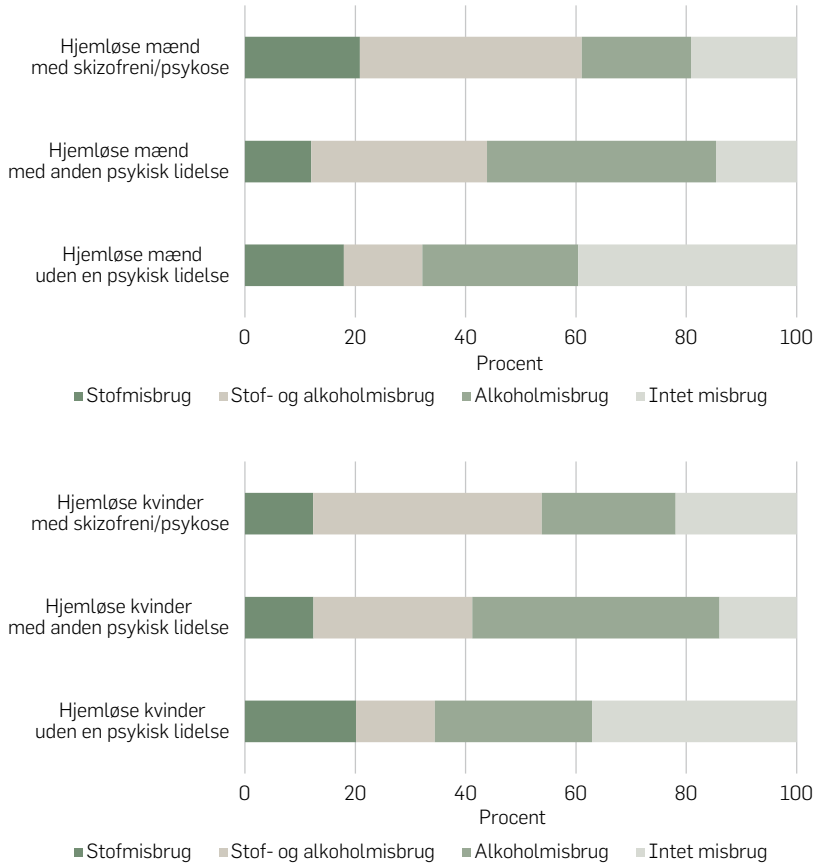
Hjemløse i alderen 30-39 år fordelt efter psykisk sygdom, særskilt for misbrug og køn. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 4.6

Hjemløse i alderen 30-39 år fordelt efter misbrug, særskilt for psykisk sygdom og køn. Procent.

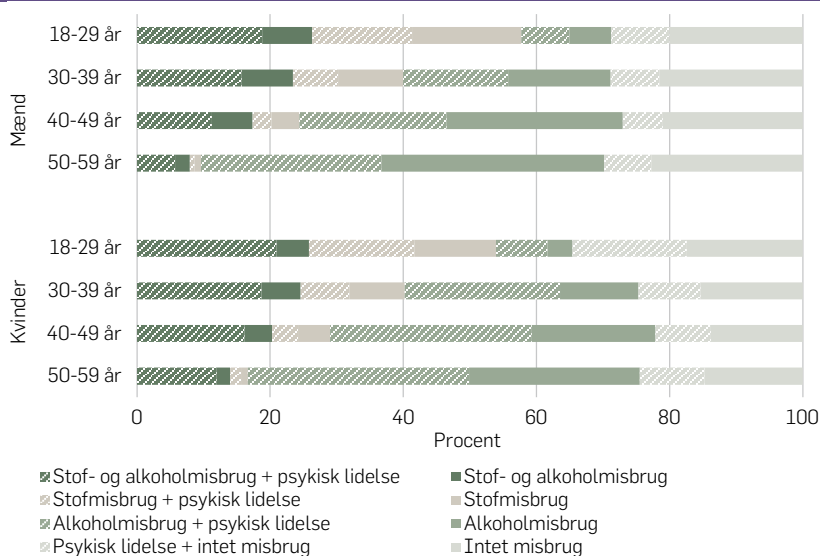


Kilde: Egne beregninger.

I figur 4.7 har vi kombineret informationen om psykisk sygdom og misbrug for alle aldersgrupper i hjemløsegruppen. Figuren giver dermed et billede af den samlede intersektionalitet mellem hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug.

FIGUR 4.7

Hjemløse fordelt efter psykisk sygdom og misbrug, særskilt for alder og køn. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

I figuren er hjemløsegruppen opdelt på køn og i aldersgrupper, og viser andelen med forskellige kombinationer af psykisk sygdom og misbrug, der spænder fra de hjemløse, der hverken har psykisk sygdom eller misbrug til dem, der både har en psykisk sygdom og et misbrug af både alkohol og stoffer. Af figuren ses, hvorledes andelen af psykisk syge (størrelsen af det skraverede areal) er højere blandt de grupper, der har et misbrug end i den gruppe, der ikke har et misbrug. Sammenhængen mellem psykisk sygdom og misbrug kan generelt gå begge veje. Således kan borgere med psykiske lidelser udvikle misbrugsproblemer som en form for 'selvmedicinering', men samtidig kan et svært misbrug medvirke til at fremkalde eller forværre psykiske lidelser som fx psykotiske tilstande.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi beskrevet forekomsten af psykisk sygdom og misbrug i hjemløsegruppen og sammenlignet med den øvrige befolkning. Psykisk sygdom og misbrug af alkohol og stoffer er udsathedsfaktorer, der præger livssituationen for både mænd og kvinder i hjemløsegruppen og på tværs af alle aldersgrupper. Blandt de hjemløse mænd er 45 pct. blevet registreret med en psykisk lidelse og 72 pct. med et misbrug i perioden 1999-2009. I samme periode er 59 pct. af de hjemløse kvinder blevet registreret med en psykisk lidelse og 74 pct. med et misbrug. Der er relativt flere blandt de yngre aldersgrupper af hjemløse, der har fået diagnosticeret psykiske sygdomme, hvilket skyldes en højere prævalens af skizofreni-/psykosediagnoser. Dette kan hænge sammen med, at sådanne sygdomme typisk diagnosticeres i ungdomsårene. Andelen med et misbrug er nogenlunde konstant på tværs af køn og aldersgrupper i hjemløsegruppen, om end der er store forskelle på typen af misbrug for forskellige aldersgrupper. Alkoholmisbrug er mest udbredt i de midaldrende aldersgrupper, mens stofmisbrug i højere grad ses hos yngre hjemløse.

Afslutningsvis har vi set på samspillet mellem psykisk sygdom og misbrug i hjemløsegruppen og konstateret en stærk sammenhæng mellem disse udsathedsfaktorer. Hjemløse med en psykiatrisk diagnose er således i højere grad misbrugere af alkohol og stoffer end hjemløse uden en psykiatrisk diagnose.

FYSISK SYGDOM

I dette kapitel belyser vi forekomsten af fysiske sygdomme i vores undersøgelsespopulation af borgere, der var indskrevet mindst én gang på en § 110-boform i perioden 1999-2009. Som tidligere nævnt betegner vi denne gruppe som ”hjemløse borgere”, vel vidende at disse borgere ikke nødvendigvis har været hjemløse i hele perioden. Vi sammenligner sygdomsmønstret for denne gruppe med den øvrige befolkning og ser samtidig på, hvilken betydning andre udsathedsfaktorer, i form af psykisk sygdom og misbrug, har for forekomsten af fysiske sygdomme blandt de hjemløse borgere. Vi ser ved hjælp af logistiske regressionsmodeller på, hvilken betydning hjemløsheden statistisk set har for forekomsten af en række sygdomme, når der statistisk kontrolleres for både psykisk sygdom, misbrug, socioøkonomiske forhold og demografiske faktorer.

TIDLIGERE UNDERSØGELSER

Så sent som i 2004 konkluderes det i en artikel i *Klinisk socialmedicin*, at der ikke foreligger egentlige opgørelser af fysiske sygdomme blandt hjemløse borgere i Danmark (Brandt, 2004, s. 311). I tiden siden da er der imidlertid blevet foretaget flere undersøgelser, som har bidraget med ny viden på området.

I undersøgelsen *Ud af hjemløshed?* (Geerdsen m.fl., 2005) blev det konstateret, at det dominerende problem for de fleste hjemløse var helbredet (ibid., s. 89). Resultaterne er baseret på en spørgeskemaundersøgelse fra 2004 af en undergruppe på 842 personer af de 4.662 personer, som i 1997 var indskrevet på en § 110-boform (tidligere § 94 og § 105). Særlig interessant er det, at blandt de personer, som i 2004 fortsat var hjemløse, anså flere helbredet (23 pct.) end boligsituationen (16 pct.) som deres største problem (ibid.). Dette understreger, at det er særligt vigtigt at sætte fokus på sundhedstilstanden blandt de hjemløse samt afdekke, hvorvidt de hjemløse benytter sundhedssystemet til at få behandling for deres sundhedsproblemer.

De hjemløses helbredstilstand kan belyses på forskellige måder. Flere studier har fokuseret på overdødeligheden blandt hjemløse borgere. I Danmark er der udarbejdet en 10-års-opfølgingsundersøgelse af dødeligheden blandt 579 herbergsbrugere i København. Den viser, at dødeligheden i forhold til den generelle danske befolkning er 3,8 gange større blandt hjemløse mænd og 5,6 gange større blandt hjemløse kvinder (Nordentoft & Wandall-Holm, 2004). En mere omfattende dødelighedsanalyse fra 2011 finder, at dødeligheden i forhold til den generelle danske befolkning er 5,6 gange større blandt hjemløse mænd og 6,7 gange større for hjemløse kvinder (Nielsen m.fl., 2011). Denne undersøgelse benytter samme registerdata som indeværende undersøgelse og baserer sig på en population på 32.711 registrerede herbergsbrugere i perioden 1999-2009.¹⁵

Andre studier har undersøgt sygdomsmønstre ved at foretage lægeundersøgelser af hjemløse borgere. I det tidligere Fyns Amt blev der i 1990, 1996 og i 2002 foretaget tværsnitsundersøgelser af borgere indskrevet på amtets fire § 110-institutioner med det formål at karakterisere disse borgere med hensyn til familiære og sociale problemer, misbrugsmønstre samt deres psykiske og fysiske helbred (Benjaminsen m.fl., 2003, s. 10). Undersøgelsespopulationen var 89 personer, der opholdt sig på en af de fire institutioner i løbet af en uge i november. Disse personer blev interviewet om ovenstående forhold og undersøgt af speciallæger i psykiatri (ibid., s. 37). I disse lægeundersøgelser fandt man blandt andet, at næsten 90 pct. af de 89 undersøgte tidligere havde været indlagt på sygehus for en legemlig lidelse, og ca. halvdelen havde været indlagt tre eller flere gange. Hyppigst forekommende legemlige sygdomme var smerter i

15. Forskellen på antallet af brugere af § 110-boformerne skyldes, at vi afgrænser populationen til dem, som var fyldt 18 år i 1999.

ryg, led og muskler, efterfulgt af luftvejslidelser, misbrugsrelaterede lidelser i lever og bugspytkirtel, neurologiske lidelser og hjerte-kar-sygdomme. Omtrent halvdelen af de undersøgte hjemløse borgere havde ingen legemlige gener, mens 25 pct. angav, at deres legemlige gener var et meget stort problem for dem (ibid., s. 76). Psykiateren vurderede, at behovet for behandling ikke havde ændret sig siden den seneste undersøgelse fra 1996.

En anden omfattende lægeundersøgelse af hjemløse borgere fandt sted i forbindelse med en evaluering af Sundhedsprojektet og kontaktstederne på Mændenes Hjem og Forchhammersvej. Denne undersøgelse afdækkede sygeligheden blandt de ”hårdest belastede misbrugere” i København (Københavns Kommune, 2005). De fleste af disse misbrugere har været udsat for perioder af hjemløshed, og må anses som de allermest udsatte blandt de hjemløse borgere. I alt gennemgik 75 borgere en lægefaglig undersøgelse, ligesom diagnoser blev registreret fra borgernes lægejournaler. Undersøgelsen viste, at det gennemsnitlige antal diagnoser var 6,5 somatiske diagnoser pr. person og 1,7 psykiatriske diagnoser pr. person. Hertil kom gennemsnitligt 5,5 misbrugsrelaterede diagnoser pr. person. Blandt de opsigtsvækkende fund var, at 52 pct. blev diagnosticeret med hepatitis C, 29 pct. med KOL, 5 pct. med hiv, 3 pct. med tuberkulose, 58 pct. med alkoholisk leverskade, 44 pct. med alkoholisk nerveskade og 41 pct. med øjen- og synsforstyrrelser.

Et interessant aspekt ved evalueringsrapporten over de københavnske indsatser er, at fundene fra lægeundersøgelsen sammenholdes med registrerede diagnoser fra Landspatientregistret for samme gruppe af borgere. Generelt er de diagnoser, der blev stillet som følge af lægeundersøgelsen mere jævnt fordelt over alle diagnosegrupperne end de registrerede diagnoser fra Landspatientregistret, hvilket ”... er forventeligt, da lægeundersøgelsens fokus er bredt, hvorimod det er erfaringen, at brugernes kontakt til sundhedssystemet drejer sig om specifikke og presserende sygdomsproblemer” (Københavns Kommune, 2005, s. 74). Hjemløse borgeres fokus på akutte sundhedsproblematikker understreges ifølge rapporten af, at ca. 40 pct. af deres kontakter til det somatiske sundhedsvæsen udløser en traume- eller kontaktdiagnose. Det vil sige, at en stor del af kontakterne skyldes ulykker eller problemstillinger, som afsluttes uden nogen egentlig behandling, såsom kontakter i form af observation, undersøgelse eller efterbehandling.

Fordelen ved lægeundersøgelser er altså, at de hjælper med at fædække mange ikke-akutte sygdomme, som hjemløse borgere ofte ikke går til lægen med, og som derfor ikke bliver diagnosticeret. Med mindre også tidligere journaloplysninger inddrages, som i ovennævnte undersøgelse, giver lægeundersøgelser generelt kun et øjebliksbillede af sundhedstilstanden og kan ikke give et indblik i, hvilke sygdomme borgeren tidligere har haft, og som ikke er aktuelle i undersøgelsesøjeblikket.

I 2007 udførte Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed en undersøgelse (Pedersen m.fl., 2008), der havde til formål at kortlægge socialt udsatte borgeres sundheds- og sygelighedstilstand i et nationalt perspektiv og sammenligne med den generelle befolkning. Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse af 1.290 socialt udsatte borgere, hvoraf 374 af disse var hjemløse, på herberger, væresteder, varmestuer, natcaféer, forsorgshjem og lignende sociale tilbud i mere end 40 danske byer. Undersøgelsen blev gentaget 5 år efter, og resultaterne beskrevet i rapporten SUSY UDSAT 2012. Resultaterne af disse undersøgelser viser, at de hjemløse borgere har en markant dårligere sundhedstilstand og en markant højere sygelighed sammenlignet med den generelle befolkning. I 2012-undersøgelsen angav eksempelvis 54 pct. af de hjemløse borgere, at de har en langvarig sygdom, 25 pct. har fire eller flere sygdomme eller helbredsproblemer, 29 pct. har hepatitis C, 12 pct. har kronisk bronkitis og/eller KOL, 29 pct. har slidgigt og/eller leddegigt (Pedersen m.fl., 2012). I 2012-undersøgelsen foretages der ikke en specifik opgørelse af, hvorvidt sygeligheden blandt de hjemløse borgere har ændret sig siden 2007. Til gengæld angives det, at der generelt for hele gruppen af socialt udsatte borgere på 12 af 20 indikatorer for sygelighed ikke er sket signifikante ændringer i perioden. Der er dog på visse indikatorer sket signifikante fald, fx langvarig sygdom, mavesår, migræne og smerter i led og kropsdele.

I 2010 udgav Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed en rapport (Juel m.fl., 2010), som på baggrund af data fra Landspatientregistret undersøgte den diagnosticerede sygelighed i gruppen af socialt udsatte borgere, der havde deltaget i SUSY UDSAT 2007 samt disses brug af sundhedsvæsenet. I denne rapport blev der ikke skelnet mellem forskellige former for socialt udsathed. Undersøgelsen påviste markante overhyppigheder for en lang række sygdomme hos socialt udsatte borgere i forhold til den generelle befolkning. Det drejede sig

især om infektions-, hud- og lungesygdomme samt skader og forgiftninger (Juel m.fl., 2010, s. 8-10).

I Sverige har Beijer og Andréasson, ligeledes baseret på registerdata, undersøgt den diagnosticerede sygelighed i en gruppe hjemløse i Stockholm (Beijer & Andréasson, 2009). Populationen af hjemløse udgøres i denne undersøgelse af 1.704 personer, der på et tidspunkt i 1996 var registreret som værende hjemløse af de sociale myndigheder i Stockholm. Herudover inkluderes registreringer fra et kvindeherberg i Stockholm. Resultaterne af undersøgelsen viser, at både hjemløse mænd og hjemløse kvinder har en markant overhyppighed af nærmest alle diagnosegrupper i forhold til henholdsvis mænd og kvinder i den generelle befolkning. Især findes markante overhyppigheder af en lang række infektions-, blod-, lunge- og hudsygdomme samt skader og forgiftninger.

Som nævnt i kapitel 2 følger indeværende undersøgelse i høj grad samme tilgang som Beijer og Andréassons undersøgelse, da vi ligeledes belyser sygelighedsmønstret i en specifik hjemløsepopulation baseret på registerdata. I indeværende undersøgelse har vi dog haft mulighed for at have en længere undersøgelsesperiode, hvilket blandt andet gør det muligt mere præcist at undersøge forekomsten af ikke hyppigt forekommende sygdomme. Derudover indgår der ikke i den svenske undersøgelse information om psykisk sygdom, misbrug samt socioøkonomiske baggrundsforhold og dermed ikke analyser af hjemløshedens betydning for sygelighed kontrolleret for disse andre faktorer.

DE UNDERSØGTE SYGDOMSGRUPPER

I dette kapitel om hjemløses sygelighed tegner vi først et overbliksbillede over forekomsten af forskellige sygdomme i hjemløsegruppen sammenlignet med den øvrige befolkning for perioden 1999-2009. Vi præsenterer den absolutte forekomst af forskellige sygdomme, fordelt på køn og aldersgrupper, og beregner på baggrund heraf den relative risiko for de forskellige sygdomme for hjemløsegruppen sat i forhold til den øvrige befolkning inden for de forskellige aldersgrupper og for henholdsvis mænd og kvinder. Et aldersstandardiseret mål opgøres ligeledes. Derefter udføres multivariate regressionsanalyser, der kontrollerer sammenhængen mellem hjemløshed og sygdomme for andre udsathedsfaktorer i form af misbrug og psykisk sygdom og for en række øvrige forhold som

den socioøkonomiske situation, civilstand mv. Afslutningsvis analyserer vi udvalgte sygdomme enkeltvist og viser gennem deskriptive figurer, hvordan udsathedsfaktorerne hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug både hver for sig og sammen har betydning for forekomsten af de forskellige fysiske sygdomme.

Som beskrevet i kapitel 2 anvender vi oplysninger om fysiske sygdomme fra Landspatientregistret, der indeholder diagnoser fra indlæggelser og skadestuebesøg. Når en sygdom diagnosticeres ved en hospitalsindlæggelse, registreres den med en ICD-10-kode. ICD-10 er et internationalt klassifikationssystem for sygdomme, som baserer sig på kodningen af en række sygdomsdiagnoser og samlingen af disse i hovedgrupper. Vores analyse tager udgangspunkt i disse hovedgrupper af sygdomme og vil således se på andelen af hjemløse med infektionssygdomme (ICD-10: A00-B99.9), svulster (ICD-10: C00-C48.9), blodsygdomme (ICD-10: C50-D49.9) osv.¹⁶ Ud over disse hovedgrupper af sygdomme udvælger vi et antal mere specifikke sygdomsdiagnoser, som vi anser som særligt vigtige for hjemløses sygelighed. Her er tale om en række specifikke infektionssygdomme (som fx tuberkulose, hepatitis og hiv), diabetes, epilepsi og KOL (se tabel 2.3 i kapitel 2 for en oversigt over alle undersøgte sygdomsgrupper). I udvælgelsen af de specifikke diagnoser til nærstudier har vi bl.a. ladet os inspirere af tidligere studier på området og især af de undersøgelser, der tidligere har knyttet registerbaserede oplysninger om sygdomsdiagnoser til en hjemløsepopulation (Beijer & Andréasson, 2009; Juel m.fl., 2010).

HJEMLØSE BORGERES SYGDOMSMØNSTER

I det følgende analyserer vi sygdomsmønstret i hjemløsegruppen. Vi ser på andelen, der har fået en diagnose inden for de enkelte hovedgrupper af sygdomme i perioden 1999-2009 og sammenligner forekomsten i hjemløsegruppen med den øvrige befolkning. På baggrund af dette udregner vi den relative risiko for de forskellige sygdomme for hjemløse borgere i forhold til den øvrige befolkning.

16. I visse af disse hovedgrupper er enkelte diagnoser ekskluderet. Det drejer sig om alkohol- og stofmisbrugsrelaterede sygdomme, som kodes som misbrug af henholdsvis alkohol og stoffer. For en nærmere forklaring, se metodekapitlet om kodning af sygdomme.

TABEL 5.1

Andelen af mænd i alderen 18-29 år, der er diagnosticeret med udvalgte sygdomme, særligt for hjemløse og den øvrige befolkning, samt risikoforhold for de enkelte sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning. Procent og risikoforholdsværdier.

	Hjemløse	Øvrig befolkning	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	30,0	9,1	3,30	3,16-3,45
Tuberkulose	1,3	0,1	13,33	10,24-17,35
Blodforgiftning	1,4	0,2	7,72	6,06-9,84
Rosen	2,9	0,4	6,98	5,90-8,26
Hepatitis	10,1	0,3	37,49	33,84-41,53
Hepatitis C	9,1	0,1	76,79	67,75-87,03
Hiv	1,0	0,1	9,13	6,83-12,20
Svulster	2,9	3,0	0,97	0,82-1,14
Kræftsygdomme	0,6	0,9	0,67	0,46-0,98
Blodsygdomme	1,9	0,7	2,71	2,20-3,34
Blodmangel	0,3	0,0	6,24	3,70-10,53
Stofskiftesygdomme	5,4	2,8	1,90	1,69-2,14
Diabetes	1,5	1,0	1,47	1,17-1,85
Nervesygdomme	11,2	4,2	2,66	2,45-2,88
Epilepsi	4,7	1,0	4,63	4,06-5,28
Øjensygdomme	6,8	5,2	1,30	1,17-1,45
Øresygdomme	3,5	2,1	1,64	1,41-1,91
Kredsløbssygdomme	12,8	4,9	2,59	2,40-2,79
Lungesygdomme	17,8	8,0	2,22	2,09-2,36
Lungebetændelse	7,7	1,3	5,93	5,36-6,56
KOL	1,2	0,2	6,43	4,96-8,35
Fordøjelsessygdomme	26,1	11,7	2,24	2,13-2,35
Hudsygdomme	19,4	7,1	2,75	2,59-2,91
Hudinfektion	16,0	4,5	3,58	3,35-3,83
Sygdomme i bevægeapparatet	29,1	21,5	1,36	1,30-1,42
Nyre- og urinvejssygdomme	9,1	8,1	1,12	1,03-1,23
Skader	88,5	67,7	1,31	1,29-1,32
Forgiftning	23,6	2,8	8,57	8,12-9,05

Anm.: RR = Risikoforhold, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 5.2

Andelen af mænd i alderen 30-39 år, der er diagnosticeret med udvalgte sygdomme, særskilt for hjemløse og den øvrige befolkning, samt risikoratioer for de enkelte sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning. Procent og risikoratioværdier.

	Hjemløse	Øvrig befolkning	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	29,6	7,9	3,72	3,58-3,87
Tuberkulose	1,8	0,1	13,53	11,14-16,44
Blodforgiftning	2,6	0,4	7,19	6,14-8,41
Rosen	3,9	0,7	5,51	4,87-6,24
Hepatitis	9,6	0,4	22,78	20,87-24,86
Hepatitis C	8,6	0,3	34,12	30,90-37,68
Hiv	1,6	0,3	5,97	4,90-7,29
Svulster	4,9	4,7	1,04	0,94-1,16
Kræftsygdomme	1,4	1,6	0,91	0,75-1,12
Blodsygdomme	3,9	1,1	3,52	3,11-3,98
Blodmangel	0,8	0,1	7,05	5,34-9,31
Stofskiftesygdomme	10,4	5,4	1,93	1,80-2,08
Diabetes	3,6	2,2	1,64	1,45-1,86
Nervesygdomme	14,1	6,1	2,31	2,18-2,46
Epilepsi	5,3	1,1	4,99	4,48-5,55
Øjensygdomme	7,7	5,5	1,40	1,29-1,52
Øresygdomme	4,4	3,0	1,48	1,32-1,66
Kredsløbssygdomme	21,0	10,2	2,06	1,97-2,16
Lungesygdomme	21,7	8,1	2,69	2,57-2,82
Lungebetændelse	10,9	2,0	5,32	4,95-5,72
KOL	3,8	0,6	6,31	5,56-7,16
Fordøjelsessygdomme	32,6	15,1	2,17	2,09-2,25
Hudsygdomme	20,4	6,6	3,09	2,94-3,25
Hudinfektion	16,0	3,9	4,12	3,89-4,36
Sygdomme i bevægeapparatet	34,5	25,4	1,36	1,31-1,40
Nyre- og urinvejssygdomme	11,1	7,9	1,39	1,30-1,49
Skader	83,9	58,9	1,42	1,41-1,44
Forgiftning	20,2	2,5	8,19	7,78-8,62

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 5.3

Andelen af mænd i alderen 40-49 år, der er diagnosticeret med udvalgte sygdomme, særskilt for hjemløse og den øvrige befolkning, samt risikoratioer for de enkelte sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning. Procent og risikoratioværdier.

	Hjemløse	Øvrig befolkning	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	26,0	8,0	3,24	3,10-3,39
Tuberkulose	2,0	0,1	13,91	11,40-16,98
Blodforgiftning	3,6	0,8	4,52	3,93-5,21
Rosen	4,7	1,0	4,70	4,15-5,31
Hepatitis	6,6	0,5	12,63	11,33-14,07
Hepatitis C	6,0	0,4	15,68	13,97-17,60
Hiv	1,2	0,2	5,60	4,37-7,17
Svulster	9,2	8,4	1,09	1,01-1,19
Kræftsygdomme	4,9	4,0	1,21	1,07-1,35
Blodsygdomme	6,8	1,9	3,52	3,19-3,89
Blodmangel	1,2	0,3	4,94	3,88-6,29
Stofskiftesygdomme	18,2	10,4	1,74	1,64-1,84
Diabetes	6,7	4,5	1,49	1,35-1,65
Nervesygdomme	16,6	8,4	1,97	1,86-2,10
Epilepsi	6,5	1,3	4,99	4,50-5,54
Øjensygdomme	9,1	6,9	1,32	1,22-1,44
Øresygdomme	5,7	5,3	1,08	0,97-1,20
Kredsløbssygdomme	33,8	20,2	1,67	1,61-1,73
Lungesygdomme	26,6	9,3	2,86	2,73-2,99
Lungebetændelse	15,5	3,2	4,89	4,59-5,21
KOL	8,0	1,8	4,41	4,02-4,83
Fordøjelsessygdomme	38,7	20,0	1,94	1,88-2,01
Hudsygdomme	17,5	6,7	2,61	2,46-2,76
Hudinfektion	12,2	3,6	3,38	3,14-3,63
Sygdomme i bevægeapparatet	35,3	28,3	1,25	1,20-1,29
Nyre- og urinvejssygdomme	11,8	8,8	1,33	1,24-1,43
Skader	77,0	51,3	1,50	1,48-1,52
Forgiftning	17,0	2,5	6,88	6,47-7,32

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 5.4

Andelen af mænd i alderen 50-59 år, der er diagnosticeret med udvalgte sygdomme, særskilt for hjemløse og den øvrige befolkning, samt risikoratioer for de enkelte sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning. Procent og risikoratioværdier.

	Hjemløse	Øvrig befolkning	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	22,2	9,0	2,46	2,29-2,64
Tuberkulose	1,7	0,1	12,90	9,56-17,41
Blodforgiftning	4,5	1,8	2,49	2,09-2,97
Rosen	4,8	1,4	3,52	2,97-4,18
Hepatitis	1,4	0,2	6,59	4,75-9,15
Hepatitis C	1,2	0,1	10,42	7,25-14,98
Hiv	0,3	0,1	2,00	0,95-4,20
Svulster	16,5	16,7	0,99	0,91-1,07
Kræftsygdomme	10,7	10,9	0,98	0,88-1,10
Blodsygdomme	9,4	3,6	2,58	2,29-2,91
Blodmangel	2,1	0,6	3,71	2,85-4,84
Stofskiftesygdomme	25,8	17,0	1,52	1,42-1,62
Diabetes	11,0	7,9	1,39	1,25-1,55
Nervesygdomme	18,0	10,4	1,73	1,59-1,87
Epilepsi	6,4	1,5	4,29	3,70-4,97
Øjensygdomme	12,0	10,2	1,18	1,07-1,31
Øresygdomme	8,5	10,2	0,83	0,74-0,94
Kredsløbssygdomme	45,6	34,1	1,34	1,28-1,39
Lungesygdomme	30,8	13,7	2,26	2,13-2,39
Lungebetændelse	18,8	6,0	3,15	2,90-3,41
KOL	12,5	4,1	3,02	2,73-3,34
Fordøjelsessygdomme	41,8	25,5	1,64	1,57-1,72
Hudsygdomme	14,9	7,1	2,09	1,91-2,29
Hudinfektion	8,4	3,3	2,56	2,26-2,91
Sygdomme i bevægeapparatet	34,3	29,3	1,17	1,11-1,23
Nyre- og urinvejssygdomme	18,1	14,4	1,25	1,16-1,36
Skader	72,1	43,9	1,64	1,60-1,68
Forgiftning	13,9	2,3	6,00	5,45-6,61

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 5.5

Andelen af kvinder i alderen 18-29 år, der er diagnosticeret med udvalgte sygdomme, særskilt for hjemløse og den øvrige befolkning, samt risikoratioer for de enkelte sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning. Procent og risikoratioværdier.

	Hjemløse	Øvrig befolkning	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	39,5	9,1	4,36	4,06-4,67
Tuberkulose	1,2	0,1	10,89	6,53-18,17
Blodforgiftning	3,8	0,2	17,22	12,95-22,90
Rosen	3,8	0,2	17,92	13,43-23,91
Hepatitis	16,4	0,3	63,07	54,91-72,43
Hepatitis C	14,4	0,1	156,44	132,22-185,09
Hiv	1,6	0,1	31,65	20,07-49,91
Svulster	6,3	7,2	0,87	0,70-1,08
Kræftsygdomme	1,0	1,0	1,00	0,58-1,72
Blodsygdomme	6,1	1,7	3,54	2,84-4,41
Blodmangel	1,8	0,4	4,99	3,29-7,58
Stofskiftesygdomme	16,9	13,7	1,24	1,10-1,40
Diabetes	3,4	0,9	3,88	2,89-5,21
Nervesygdomme	13,9	6,1	2,27	1,97-2,60
Epilepsi	5,9	1,1	5,42	4,34-6,78
Øjensygdomme	7,7	4,3	1,81	1,49-2,19
Øresygdomme	5,5	2,3	2,43	1,93-3,06
Kredsløbssygdomme	16,3	6,8	2,38	2,10-2,70
Lungesygdomme	24,8	9,1	2,74	2,49-3,02
Lungebetændelse	10,1	1,6	6,43	5,44-7,60
KOL	3,0	0,2	13,71	9,91-18,96
Fordøjelsessygdomme	32,8	14,6	2,25	2,08-2,44
Hudsygdomme	27,5	7,8	3,52	3,22-3,85
Hudinfektion	21,1	3,0	7,04	6,32-7,85
Sygdomme i bevægeapparatet	31,8	21,2	1,50	1,38-1,63
Nyre- og urinvejssygdomme	40,7	26,7	1,53	1,43-1,63
Skader	81,6	50,0	1,63	1,59-1,68
Forgiftning	32,8	2,8	11,51	10,62-12,49

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 5.6

Andelen af kvinder i alderen 30-39 år, der er diagnosticeret med udvalgte sygdomme, særligt for hjemløse og den øvrige befolkning, samt risikoratioer for de enkelte sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning. Procent og risikoratioværdier

	Hjemløse	Øvrig befolkning	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	33,5	6,8	4,91	4,59-5,25
Tuberkulose	2,6	0,1	26,22	19,33-35,57
Blodforgiftning	4,5	0,3	13,10	10,49-16,35
Rosen	4,2	0,3	12,48	9,92-15,69
Hepatitis	12,1	0,3	44,27	38,49-50,90
Hepatitis C	10,9	0,2	67,96	58,20-79,35
Hiv	3,3	0,1	38,88	29,48-51,29
Svulster	13,9	13,0	1,07	0,95-1,20
Kræftsygdomme	2,8	2,8	1,00	0,76-1,32
Blodsygdomme	8,5	2,2	3,81	3,26-4,45
Blodmangel	2,7	0,6	4,36	3,28-5,80
Stofskiftesygdomme	18,4	11,0	1,67	1,51-1,84
Diabetes	3,8	1,6	2,34	1,85-2,96
Nervesygdomme	15,9	7,7	2,07	1,86-2,31
Epilepsi	6,6	1,0	6,63	5,55-7,94
Øjensygdomme	8,3	4,9	1,68	1,43-1,96
Øresygdomme	5,2	3,0	1,72	1,40-2,10
Kredsløbssygdomme	25,0	12,6	1,98	1,82-2,15
Lungesygdomme	26,7	8,1	3,31	3,06-3,57
Lungebetændelse	14,1	1,9	7,30	6,49-8,22
KOL	6,8	0,7	9,38	7,86-11,20
Fordøjelsessygdomme	38,9	15,9	2,45	2,31-2,60
Hudsygdomme	22,5	7,7	2,94	2,70-3,21
Hudinfektion	15,5	2,8	5,58	4,99-6,23
Sygdomme i bevægeapparatet	35,4	26,2	1,35	1,27-1,44
Nyre- og urinvejssygdomme	41,3	28,1	1,47	1,39-1,55
Skader	77,9	44,7	1,74	1,70-1,79
Forgiftning	31,9	2,4	13,46	12,53-14,46

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 5.7

Andelen af kvinder i alderen 40-49 år, der er diagnosticeret med udvalgte sygdomme, særskilt for hjemløse og den øvrige befolkning, samt risikoratioer for de enkelte sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning. Procent og risikoratioværdier.

	Hjemløse	Øvrig befolkning	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	27,7	6,6	4,19	3,88-4,54
Tuberkulose	1,3	0,1	14,34	9,34-22,02
Blodforgiftning	4,8	0,6	7,47	6,02-9,28
Rosen	4,2	0,5	7,91	6,27-9,98
Hepatitis	7,5	0,3	23,55	19,72-28,12
Hepatitis C	6,7	0,2	30,34	25,06-36,72
Hiv	1,8	0,0	45,40	30,72-67,10
Svulster	19,6	19,9	0,98	0,89-1,08
Kræftsygdomme	6,7	6,7	1,00	0,84-1,20
Blodsygdomme	9,8	2,7	3,60	3,11-4,17
Blodmangel	2,4	0,7	3,29	2,42-4,49
Stofskiftesygdomme	23,2	13,1	1,78	1,63-1,94
Diabetes	5,9	2,9	2,00	1,65-2,42
Nervesygdomme	16,8	9,3	1,80	1,62-2,01
Epilepsi	6,6	1,1	6,04	5,04-7,25
Øjensygdomme	8,3	6,9	1,20	1,03-1,41
Øresygdomme	6,1	4,6	1,35	1,11-1,62
Kredsløbssygdomme	33,3	19,2	1,73	1,62-1,85
Lungesygdomme	28,3	9,2	3,08	2,85-3,32
Lungebetændelse	14,7	2,7	5,40	4,80-6,07
KOL	12,0	2,1	5,65	4,95-6,44
Fordøjelsessygdomme	43,2	18,5	2,34	2,21-2,47
Hudsygdomme	18,6	7,3	2,54	2,30-2,81
Hudinfektion	10,8	2,6	4,21	3,66-4,83
Sygdomme i bevægeapparatet	38,5	33,0	1,16	1,10-1,24
Nyre- og urinvejssygdomme	37,6	27,1	1,39	1,31-1,48
Skader	77,7	43,8	1,78	1,73-1,82
Forgiftning	28,2	2,6	10,97	10,14-11,87

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 5.8

Andelen af kvinder i alderen 50-59 år, der er diagnosticeret med udvalgte sygdomme, særskilt for hjemløse og den øvrige befolkning, samt risikoratioer for de enkelte sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning. Procent og risikoratioværdier.

	Hjemløse	Øvrig befolkning	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	20,6	7,3	2,82	2,46-3,23
Tuberkulose	0,9	0,1	10,60	5,03-22,36
Blodforgiftning	4,5	1,2	3,65	2,65-5,03
Rosen	3,5	0,8	4,22	2,93-6,08
Hepatitis	1,3	0,1	9,19	4,93-17,11
Hepatitis C	1,1	0,1	19,43	10,01-37,72
Hiv	0,4	0,0	19,80	6,25-62,76
Svulster	19,2	22,4	0,86	0,74-0,99
Kræftsygdomme	11,6	12,7	0,92	0,76-1,11
Blodsygdomme	10,7	3,4	3,18	2,60-3,89
Blodmangel	2,8	0,6	4,65	3,07-7,03
Stofskiftesygdomme	31,1	16,8	1,85	1,67-2,05
Diabetes	8,1	5,0	1,63	1,29-2,06
Nervesygdomme	17,8	9,6	1,85	1,59-2,14
Epilepsi	4,9	1,2	4,09	3,01-5,57
Øjensygdomme	13,6	11,4	1,20	1,01-1,43
Øresygdomme	6,2	7,1	0,88	0,67-1,15
Kredsløbssygdomme	39,4	28,0	1,41	1,29-1,53
Lungesygdomme	30,4	12,7	2,40	2,16-2,67
Lungebetændelse	14,5	4,9	2,94	2,48-3,48
KOL	17,9	4,5	4,00	3,44-4,64
Fordøjelsessygdomme	41,7	22,2	1,88	1,73-2,04
Hudsygdomme	12,1	7,1	1,70	1,41-2,05
Hudinfektion	6,4	2,3	2,79	2,13-3,64
Sygdomme i bevægeapparatet	43,8	35,6	1,23	1,14-1,33
Nyre- og urinvejssygdomme	29,7	21,8	1,36	1,22-1,52
Skader	74,5	43,0	1,73	1,66-1,81
Forgiftning	26,4	2,5	10,77	9,57-12,12

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

Tabellerne 5.1-5.8 viser for henholdsvis mænd og kvinder andelen, der er blevet registreret med en sygdom i hjemløsegruppen og i den øvrige befolkning i perioden 1999-2009. Den relative risiko forbundet med hjemløshed angives med 95-procents-konfidensintervaller.

I tabel 5.9 er opgjort de fem hyppigste diagnoser blandt de hjemløse sammenlignet med den øvrige befolkning. Den hyppigste diagnose blandt hjemløse mænd er for alle aldersgrupper skader. Derefter følger sygdomme i bevægeapparatet samt fordøjelses-, infektions-, lunge- og kredsløbssygdomme. Rangeringen af disse diagnoser er dog i høj grad aldersbetinget. Infektionssygdomme er særligt hyppige blandt de yngre aldersgrupper, og kredsløbssygdomme er særligt hyppige blandt de ældre

aldersgrupper. Mønstret for, hvilke diagnoser der er mest hyppige blandt hjemløse mænd, adskiller sig ikke markant fra mønstret blandt mænd i den øvrige befolkning. Dog er infektionssygdomme og forgiftninger mere hyppigt forekommende blandt de 18-39-årige hjemløse mænd sammenlignet med den øvrige befolkning i samme aldersgruppe. Derudover er lungesygdomme blandt de hyppigst forekommende sygdomme blandt de hjemløse mænd i aldersgrupperne 40-49 år og 50-59 år, mens stofskiftesygdomme i stedet optræder blandt de fem hyppigst forekommende sygdomme i den øvrige befolkning i samme aldersgruppe.

I gruppen af hjemløse kvinder er skader også den hyppigste diagnose for alle aldersgrupper. Derefter følger især nyre-/urinvejs- og fordøjelsessygdomme, sygdomme i bevægeapparatet samt (blandt de yngre aldersgrupper) infektionssygdomme og forgiftninger og (blandt de ældre aldersgrupper) kredsløbssygdomme. Mønstret af de mest hyppigt forekommende diagnoser blandt hjemløse kvinder adskiller sig ikke markant fra mønstret blandt kvinder i den øvrige befolkning.

Selvom der er visse lighedstræk i mønstret af de mest hyppige sygdomme blandt de hjemløse og i den øvrige befolkning, så er prævalensen af sygdomme generelt meget højere blandt de hjemløse end i den øvrige befolkning.

Vender vi først blikket mod mændene, så kan vi konstatere, at sygdommens prævalens er signifikant højere blandt de hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning for alle sygdomskategorier på nær svulster (herunder kræftsygdomme). Den relative risiko for svulster og kræftsygdomme mellem hjemløse mænd og mænd i den øvrige befolkning er således omkring 1 for alle aldersgrupper. Risikoratioerne for visse andre sygdomme er dog også insignifikante for visse aldersgrupper. Den relative risiko for øresygdomme forbundet med hjemløshed er således insignifikant for de 40-49-årige mænd og ligefrem negativt signifikant for de 50-59-årige mænd. Hiv, som for de fleste aldersgrupper har en højsignifikant risikoratio forbundet med hjemløshed, har en insignifikant risikoratio forbundet med hjemløshed for aldersgruppen 50-59 år. Dette skyldes til dels, at hiv er en sjældent forekommende sygdom i denne aldersgruppe, hvilket skaber statistisk usikkerhed og dermed brede konfidensintervaller. For de 30-39-årige hjemløse mænd er der en stor overhyppighed for infektionssygdommene (RR = 3,72). For de enkelte infektionssygdomme – hepatitis C (RR = 34,12), tuberkulose (RR = 13,53), blodforgiftning (RR = 7,19) osv. er overhyppigheden endnu stør-

re. Andre høje overhyppigheder findes for forgiftninger (RR = 8,19), blodmangel (RR = 7,05), KOL (RR = 6,31), lungebetændelse (RR = 5,32) og epilepsi (RR = 4,99).

TABEL 5.9

De fem hyppigst forekommende sygdomme, særskilt for forekomst i forhold til køn, alder og hjemløshed.

	Mænd		Kvinder	
	Hjemløse	Befolkning	Hjemløse	Befolkning
<i>18-29 år</i>	Infektionssygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet	Nyre- og urinvejsygdomme	Nyre- og urinvejsygdomme
	Sygdomme i bevægeapparatet	Fordøjelsessygdomme	Infektionssygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet
	Fordøjelsessygdomme	Infektionssygdomme	Forgiftning	Fordøjelsessygdomme
	Forgiftning	Nyre- og urinvejsygdomme	Fordøjelsessygdomme	Stofskiftesygdomme
<i>30-39 år</i>	Sygdomme i bevægeapparatet	Sygdomme i bevægeapparatet	Nyre- og urinvejsygdomme	Nyre- og urinvejsygdomme
	Fordøjelsessygdomme	Fordøjelsessygdomme	Fordøjelsessygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet
	Infektionssygdomme	Kredsløbssygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet	Fordøjelsessygdomme
	Lungesygdomme	Lungesygdomme	Infektionssygdomme	Svulster
<i>40-49 år</i>	Fordøjelsessygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet	Fordøjelsessygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet
	Sygdomme i bevægeapparatet	Kredsløbssygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet	Nyre- og urinvejsygdomme
	Kredsløbssygdomme	Fordøjelsessygdomme	Nyre- og urinvejsygdomme	Svulster
	Lungesygdomme	Stofskiftesygdomme	Kredsløbssygdomme	Kredsløbssygdomme
<i>50-59 år</i>	Kredsløbssygdomme	Kredsløbssygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet	Sygdomme i bevægeapparatet
	Fordøjelsessygdomme	Sygdomme i bevægeapparatet	Fordøjelsessygdomme	Kredsløbssygdomme
	Sygdomme i bevægeapparatet	Fordøjelsessygdomme	Kredsløbssygdomme	Svulster
	Lungesygdomme	Stofskiftesygdomme	Stofskiftesygdomme	Fordøjelsessygdomme

Kilde: Egne beregninger.

Blandt kvinder er sygdommenes prævalens, ligesom hos mænd, signifikant højere blandt hjemløse kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning for alle sygdomskategorier på nær svulster (herunder kræftsygdomme). Ligesom hos mændene ændres den relative risiko for øresygdomme forbundet med hjemløshed sig med alderen blandt kvin-

der og bliver insignifikant blandt de 50-59-årige. For alle øvrige sygdomme er risikoen i alle aldersgrupper signifikant større blandt hjemløse kvinder end blandt kvinder i den øvrige befolkning. For de 30-39-årige hjemløse kvinder er der ligesom blandt mændene en stor overhyppighed for infektionssygdomme (RR = 4,91). For de enkelte infektionssygdomme hepatitis C (RR = 67,96), hiv (RR = 38,88), tuberkulose (RR = 26,22) osv. er overhyppigheden endnu større. Andre høje overhyppigheder findes for forgiftninger (RR = 13,46), KOL (RR = 9,38), lungebetændelse (RR = 7,30), epilepsi (RR = 6,63) og hudinfektion (RR = 5,58).

For at se nærmere på størrelsen af den relative risiko for de forskellige sygdomme mellem de hjemløse borgere og den øvrige befolkning aldersstandardiserer vi risikoratioerne for at få et overordnet mål, som er uafhængigt af alder.

Tabel 5.10 viser de aldersstandardiserede risikoratioer mellem hjemløse og den øvrige befolkning for henholdsvis mænd og kvinder. For både hjemløse mænd og kvinder er oversygeligheden i forhold til den øvrige befolkning størst for en række infektionssygdomme og for forgiftninger.

For hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning findes den største relative risiko ved hepatitis (særligt hepatitis C) og ved tuberkulose. For disse sygdomme er forekomsten mere end 10 gange så høj blandt hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Herefter følger en række andre infektionssygdomme (hiv, rosen og blodforgiftning) og forgiftninger, som har relative risici på mere end 3, men mindre end 10 blandt hjemløse mænd sammenholdt med mænd i den øvrige befolkning. Det samme gør sig gældende for epilepsi, blodmangel, lungebetændelse, KOL og hudinfektioner. En række sygdomme har relative risici i intervallet 1,5-3. Det er tilfældet for blodsygdomme, hudsygdomme, lungesygdomme, nervesygdomme, fordøjelsesygdomme, kredsløbssygdomme og stofskiftesygdomme (herunder diabetes). Endelig har en række sygdomme relative risici, der er mindre end 1,5, og disse sygdomme er således højst 50 pct. hyppigere forekomende blandt hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Det gør sig gældende for sygdomme i bevægeapparatet, nyre- og urinvejsygdomme, øjen- og øresygdomme og svulster (herunder kræftsygdomme). Svulster og kræftsygdomme er de eneste sygdomskategorier, der har insignifikante risikoratioer forbundet med hjemløshed og dermed

ikke kan siges at være hyppigere forekommende blandt hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

TABEL 5.10

Aldersstandardiserede risikoratioer for sygdomme mellem hjemløse og den øvrige befolkning, særskilt for sygdom og køn.

	Hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning		Hjemløse kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning	
	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	3,23	3,07-3,40	4,15	3,76-4,59
Tuberkulose	13,26	8,95-19,65	16,22	6,85-38,38
Blodforgiftning	3,99	3,34-4,77	7,51	5,26-10,71
Rosen	4,85	4,12-5,71	8,48	5,69-12,65
Hepatitis	20,01	15,92-25,15	37,79	22,52-63,43
Hepatitis C	29,24	21,89-39,05	60,08	30,17-119,66
Hiv	5,93	4,22-8,32	37,66	11,79-120,30
Svulster	0,99	0,90-1,09	0,97	0,89-1,05
Kræftsygdomme	0,99	0,90-1,09	0,96	0,82-1,12
Blodsygdomme	2,93	2,61-3,30	3,49	2,91-4,18
Blodmangel	4,50	3,31-6,14	4,08	2,82-5,90
Stofskiftesygdomme	1,69	1,59-1,79	1,61	1,48-1,75
Diabetes	1,47	1,34-1,61	2,02	1,66-2,46
Nervesygdomme	2,07	1,95-2,20	1,97	1,77-2,19
Epilepsi	4,68	4,08-5,37	5,64	4,31-7,38
Øjensygdomme	1,28	1,20-1,37	1,36	1,20-1,54
Øresygdomme	1,10	1,01-1,20	1,42	1,20-1,67
Kredsløbssygdomme	1,66	1,60-1,73	1,72	1,60-1,84
Lungesygdomme	2,47	2,36-2,60	2,83	2,58-3,10
Lungebetændelse	4,20	3,86-4,58	4,88	4,12-5,77
KOL	3,68	3,27-4,15	5,01	4,07-6,16
Fordøjelsesygdomme	1,95	1,89-2,02	2,23	2,09-2,38
Hudsygdomme	2,68	2,53-2,84	2,75	2,48-3,05
Hudinfektion	3,54	3,28-3,83	5,13	4,33-6,09
Sygdomme i bevægeapparatet	1,28	1,25-1,32	1,28	1,21-1,35
Nyre- og urinvejsygdomme	1,27	1,20-1,34	1,44	1,37-1,52
Skader	1,44	1,42-1,46	1,72	1,67-1,78
Forgiftning	7,60	6,94-8,31	11,76	9,96-13,89

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

Den forhøjede risiko forbundet med hjemløshed blandt kvinder er størst for infektionssygdommene hepatitis (særligt hepatitis C), hiv og tuberkulose samt forgiftninger. For disse sygdomme er forekomsten mere end 10 gange så høj blandt de hjemløse kvinder, som blandt kvinder i den øvrige befolkning. Herefter følger de øvrige infektionssygdomme (herunder blodforgiftning og rosen), epilepsi, hudinfektion, KOL, lungebetændelse og blodsygdomme. Disse sygdomme har alle en relativ risiko på mere end 3, men mindre end 10, når de hjemløse kvinder sammenholdes

med kvinder i den øvrige befolkning. Lungesygdomme, hudsygdomme, fordøjelsessygdomme, nervesygdomme, kredsløbssygdomme, skader og stofskiftesygdomme (herunder diabetes) har relative risici på mellem 1,5-3. Endelig følger en række sygdomme med relative risici, der er mindre end 1,5. Det gør sig gældende for nyre- og urinvejsygdomme, øjen- og øresygdomme, sygdomme i bevægeapparatet og svulster. Ligesom for mændene er svulster (herunder kræftsygdomme) de eneste sygdomskategorier, der har insignifikante risikoforhold, og dermed ikke kan siges at være hyppigere forekommende blandt de hjemløse kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

EN EMPIRISK SAMMENLIGNING MED BEIJER OG ANDRÉASSON

Overordnet adskiller vores ukontrollerede resultater sig ikke meget fra resultaterne i den sygelighedsanalyse, som Beijer og Andréasson i 2009 lavede på baggrund af data på en gruppe hjemløse i Stockholm i 1996 (Beijer & Andréasson, 2009). De relative risici for forskellige sygdomme forbundet med hjemløshed, som vi finder, er på nogenlunde samme niveau som dem, Beijer og Andréasson finder, om end vores resultater generelt er lidt lavere. Beijer og Andréassons resultater er dog forbundet med en større usikkerhed, da de er baseret på en betydeligt mindre population. Forskellen i de relative risici kan dog også skyldes designmæssige forhold, herunder navnlig, at vi anvender en længere undersøgelsesperiode end Beijer og Andréasson, hvilket særligt for de mere hyppigt forekommende sygdomme, såsom skader, skaber mindre risikoforhold mellem hjemløsegruppen og den øvrige befolkning, efterhånden som prævalensen nærmer sig det naturlige loft på 100 procent, og navnlig forekomsten i den øvrige befolkning også akkumuleres over tid. Vores længere undersøgelsesperiode betyder samtidig, at der i vores undersøgelse kan være større tidsmæssige afstande mellem hjemløsheden og diagnosticeringen af sygdom.

En betydelig forskel sammenlignet med Beijer og Andréasson finder vi dog for hudsygdomme, hvor den relative risiko mellem hjemløsegruppen og befolkningen i Beijer og Andréassons undersøgelse (2009, s. 97) er 8,99 (5,28-15,31) for mænd og 36,53 (8,51-156,83) for kvinder, mens vi finder 2,68 (2,53-2,84) for mænd og 2,75 (2,48-3,05) for kvinder. Denne forskel kan formentlig først og fremmest ses som et udtryk for, at tidsvinduet i Beijer og Andréassons undersøgelse er kortere end i inde-

værende undersøgelse, men forskellen er dog så markant, at der eventuelt også kan være tale om forskelle i registreringspraksis i de to lande.

KØNS- OG ALDERSFORSKELLE HOS HJEMLØSE

Vi har indtil videre fundet en forhøjet risiko for en række sygdomme for både hjemløse mænd og kvinder sammenlignet med den øvrige befolkning. Som det fremgik af tabel 5.10, er risikoen for de fleste sygdomme højere for de hjemløse kvinder sammenholdt med kvinder i den øvrige befolkning, end det er tilfældet for de hjemløse mænd sammenholdt med mænd i den øvrige befolkning målt ved de aldersstandardiserede relative risikoratioer. Her skal det tages i betragtning, at hovedparten af de hjemløse er mænd, og at andelen af hjemløse således generelt er lavere blandt kvinder. Det betyder, at der kan være tale om en selektionsproblematik, og at oversygeligheden blandt kvinderne kan være udtryk for, at gruppen af kvinder, der bliver hjemløse, har sværere belastningsfaktorer end gruppen af mandlige hjemløse.

Den højere oversygelighed blandt hjemløse kvinder finder Beijer og Andréasson (2009) ligeledes. Dette kan ifølge Beijer og Andréasson ses som et tegn på den fysiske udsathed, som gør sig gældende for mange hjemløse kvinder, herunder at hjemløse kvinder er udsat for både belastninger og farer, og at kvinderne ofte er underordnet mændene i hjemløsemiljøet. Ligeledes har kvinder en svagere fysik, hvilket gør dem mere udsatte i forhold til livet som hjemløs (Beijer & Andréasson, 2009, s. 98).

Beijer og Andréasson mener også, at den øgede sygelighed blandt de hjemløse kvinder kan hænge sammen med, at andelen af misbrugere af hårde stoffer i Stockholm er større blandt de hjemløse kvinder end blandt de hjemløse mænd. Dette kunne være en del af forklaringen på den øgede relative risiko for infektionssygdomme (såsom hepatitis C), hudinfektioner og forgiftninger. I Danmark finder vi dog ikke andelen af stofmisbrugere til at være højere blandt kvinderne i hjemløsegruppen (se figur 4.3, kapitel 4), men finder stadig overhyppigheden for infektionssygdomme og forgiftninger til at være markant større for de hjemløse kvinder end for de hjemløse mænd i forhold til henholdsvis kvinder og mænd i den øvrige befolkning. Vi må dog tage det forbehold, at vi udelukkende måler indikatorer på eksistensen af et stofmisbrug og ikke måler omfanget af stofmisbruget, og vi ved således ikke, om omfanget af stofmisbruget er større blandt de hjemløse kvinder end blandt hjemløse mænd.

TABEL 5.11

Aldersstandardiserede risikoratioer mellem hjemløse kvinder og hjemløse mænd for forekomsten af fysiske sygdomme, særskilt for sygdom.

	Hjemløse kvinder sammenlignet med hjemløse mænd		Kvinder i den øvrige befolkning sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning	
	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	1,13	1,07-1,20	0,89	0,88-0,89
Tuberkulose	0,91	0,68-1,20	0,73	0,69-0,77
Blodforgiftning	1,52	1,26-1,84	0,71	0,70-0,72
Rosen	0,98	0,82-1,17	0,72	0,69-0,74
Hepatitis	1,33	1,18-1,50	0,64	0,61-0,67
Hepatitis C	1,32	1,16-1,50	0,27	0,25-0,29
Hiv	1,75	1,29-2,38	0,77	0,75-0,78
Svulster	1,88	1,69-2,10	1,25	1,25-1,26
Kræftsygdomme	1,28	1,08-1,52	0,93	0,93-0,94
Blodsygdomme	1,66	1,45-1,91	1,06	1,05-1,07
Blodmangel	2,29	1,70-3,07	1,40	1,37-1,42
Stofskiftesygdomme	1,50	1,39-1,63	1,32	1,31-1,32
Diabetes	0,94	0,80-1,10	0,73	0,72-0,73
Nervesygdomme	1,09	1,00-1,19	1,01	1,00-1,02
Epilepsi	1,08	0,93-1,25	0,87	0,85-0,88
Øjensygdomme	1,05	0,94-1,18	1,13	1,13-1,14
Øresygdomme	1,09	0,94-1,27	0,83	0,83-0,84
Kredsløbssygdomme	1,03	0,97-1,09	0,92	0,92-0,93
Lungesygdomme	1,13	1,07-1,21	0,88	0,88-0,89
Lungebetændelse	1,03	0,94-1,13	0,80	0,79-0,80
KOL	1,49	1,30-1,69	0,87	0,86-0,88
Fordøjelsessygdomme	1,14	1,08-1,19	0,94	0,94-0,94
Hudsygdomme	1,13	1,05-1,22	1,06	1,05-1,07
Hudinfektion	1,02	0,93-1,12	0,71	0,71-0,72
Sygdomme i bevægeapparatet	1,10	1,05-1,16	1,17	1,16-1,17
Nyre- og urinvejssygdomme	3,11	2,88-3,36	1,69	1,68-1,69
Skader	0,97	0,95-0,99	0,92	0,92-0,92
Forgiftning	1,59	1,48-1,70	1,04	1,03-1,06

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

Det kan dog også være interessant at se på forskellen i sygdomsmønsteret mellem de to køn inden for hjemløsegruppen. Tabel 5.11 viser hjemløse kvinders relative risici for sygelighed i forhold til hjemløse mænd. Det ses, at hjemløse kvinder er særligt udsatte i forhold til hjemløse mænd, hvad angår nyre- og urinvejssygdomme, blodmangel, svulster og hiv. Overordnet set er hjemløse kvinder også mere udsatte for sygdomme end hjemløse mænd. Kun for skader er hjemløse mænd signifikant mere udsatte end hjemløse kvinder med en relativ risikoratio på 0,97 for kvinder i forhold til mænd, om end der er tale om en meget lille forskel.

Bejger og Andréasson sammenligner på samme måde hjemløse kvinder med hjemløse mænd i deres undersøgelse. Vores resultater er,

grundet vores større population, i højere grad signifikante end Beijer og Andréassons. Samtidig er der enkelte interessante forskelle på resultaterne. Vi finder blandt andet, at hjemløse kvinder i højere grad end hjemløse mænd er udsatte i forhold til hiv og lungesygdomme. Her fandt Beijer og Andréasson, at det modsatte var tilfældet, dog var deres resultat insig-nifikant.

Ud over markante kønsforskelle i den relative risiko for sygelig-hed forbundet med hjemløshed så er den relative risiko forbundet med hjemløshed også afhængig af alder. Som det fremgår af tabellerne 5.1-5.8, er der en tendens til, at de relative risici for sygdomme forbundet med hjemløshed for både mænd og kvinder er højest i de yngre aldersgrupper og mindre i de ældre aldersgrupper.

En del af forklaringen på dette forhold kan være, at typen af mis-brug blandt hjemløse er stærkt afhængig af alder, som det fremgik af kapi-tel 4. Ældre hjemløse har i højere grad end yngre hjemløse et alkoholmis-brug, men er i mindre grad end de yngre hjemløse tilbøjelige til at være stofmisbrugere. Den relative risiko for stofmisbrugsrelaterede sygdomme, såsom infektioner og forgiftninger forbundet med hjemløshed, er således højere blandt de yngre aldersgrupper sammenlignet med de ældre alders-grupper. Det er dog ikke blot for stofmisbrugsrelaterede sygdomme, at den relative risiko for de hjemløse sammenholdt med den øvrige befolk-ning falder med alderen. Oversygeligheden forbundet med hjemløshed falder generelt for langt de fleste diagnosegrupper. Dette kan forklares ved, at befolkningen generelt bliver mere syge med alderen, hvorfor forskellene mellem hjemløsegruppen og den øvrige befolkning bliver mindre med al-deren. En anden mulig forklaring kan være, at ældre hjemløse må formo-des at være en selekteret gruppe. Det er veldokumenteret, at der blandt socialt udsatte og ikke mindst blandt hjemløse er en høj dødelighedsrate og dermed en lavere gennemsnitsalder end i befolkningen generelt (Nielsen m.fl., 2011). Gadelivets hårdere livsvilkår medfører således, at de mest syge blandt de hjemløse dør tidligere end personer i den øvrige befolkning.

KONTROL FOR ANDRE UDSATHEDSFAKTORER

Indtil nu har vi betragtet hjemløsegruppen og den øvrige befolkning som to mere eller mindre homogene grupper og har kun kontrolleret for køn og alder i sygelighedsanalyserne. Hvis vi skal nærmere en egentlig forstå-

else af sammenhængen mellem hjemløshed og sygelighed, er det vigtigt at have øje for de mange forskelle, der er imellem gruppen af hjemløse og den øvrige befolkning. Som vi tidligere har set (se kapitel 4), adskiller hjemløsegruppen sig markant fra den øvrige befolkning ved en høj andel af misbrugere af både alkohol og stoffer og ved, at en større andel af de hjemløse lider af psykiske sygdomme.

I det følgende vil vi derfor udføre regressionsanalyser af sammenhængen mellem hjemløshed og sygelighed, hvor vi kontrollerer for alle disse forhold. I disse analyser er den afhængige variabel, hvorvidt man i perioden 1999-2009 er registreret med de forskellige sygdomme. Af uafhængige variable inddrages, hvorvidt man har været hjemløs, haft et stofmisbrug, haft et alkoholmisbrug og haft en psykisk lidelse i samme periode. Derudover inddrages alder, etnicitet, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og civilstand, som alle er registreret i 1999. En oversigt over de variable, der inddrages i regressionsanalyserne, kan ses i boks 5.1 Regressionsanalyserne foretages for henholdsvis mænd og kvinder.

BOKS 5.1

Variable, der indgår i regressionsanalyserne.

Variabel	Beskrivelse
Hjemløshed	Indskrivning på en § 110-boform på et tidspunkt i løbet af perioden 1999-2009.
Stofmisbrug	Stofmisbrug på et tidspunkt i løbet af perioden 1999-2009.
Alkoholmisbrug	Alkoholmisbrug på et tidspunkt i løbet af perioden 1999-2009.
Psykisk lidelse	Psykisk lidelse på et tidspunkt i løbet af perioden 1999-2009.
Alder	Alder i 1999.
Etnicitet	Dansker (reference), indvander eller efterkommer.
Uddannelse	"Folkeskole eller gymnasial uddannelse" (reference), "Erhvervs- eller kort videregående uddannelse" eller "Mellem-lang eller lang videregående uddannelse".
Arbejdsmarkedstilknytning	Hvorvidt personen i 1999 er i beskæftigelse eller ej.
Civilstand	Hvorvidt personen i 1999 er enlig eller ej.

Med regressionsanalyserne forsøger vi statistisk set at isolere betydningen af hjemløshed for sygelighed. Dette gør vi for at kunne udtale os om, hvad hjemløshed, uafhængigt af andre udsathedsfaktorer og socioøkonomiske forhold, betyder for risikoen for forskellige sygdomme. Men hvad indeholder hjemløsheden egentlig så, når den er "renset" for disse

andre forhold? Vi kommer i en forstand nærmere det, der definerer hjemløsheden, nemlig at borgeren er uden en fast bolig. I regressionsanalyserne kan hjemløsheden dermed ses som et udtryk for den usikre livssituation, som mangel på bolig medfører, og den stress, det kan afstedkomme. For den del af boformsbrugerne, der i perioder er gadesovere, indgår også den helbredspåvirkning, der kan være i at overnatte på gaden. Vores hjemløsebegreb kan dog selvfølgelig ikke siges at være fuldstændigt rensset for andre forhold. For eksempel kontrollerer vi ikke for tobaksrygning, som i høj grad er relateret til visse former for sygelighed. Tal fra SUSY UDSAT 2012 (Pedersen m.fl., 2012, s. 62) viser, at 84 pct. af de hjemløse ryger tobak hver dag, mens det tilsvarende tal er 24 og 21 pct. for henholdsvis mænd og kvinder i den generelle befolkning (Koch, Davidsen & Juel, 2012, s. 90). Samtidig er vores mål for alkohol- og stofmisbrug ikke nuancerede nok til at måle omfanget af misbruget, men er udelukkende indikatorer på, at borgeren har et misbrug. Hvis hjemløse misbrugere gennemsnitligt har et større misbrug end misbrugere i den øvrige befolkning, vil dette forhold i et vist omfang kunne indoptages i parameteren for hjemløshed, hvilket igen fører til en overestimering af hjemløshedens betydning for sygelighed.

I tabel 5.12 og 5.13 vises resultaterne af regressionsanalyserne af de forskellige sygdomme. De værdier for relativ risiko, der er forbundet med hjemløshed, stofmisbrug, alkoholmisbrug og psykisk lidelse, er angivet. Disse værdier angiver, hvor mange gange hyppigere de forskellige sygdomme er, når borgeren har været hjemløs, har en psykisk sygdom, et stofmisbrug eller et alkoholmisbrug. De relative risikoværdier, der er forbundet med de øvrige kontrolvariable, er ikke centrale for denne analyse og fremstilles derfor ikke i tabellerne.

Resultater fra regressionsanalyse, der estimerer den relative risiko for sygdom hos mænd for udvalgte risikofaktorer.

	Hjemløshed		Stofmisbrug		Alkoholmisbrug		Psyisk sygdom	
	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	1,30	1,27-1,34	1,75	1,72-1,79	1,65	1,63-1,68	1,50	1,48-1,52
Tuberkulose	2,62	2,30-2,99	1,53	1,33-1,76	3,80	3,44-4,19	0,93	0,84-1,03
Blodforgiftning	1,17	1,07-1,27	1,69	1,58-1,81	2,46	2,38-2,55	1,67	1,63-1,72
Rosen	1,56	1,44-1,68	2,01	1,88-2,15	2,24	2,15-2,34	1,39	1,34-1,44
Hepatitis	1,84	1,74-1,95	17,03	15,99-18,13	1,33	1,26-1,41	0,84	0,80-0,89
Hepatitis C	1,95	1,82-2,08	30,08	27,83-32,51	1,22	1,14-1,30	0,80	0,76-0,85
Hiv	1,58	1,35-1,84	3,23	2,84-3,67	0,79	0,70-0,89	1,52	1,37-1,68
Svulster	0,90	0,86-0,95	1,07	1,03-1,12	1,15	1,13-1,17	0,99	0,98-1,00
Kræftsygdomme	0,88	0,82-0,94	1,11	1,06-1,18	1,14	1,12-1,17	0,90	0,88-0,91
Blodsygdomme	1,09	1,03-1,16	1,25	1,19-1,32	2,39	2,34-2,45	1,43	1,41-1,46
Blodmangel	1,22	1,06-1,40	1,46	1,29-1,65	2,93	2,78-3,09	1,67	1,61-1,74
Stofskiftesygdomme	0,88	0,85-0,91	0,94	0,91-0,97	1,60	1,58-1,62	1,61	1,60-1,63
Diabetes	0,73	0,69-0,78	0,85	0,80-0,89	1,70	1,67-1,74	1,38	1,36-1,41
Nervesygdomme	1,03	0,99-1,06	1,09	1,06-1,13	1,40	1,37-1,42	2,19	2,16-2,21
Epilepsi	1,08	1,02-1,15	0,93	0,88-0,98	2,28	2,20-2,36	2,85	2,77-2,93
Øjensygdomme	1,00	0,96-1,05	1,08	1,04-1,13	1,18	1,16-1,20	1,23	1,22-1,25
Øresygdomme	1,05	0,99-1,11	1,15	1,09-1,20	0,93	0,91-0,95	1,25	1,23-1,26
Kredsløbssygdomme ¹	1,07	1,04-1,10	1,17	1,14-1,20	1,46	1,44-1,47	1,29	1,28-1,30
Lungesygdomme ¹	1,15	1,11-1,18	1,32	1,28-1,35	1,76	1,73-1,78	1,43	1,41-1,44
Lungebetændelse ¹	1,38	1,32-1,44	1,66	1,60-1,72	2,04	2,00-2,08	1,65	1,63-1,68
KOL	1,21	1,15-1,28	1,72	1,64-1,79	2,01	1,97-2,06	1,22	1,20-1,24

Tabellen fortsættes

Resultater fra regressionsanalyse, der estimerer den relative risiko for sygdom hos mænd for udvalgte risikofaktorer.

	Hjemløshed		Stofmisbrug		Alkoholmisbrug		Psykisk sygdom	
	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI
Fordøjelsessygdomme	1,10	1,08-1,11	1,16	1,14-1,18	1,67	1,65-1,68	1,35	1,34-1,36
Hudsygdomme	1,28	1,24-1,32	1,56	1,52-1,60	1,54	1,51-1,57	1,51	1,49-1,53
Hudinfektion	1,54	1,48-1,60	1,94	1,87-2,00	1,51	1,48-1,55	1,49	1,46-1,52
Sygdomme i bevægeapparatet	1,05	1,03-1,08	1,14	1,13-1,16	1,21	1,20-1,22	1,24	1,23-1,25
Nyre- og urinvejsygdomme	0,93	0,89-0,96	1,16	1,12-1,19	1,12	1,10-1,14	1,47	1,46-1,48
Skader ¹	1,13	1,11-1,15	1,10	1,08-1,11	1,36	1,35-1,37	1,22	1,21-1,22
Forgiftning	1,38	1,34-1,43	2,42	2,36-2,49	2,83	2,77-2,90	3,07	3,01-3,14

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval. Kontrolvariable inkluderet i modellen, men ikke fremstillet i tabellen: alder, etnicitet, uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning og civilstand.

1. Estimeret vha. GLM (Possion).

Kilde: Egne beregninger.

Resultater fra regressionsanalyse, der estimerer den relative risiko for sygdom hos kvinder for udvalgte risikofaktorer.

	Hjemløshed		Stofmisbrug		Alkoholmisbrug		Psykisk sygdom	
	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI
Infektionssygdomme	1,38	1,33-1,43	1,89	1,85-1,94	1,64	1,61-1,67	1,57	1,55-1,59
Tuberkulose	3,72	2,90-4,77	1,73	1,36-2,21	3,39	2,86-4,03	0,84	0,74-0,95
Blodforgiftning	1,52	1,34-1,72	1,90	1,77-2,04	2,73	2,61-2,87	1,64	1,60-1,69
Rosen	2,00	1,74-2,30	2,62	2,41-2,85	2,03	1,89-2,17	1,42	1,37-1,47
Hepatitis ¹	2,72	2,44-3,02	24,42	22,34-26,69	1,38	1,25-1,52	0,79	0,73-0,85
Hepatitis C	2,36	2,14-2,60	47,75	43,13-52,87	1,07	0,98-1,16	0,70	0,65-0,76
Hiv	4,11	3,21-5,26	14,05	11,25-17,55	0,87	0,68-1,11	0,97	0,81-1,16
Svulster	0,89	0,84-0,95	1,07	1,03-1,10	1,05	1,03-1,07	1,04	1,03-1,05
Kræftsygdomme	0,86	0,77-0,97	1,07	1,02-1,13	1,10	1,07-1,14	0,93	0,92-0,94
Blodsygdomme	1,20	1,10-1,31	1,37	1,31-1,43	2,02	1,96-2,08	1,53	1,51-1,55
Blodmangel	1,15	0,97-1,37	1,49	1,36-1,64	2,12	2,00-2,26	1,71	1,66-1,77
Stofskiftesygdomme	0,85	0,81-0,90	1,10	1,07-1,12	1,33	1,31-1,35	1,62	1,61-1,63
Diabetes	0,87	0,78-0,98	1,08	1,02-1,15	1,48	1,43-1,54	1,40	1,38-1,42
Nervesygdomme	0,94	0,88-1,00	1,26	1,22-1,30	1,20	1,17-1,23	1,99	1,97-2,01
Epilepsi	1,13	1,01-1,26	1,28	1,19-1,37	1,93	1,84-2,03	2,90	2,82-2,98
Øjensygdomme	1,03	0,95-1,12	1,13	1,09-1,17	1,11	1,08-1,14	1,12	1,11-1,14
Øresygdomme	1,07	0,96-1,19	1,17	1,12-1,23	0,97	0,94-1,01	1,23	1,22-1,24
Kredsløbssygdomme	1,10	1,05-1,14	1,15	1,13-1,17	1,23	1,22-1,24	1,24	1,24-1,25
Lungesygdomme	1,15	1,10-1,20	1,45	1,42-1,48	1,62	1,59-1,64	1,42	1,41-1,43
Lungebetændelse ¹	1,41	1,33-1,50	1,74	1,69-1,79	1,83	1,79-1,87	1,58	1,56-1,60
KOL	1,25	1,17-1,35	1,79	1,72-1,86	2,02	1,96-2,07	1,35	1,33-1,38

Tabellen fortsættes

Resultater fra regressionsanalyse, der estimerer den relative risiko for sygdom hos kvinder for udvalgte risikofaktorer.

	Hjemløshed		Stofmisbrug		Alkoholmisbrug		Psykisk sygdom	
	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI	RR	95 pct. CI
Fordøjelsessygdomme	1,08	1,05-1,11	1,26	1,24-1,28	1,54	1,52-1,56	1,46	1,45-1,47
Hudsygdomme	1,31	1,24-1,39	1,65	1,59-1,70	1,34	1,31-1,38	1,49	1,47-1,51
Hudinfektion	1,80	1,67-1,93	2,36	2,25-2,48	1,45	1,39-1,51	1,54	1,51-1,58
Sygdomme i bevægeapparatet	0,96	0,93-0,99	1,25	1,23-1,27	1,06	1,04-1,07	1,25	1,25-1,26
Nyre- og urinvejsygdomme	1,02	0,98-1,05	1,20	1,18-1,22	1,10	1,09-1,12	1,47	1,46-1,48
Skader ¹	1,14	1,10-1,17	1,16	1,14-1,18	1,39	1,37-1,40	1,32	1,31-1,32
Forgiftning	1,13	1,10-1,17	2,45	2,38-2,52	3,16	3,08-3,24	4,18	4,10-4,26

Anm.: RR = Risikoratio, CI = Konfidensinterval. Kontrolvariable inkluderet i modellen, men ikke fremstillet i tabellen: alder, etnicitet, uddannelse, arbejdsmarkedstilknøytning og civilstand.

1. Estimeret vha. GLM (Possion).

Kilde: Egne beregninger.

Det fremgår af tabel 5.12 og 5.13, at den relative risiko for sygdomme forbundet med hjemløshed påvirkes, når vi kontrollerer for andre faktorer. Den relative risiko forbundet med hjemløshed falder således markant for stort set alle sygdomme og bliver for visse sygdomme insignifikant. Samtidig ses det dog, at der for en del sygdomme fortsat er en sammenhæng med hjemløshed, og at enkelte af disse sammenhænge ikke er af en uvæsentlig størrelse, selvom vi kontrollerer for andre faktorer.

Ser vi først på mændene, kan vi konstatere, at der ikke længere er en oversygelighed forbundet med hjemløshed for 8 sygdomsgrupper ud af de 28 undersøgte. RR-værdierne for nervesygdomme, øjensygdomme og øresygdomme bliver således insignifikante. Dertil bliver RR-værdierne for svulster, kræftsygdomme, stofskiftesygdomme, diabetes og nyre- og urinvejssygdomme signifikant negative. Det vil sige, at vores model peger på, at hjemløse alt andet lige får registreret disse sygdomme i mindre grad end den øvrige befolkning. En mulig forklaring kan være, at hjemløse mænd i mindre grad end mænd i den øvrige befolkning går til lægen med ikke-akutte symptomer, snarere end at de er mindre udsatte for sygdomme med sådanne ikke-akutte symptomer.

For hjemløse mænd er de sygdomme, hvor der stadig er en overhyppighed, når der kontrolleres for andre faktorer, infektionssygdomme (særligt tuberkulose, hepatitis (inkl. hepatitis C), hiv og rosen), hudinfektioner, lungebetændelse og forgiftninger. RR-værdierne for hjemløshed er for disse sygdomme signifikant større end 1, men er alle mindre end 2, dog undtaget tuberkulose, der har en RR-værdi på 2,62 (2,30-2,99) for hjemløshed. Det vil sige, at disse sygdomme er op til dobbelt så hyppigt forekommende blandt hjemløse mænd som i den øvrige mandlige befolkning, når der kontrolleres for de øvrige faktorer som misbrug, psykisk sygdom, socioøkonomiske forhold mv.

For kvinderne er billedet nogenlunde det samme. Vi konstaterer, at der ikke længere er en oversygelighed forbundet med hjemløshed for 10 sygdomsgrupper ud af de 28 undersøgte. RR-værdierne for blodmangel, nervesygdomme, øjensygdomme, øresygdomme og nyre- og urinvejssygdomme bliver således insignifikante. RR-værdierne for svulster, kræftsygdomme, stofskiftesygdomme, diabetes og sygdomme i bevægeapparatet bliver negativt signifikante. Igen er en mulig forklaring dog, at hjemløse kvinder i mindre grad end kvinder i den øvrige befolkning går til lægen med symptomer på disse sygdomme, snarere end at de er mindre udsatte for sådanne sygdomme.

For de øvrige sygdomme (infektionssygdomme, tuberkulose, blodforgiftning, rosen, hepatitis, hepatitis C, hiv, blodsygdomme, epilepsi, kredsløbssygdomme, lungesygdomme, lungebetændelse, KOL, fordøjelsessygdomme, hudsygdomme, hudinfektion, skader og forgiftning) konstateres en oversygelighed forbundet med hjemløshed blandt kvinder. RR-værdierne for disse sygdomme forbundet med hjemløshed er, som hos mændene, signifikant større end 1 og mindre end 2 på nær en del infektionssygdomme (tuberkulose, rosen, hepatitis, hepatitis C og hiv), der har RR-værdier forbundet med hjemløshed på 2 eller mere. Det er værd at hæfte sig ved, at RR-værdierne forbundet med hjemløshed for disse infektionssygdomme er noget højere for kvinder end for mænd. Eksempelvis er den relative risiko for hiv forbundet med hjemløshed for mænd 1,58 (1,35-1,84), når der kontrolleres for andre faktorer. Den tilsvarende værdi for kvinder er 4,11 (3,21-5,26).

De høje RR-værdier for tuberkulose kan forklares ved, at hjemløse ofte opholder sig i situationer, hvor de kan være udsat for smitte, både i stofmiljøer på gaden eller på overnatningssteder, hvor mange overnatter i samme rum, som på natvarmestuerne. Samtidig kan sygdommens udbredelse blandt de hjemløse skyldes, at en del ikke går til lægen med de første symptomer på tuberkulose som hoste og feber, og at sygdommen dermed bliver mere fremskreden, hvorfor de når at smitte andre.

Ud fra tabel 5.12 og 5.13 kan man få et indtryk af, hvilke udsathedsfaktorer ud over hjemløshed der har betydning for sygelighed. Den højere prævalens af misbrug og psykisk sygdom blandt hjemløse (som dokumenteret i kapitel 4) har været medvirkende til at give høje RR-værdier forbundet med hjemløshed i de indledende sygelighedsanalyser, hvor der ikke blev kontrolleret for andet end køn og alder. For langt de fleste sygdommes vedkommende er både misbrug og psykisk sygdom således forbundet med en betydelig oversygelighed. Stofmisbrug er fx tæt forbundet med infektionssygdomme (i særlig grad hepatitis og hiv), blodmangel, lungesygdomme, hudsygdomme og forgiftninger. Alkoholmisbrug påvirker sygeligheden i mange organer og kredsløb. Især for infektionssygdomme, blodsygdomme, stofskiftesygdomme (diabetes), nervesygdomme (epilepsi), kredsløbssygdomme, lungesygdomme, fordøjelsessygdomme, hudsygdomme, skader og forgiftninger er der en sammenhæng med alkoholmisbrug. Også for borgere med psykiske lidelser er der en overhyppighed for en lang række sygdomme. Det gælder særligt for infektionssygdomme (dog ikke i så høj grad de undergrupper, vi har

udvalgt), blodsygdomme, stofskiftesygdomme (diabetes), nervesygdomme (epilepsi), kredsløbssygdomme, lungesygdomme, fordøjelsessygdomme, hudsygdomme, nyre- og urinvejssygdomme og forgiftninger. Vi påpeger endvidere, at der også kan være en mulig omvendt årsagssammenhæng, således at fx alvorlige fysiske sygdomme kan øge risikoen for psykisk sygdom, fx i form af depression.

ANALYSE AF DE ENKELTE SYGDOMME

Som en afrunding på analysen af hjemløses sygelighed vil vi analysere udvalgte sygdomme mere indgående og igennem illustrative figurer vise, hvordan forskellige kombinationer af hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug har en sammenhæng med risikoen for de forskellige sygdomme. Vi har udvalgt sygdomme, hvor hjemløshed er forbundet med en markant oversygelighed, når der er kontrolleret for øvrige faktorer. Det gør sig gældende for tuberkulose, hepatitis, hiv, lungebetændelse, KOL, hudinfektioner og forgiftninger. Disse sygdomme bliver, sammen med kredsløbssygdomme, nævnt i en rapport fra The European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA) som de sygdomme, der oftest ses blandt hjemløse (FEANTSA, 2006, s. 9). Endvidere nævnes diabetes som en sygdom, der grundet dårlig ernæring er udbredt blandt hjemløse. Denne sygdom forværres yderligere af, at livsvilkårene for hjemløse gør det svært for dem at følge et behandlingsforløb (ibid., s. 13).

Fokus i disse analyser af de enkelte sygdomme vil være på hjemløshedens betydning for sygeligheden i samspil med forekomsten af misbrug og psykisk sygdom. I de deskriptive figurer deles befolkningen således op efter forskellige kombinationer af hjemløshed, psykisk sygdom og misbrug og opdeles efter køn og aldersgrupper.

TUBERKULOSE

Tuberkulose er, ligesom flere andre alvorlige infektionssygdomme, signifikant mere udbredt blandt hjemløse borgere end i den øvrige befolkning. Dette kædes af FEANTSA sammen med de vilkår, som hjemløse borgere lever under. Samtidig kan det være vanskeligere at behandle hjemløse borgere for tuberkulose, da et behandlingsforløb strækker sig over et

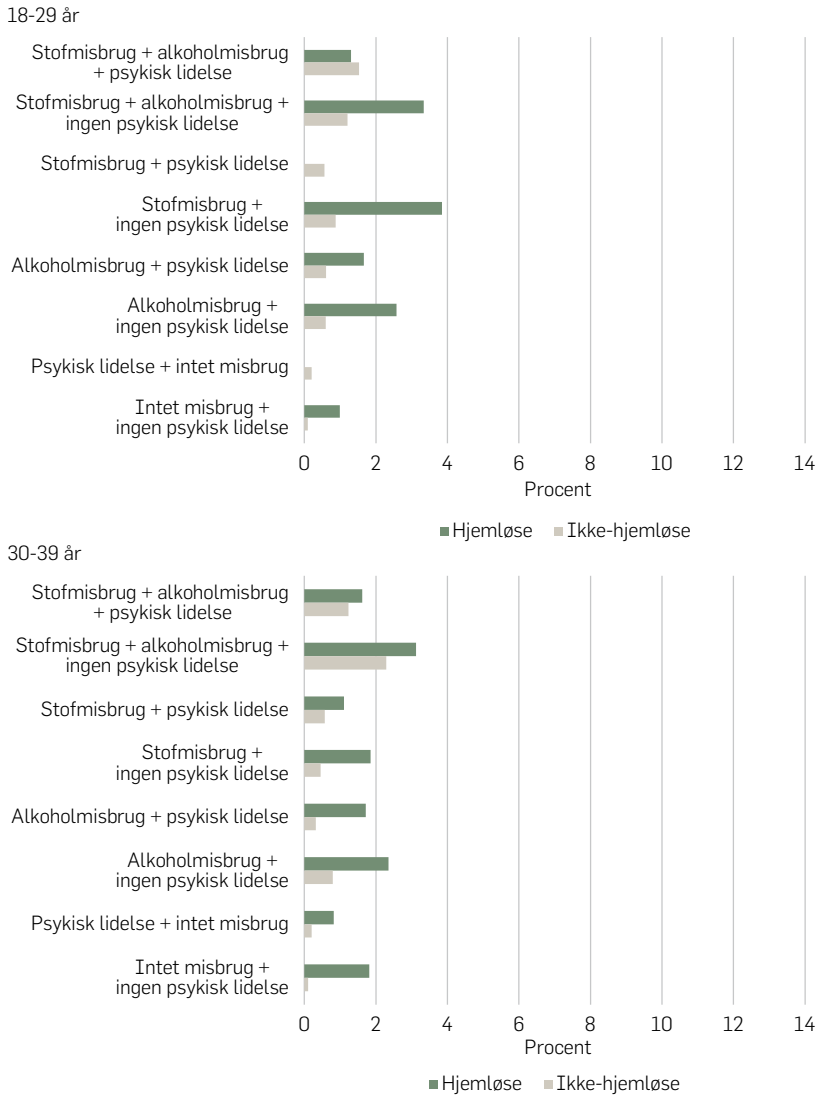
halvt år og kræver et meget regelmæssigt indtag af antibiotika (FEANTSA, 2006, s. 9 og 11).

Antallet af tuberkulosetilfælde er generelt lavt i Danmark, hvorfor der kan forekomme forholdsmæssigt store variationer i andelen på tværs af de enkelte risiko- og aldersgrupper. Særligt for kvinder ses store forskelle mellem hjemløse og ikke-hjemløse, hvor det dog skal tages i betragtning, at der navnlig i nogle undergrupper er forholdsvis få personer.

De hjemløse borgere er generelt mere udsatte i forhold til at blive smittet med tuberkulose i forhold til ikke-hjemløse borgere for alle risikogrupperne. Dette gælder både for mænd og kvinder, men forskellen mellem hjemløse borgere og ikke-hjemløse borgere er dog størst for kvinderne. Holdes dette op mod regressionerne ses det også, at risikoratioerne for hjemløshed for mænd og kvinder er henholdsvis 2,64 og 3,70. Det vil sige, at selv når der kontrolleres for de øvrige udsathedsfaktorer og socioøkonomiske forhold, er forekomsten af tuberkulose væsentligt højere i hjemløsegruppen sammenlignet med den øvrige befolkning.

FIGUR 5.1

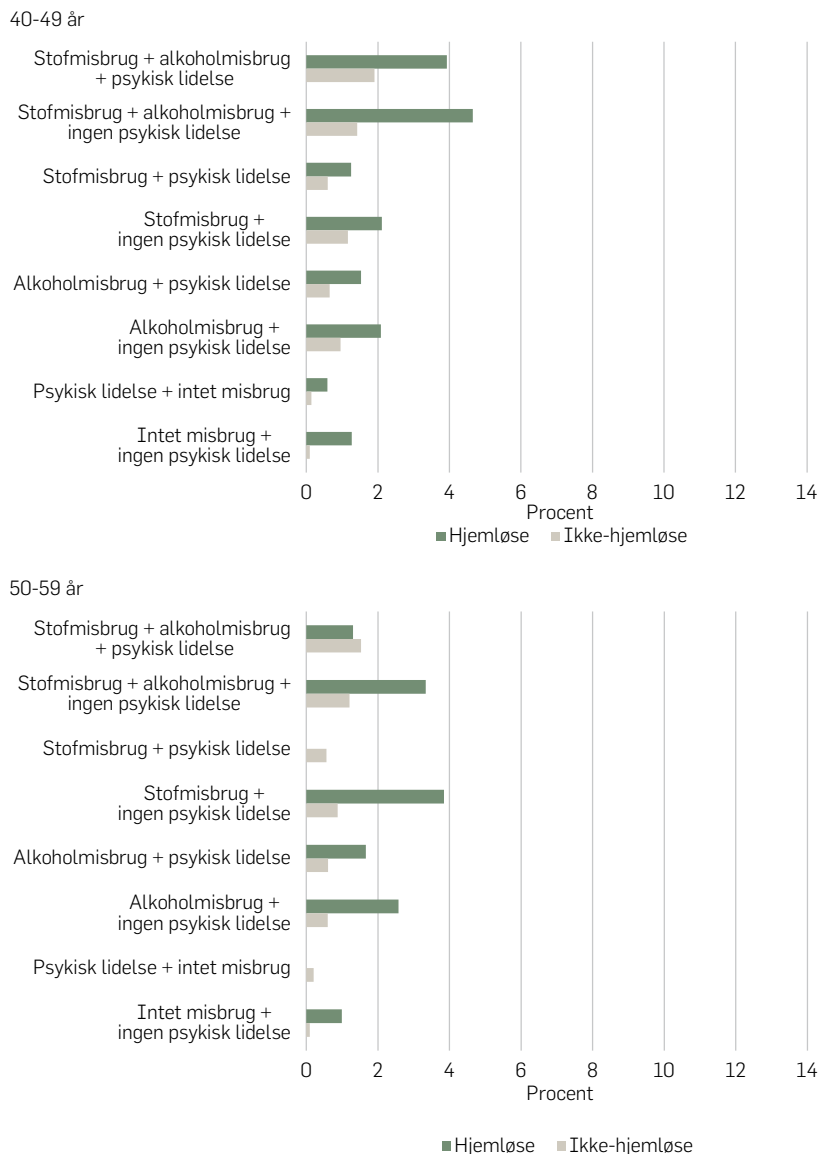
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret tuberkulose, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.2

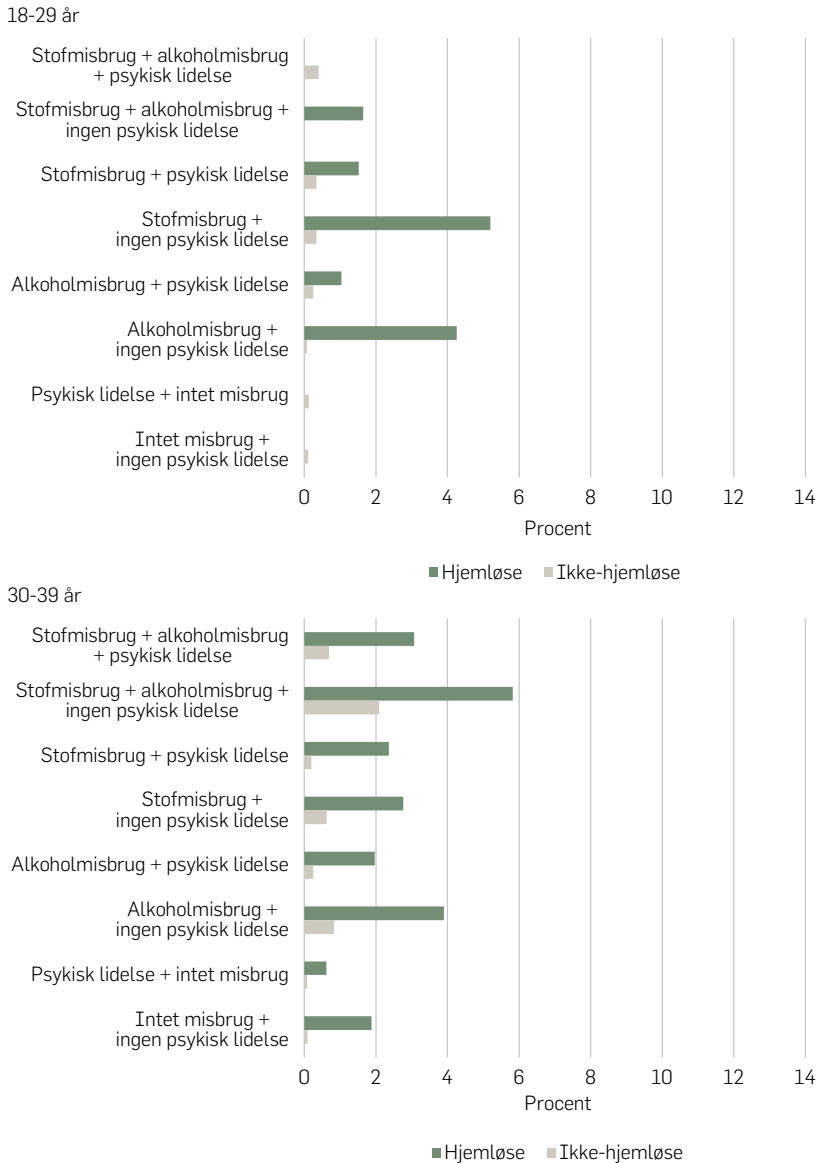
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret tuberkulose, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.3

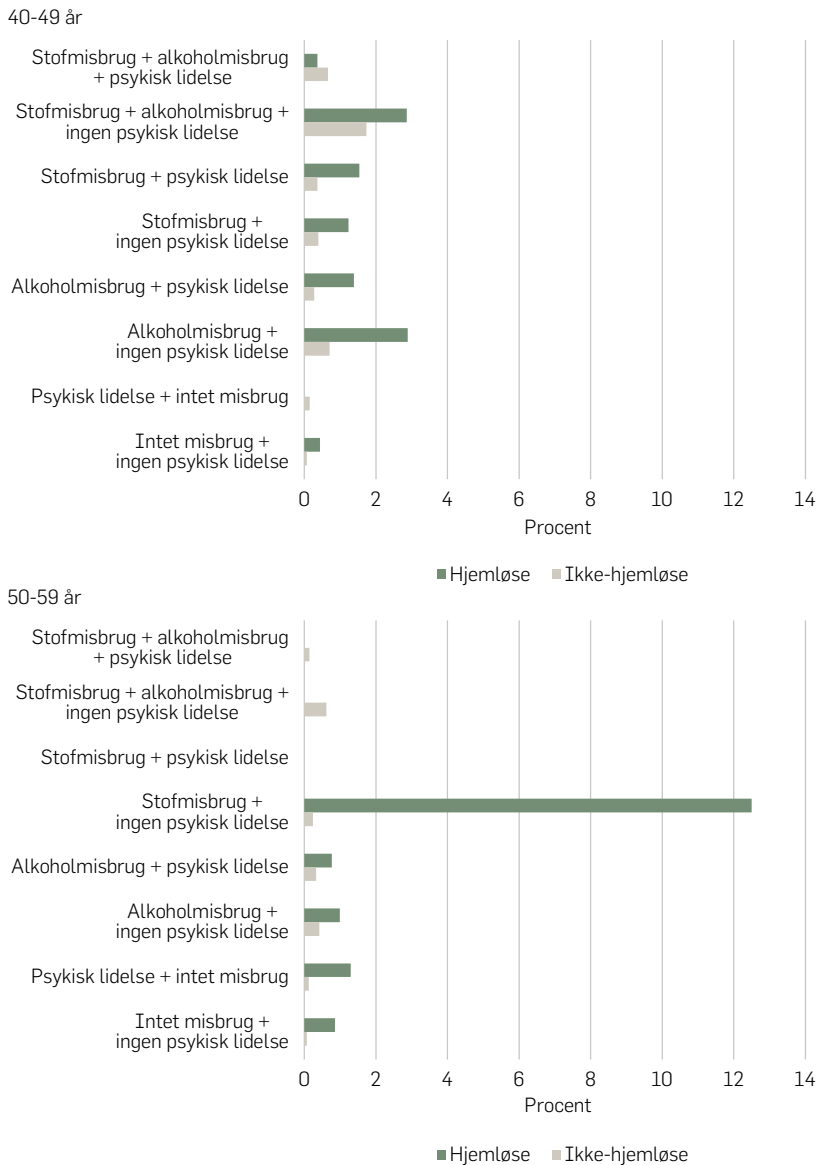
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret tuberkulose, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.4

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret tuberkulose, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

HEPATITIS

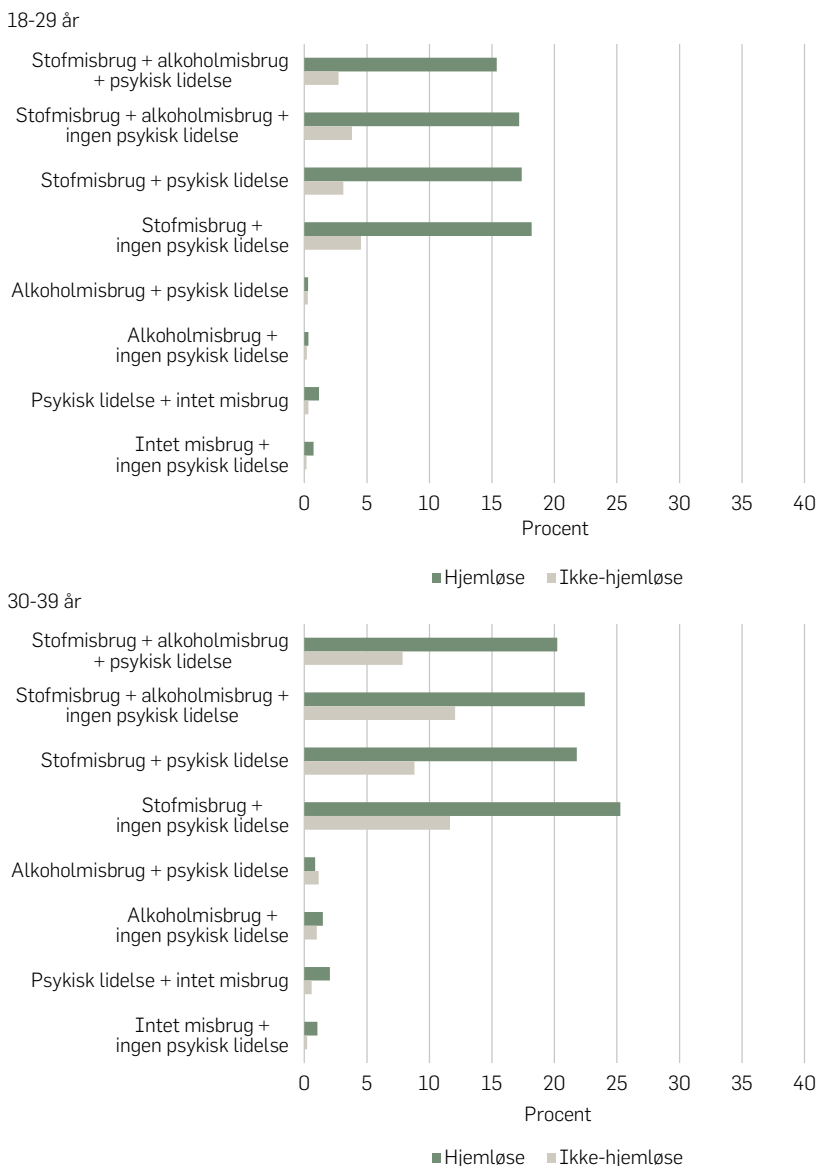
Tidligere undersøgelser har vist, at hepatitis er en af de sygdomme, som forskellige udsatte grupper, herunder særlig stofmisbrugere, har en betydelig risiko for at blive udsat for (Pedersen m.fl., 2012, s. 78).

Som det ses af figur 5.5-5.8, er det også de markante forskelle mellem stofmisbrugere og ikke-stofmisbrugere, som umiddelbart springer i øjnene. Både for hjemløse borgere og ikke-hjemløse borgere er andelen af hepatitis-smittede mange gange højere for stofmisbrugere i forhold til ikke-stofmisbrugere – en tendens, der gælder for begge køn, hvilket hænger sammen med, at væsentlige risikofaktorer for at få kronisk hepatitis (primært hepatitis C) er stiknarkomani og brug af flergangssprøjter. Således er også hovedparten af hepatitis C-smittede personer i Danmark smittet gennem intravenøst stofmisbrug (Pedersen m.fl., 2012, s. 78).

Figureerne viser imidlertid også, at blandt stofmisbrugerne er risikoen for hepatitis væsentlig højere blandt de, som samtidig har været hjemløse, end blandt de stofmisbrugere, der ikke har været hjemløse. Forskellen mellem hjemløse og ikke-hjemløse stofmisbrugere er størst for de 18-29-årige, men den vedbliver at være markant, også for de ældre aldersgrupper. Der kan dog her være en større del af de yngre stofmisbrugere, der endnu ikke har været i behandling og endnu ikke er blevet registreret med et misbrug.

FIGUR 5.5

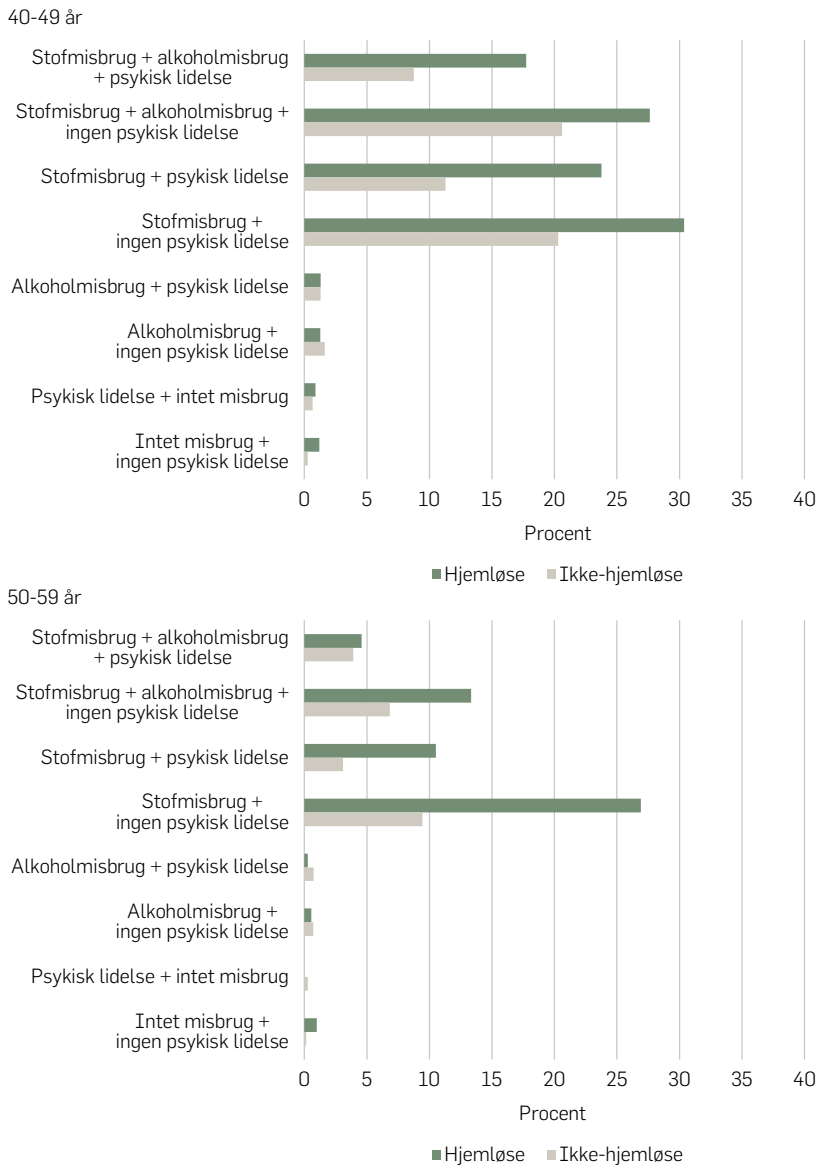
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret hepatitis, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.6

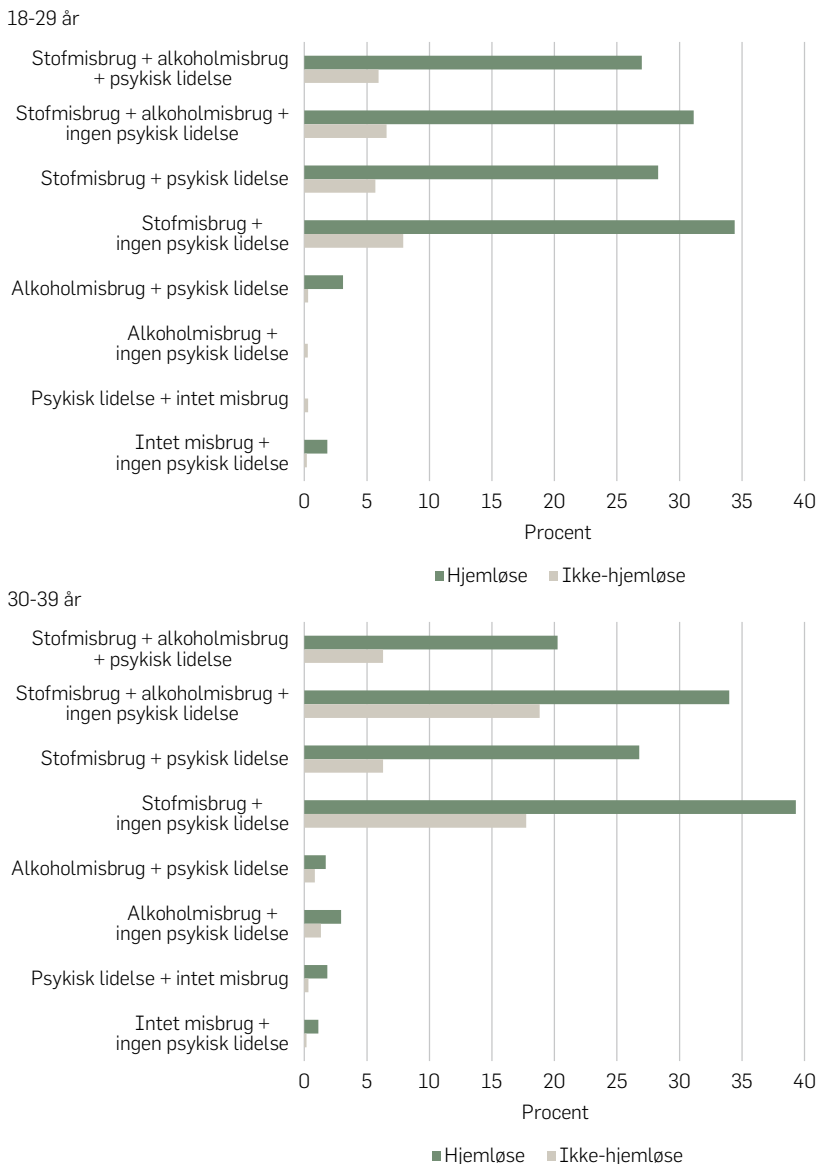
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret hepatitis, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.7

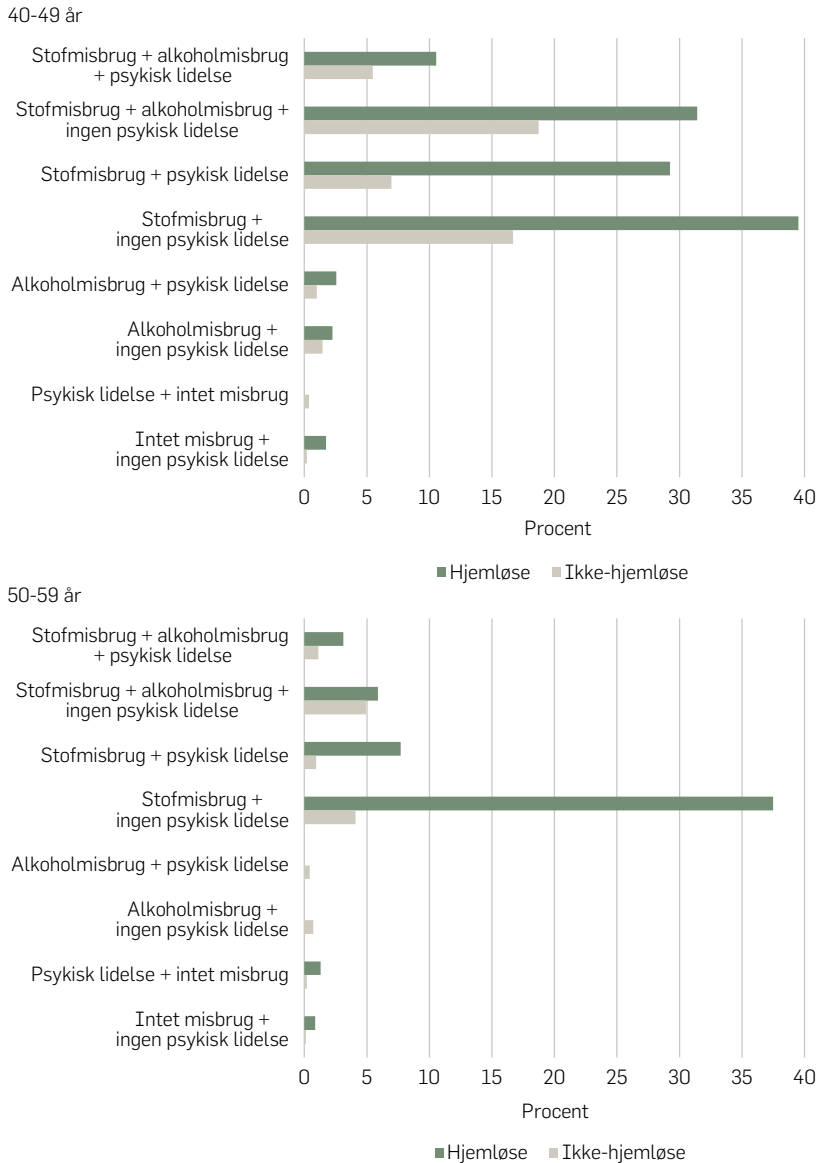
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret hepatitis, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.8

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret hepatitis, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

HIV

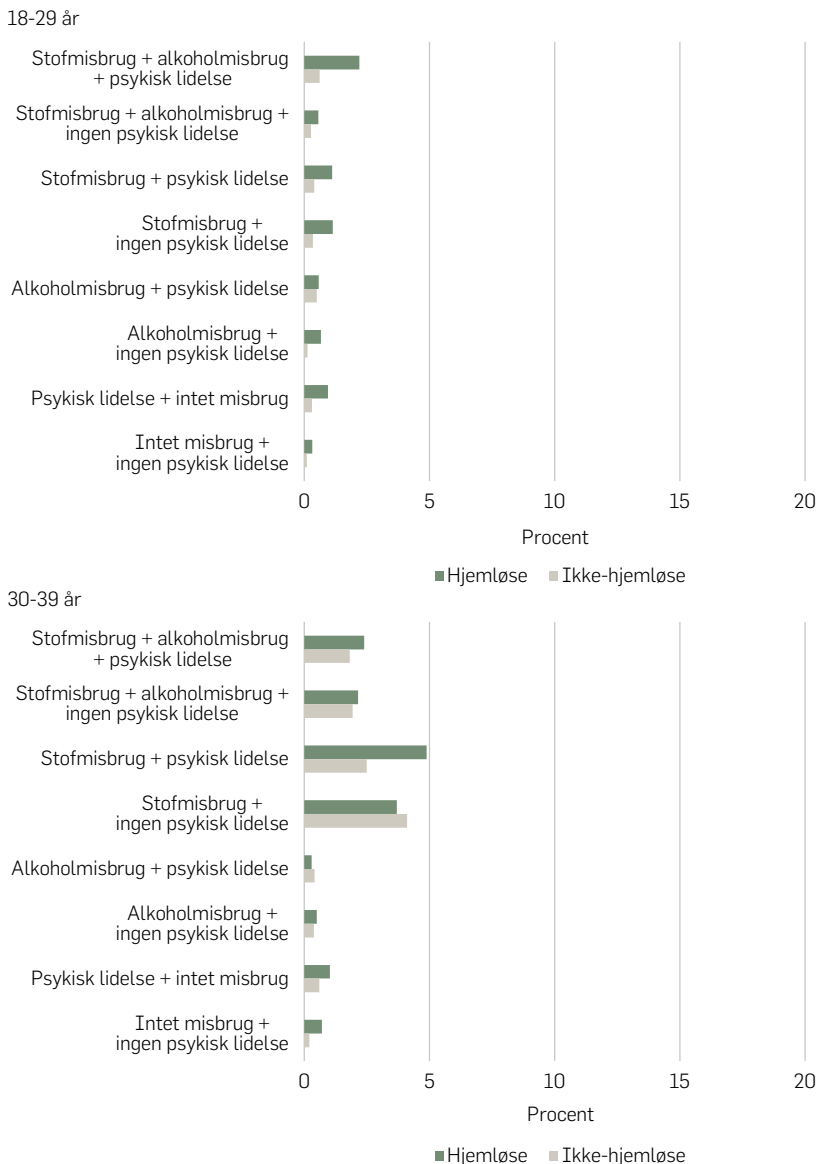
Tidligere undersøgelser af udbredelsen af hiv blandt socialt udsatte har blandt andet afdækket risikoen blandt prostituerede (Døssing, Heindorf & Mainz, 2005; Videns- og formidlingscenter for Socialt Udsatte, 2004), men udbredelsen af hiv blandt forskellige udsatte grupper er også blevet undersøgt af Rådet for Socialt Udsatte i 2012. Her sås den største udbredelse blandt stofmisbrugere og sindslidende (Pedersen m.fl., 2012, s. 79).

Hjemløshed har ifølge den multiple model en selvstændig effekt for sandsynligheden for at være hiv-smittet, mindst for mænd med en risikoratio på 1,58, mens den er markant højere for kvinder med en risikoratio på 4,11.

Stofmisbrug har stor betydning for risikoen for hiv, og det er således i grupperne af stofmisbrugere og misbrugere af både stoffer og alkohol, at vi ser de højeste andele af smittede. Vi kan endvidere se, at det er blandt de kvindelige stofmisbrugere, at vi finder den højeste andel af hiv-smittede, og særligt for kvinder med stofmisbrug øger hjemløshed markant risikoen for hiv-smitte.

FIGUR 5.9

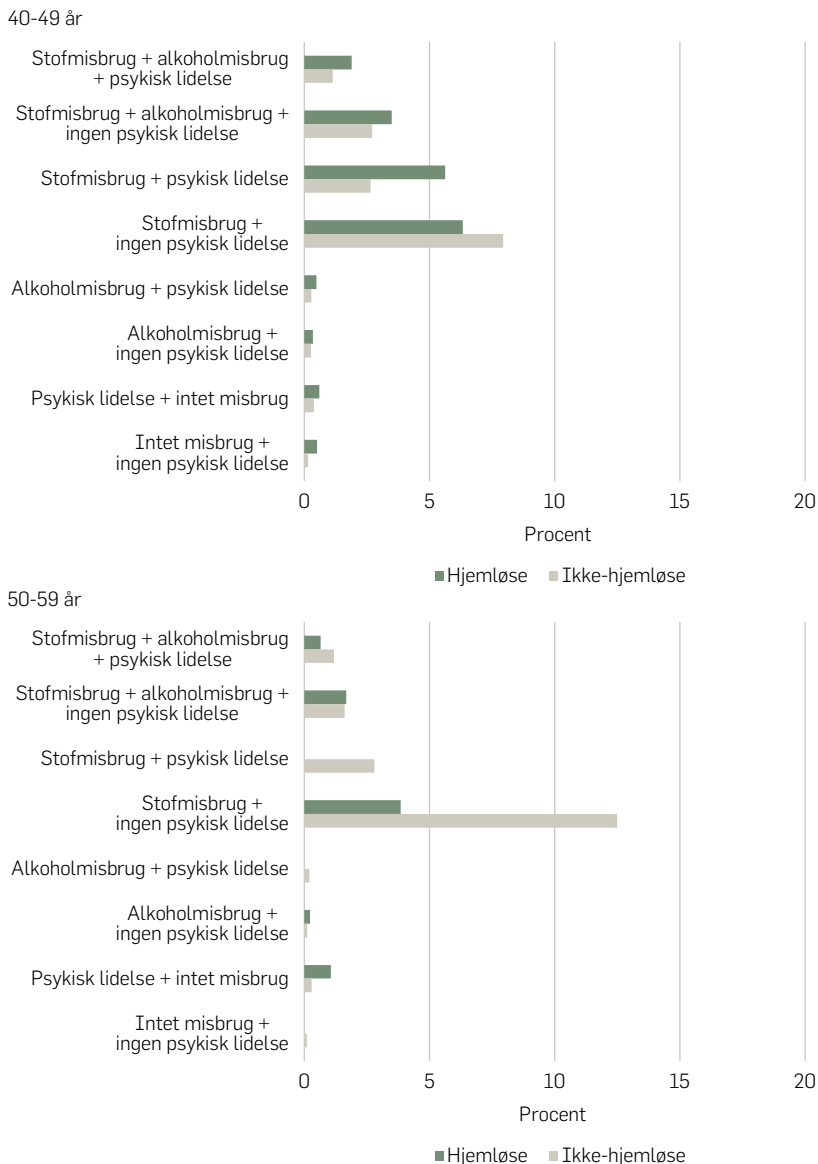
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret hiv, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.10

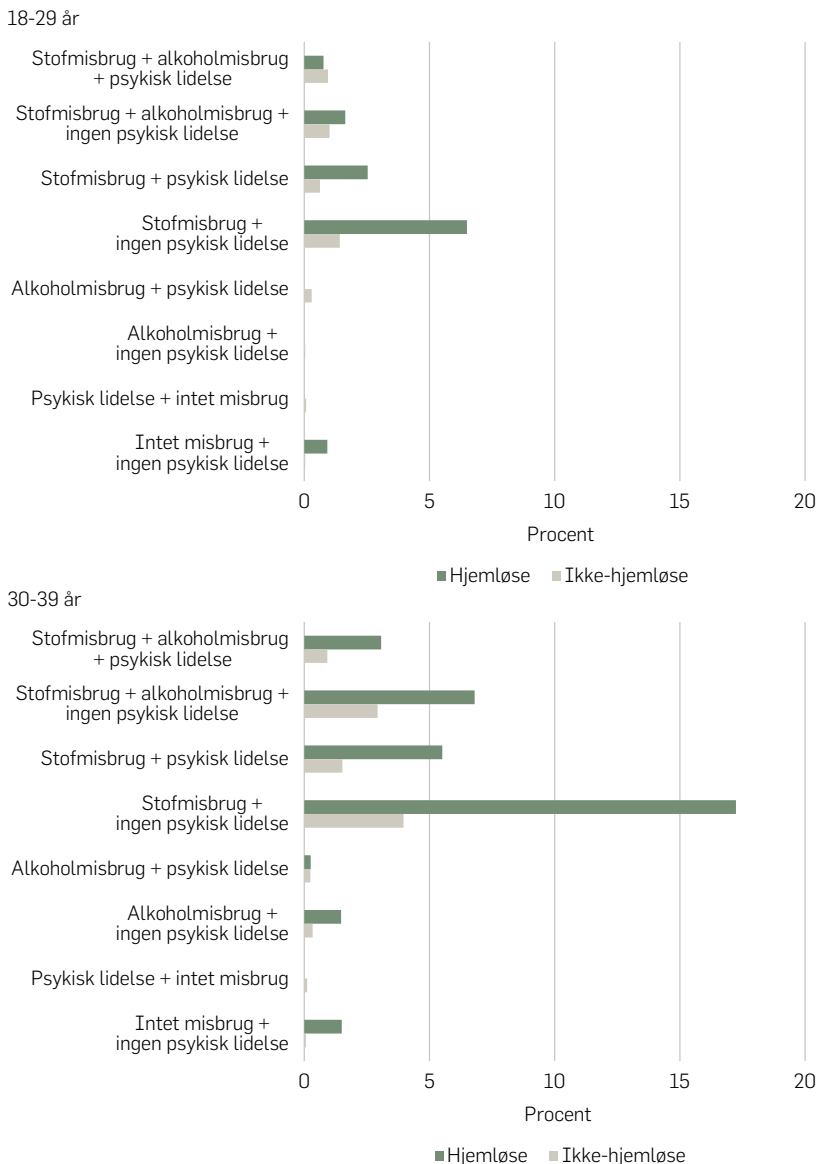
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret hiv, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.11

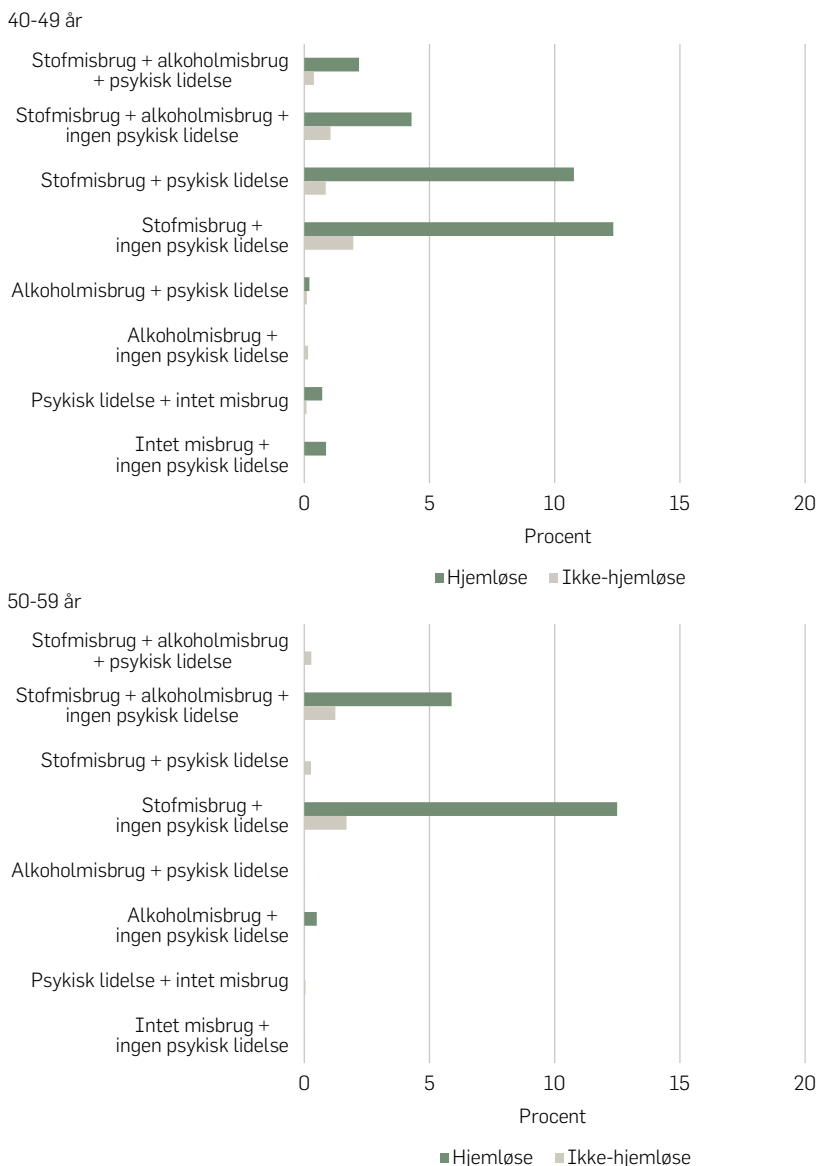
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret hiv, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.12

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret hiv, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

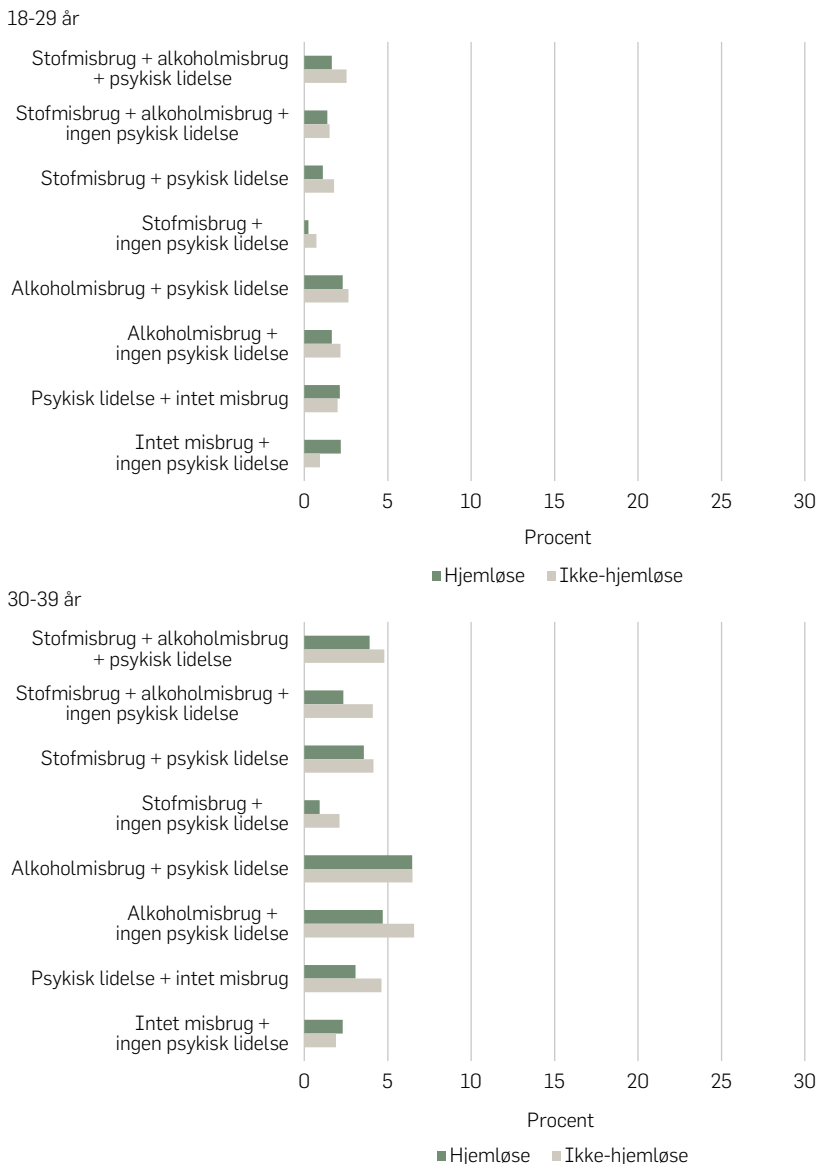
DIABETES

Diabetes er en udbredt sygdom blandt hjemløse, hvilket kan skyldes dårlig og forkert ernæring. Hos hjemløse borgere forværres sygdommen yderligere af, at livsvilkårene gør det svært for dem at følge et behandlingsforløb (FEANTSA, 2006, s. 13).

Når diabetes undersøges nærmere, ses det dog, at de hjemløse, for mange af risikogruppernes vedkommende, ikke er mere udsat end de ikke-hjemløse. Blandt mændene er det ofte de ikke-hjemløse, der har den højeste andel af diabetes-ramte. I de tilfælde, hvor borgeren hverken har psykisk sygdom eller misbrug, er det dog de hjemløse, der har den højeste andel med diabetes. Det kan være tegn på, at de hjemløse med psykisk sygdom eller misbrug i mindre grad er opmærksomme på symptomerne på diabetes og i mindre grad opsøger behandling.

FIGUR 5.13

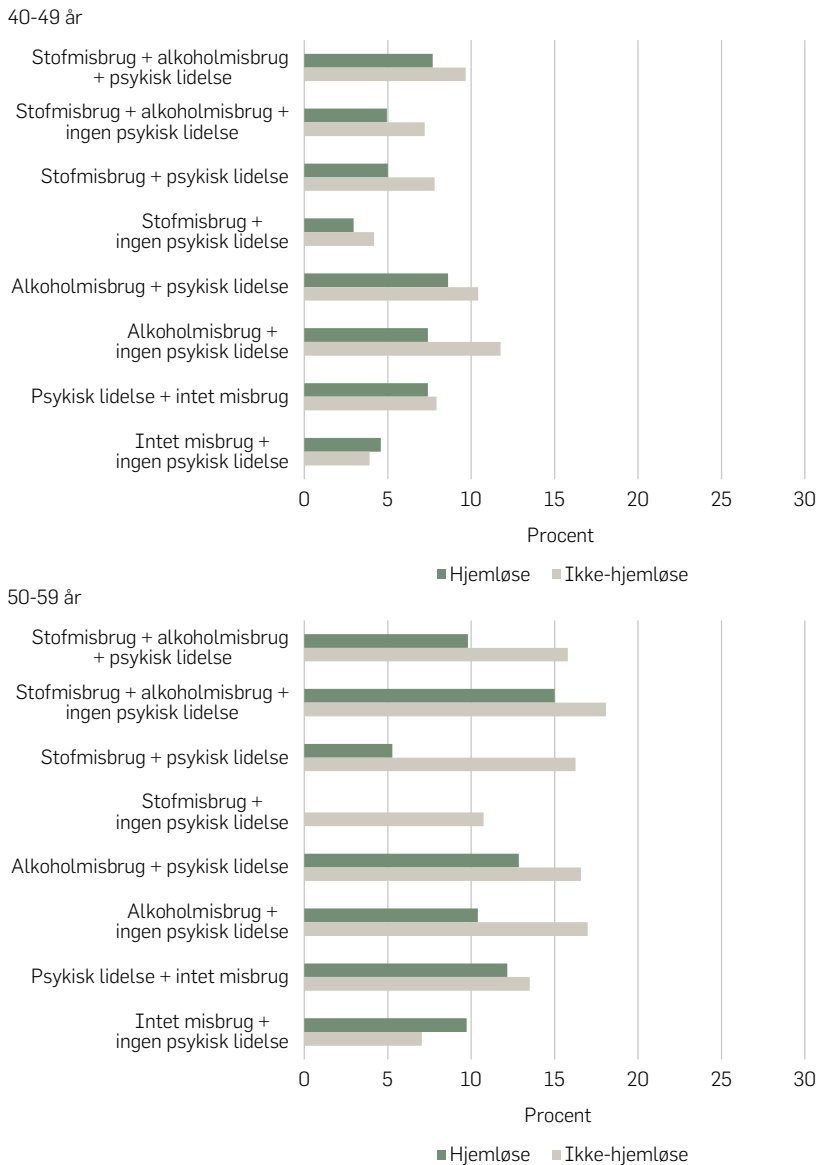
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret diabetes, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.14

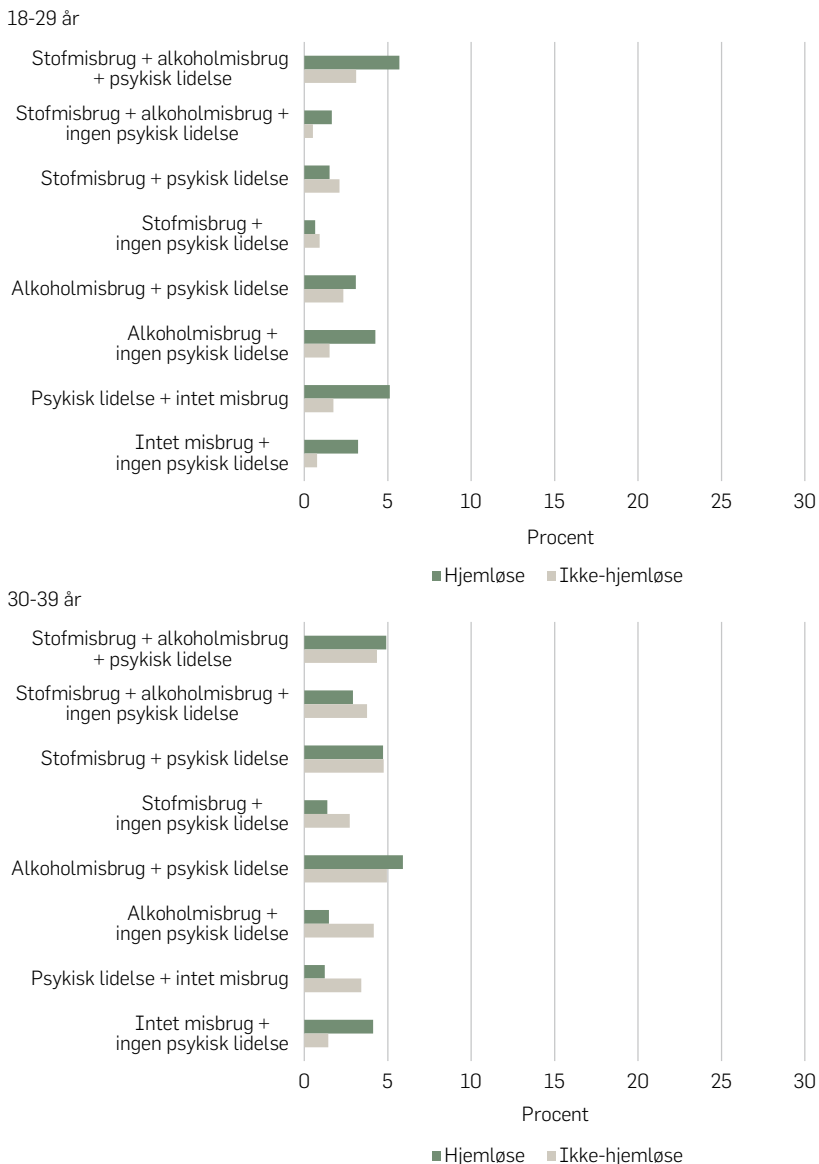
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret diabetes, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.15

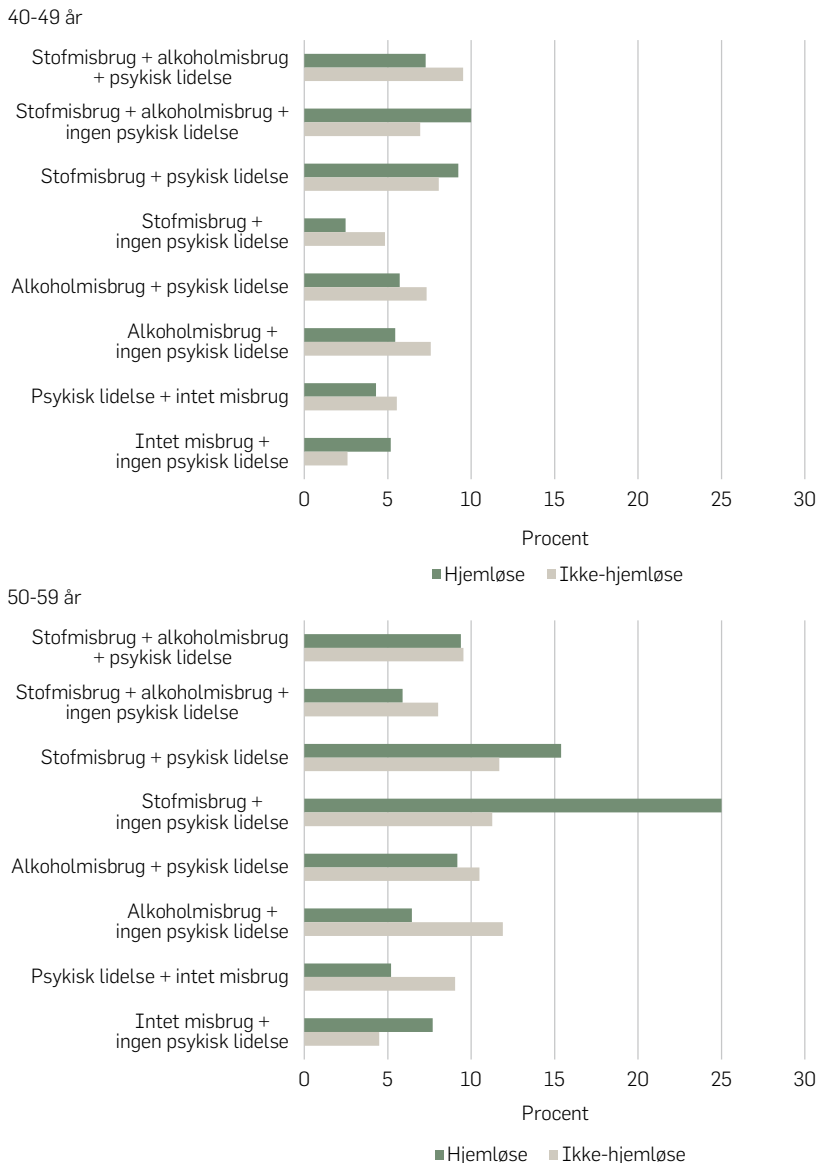
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret diabetes, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.16

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret diabetes, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



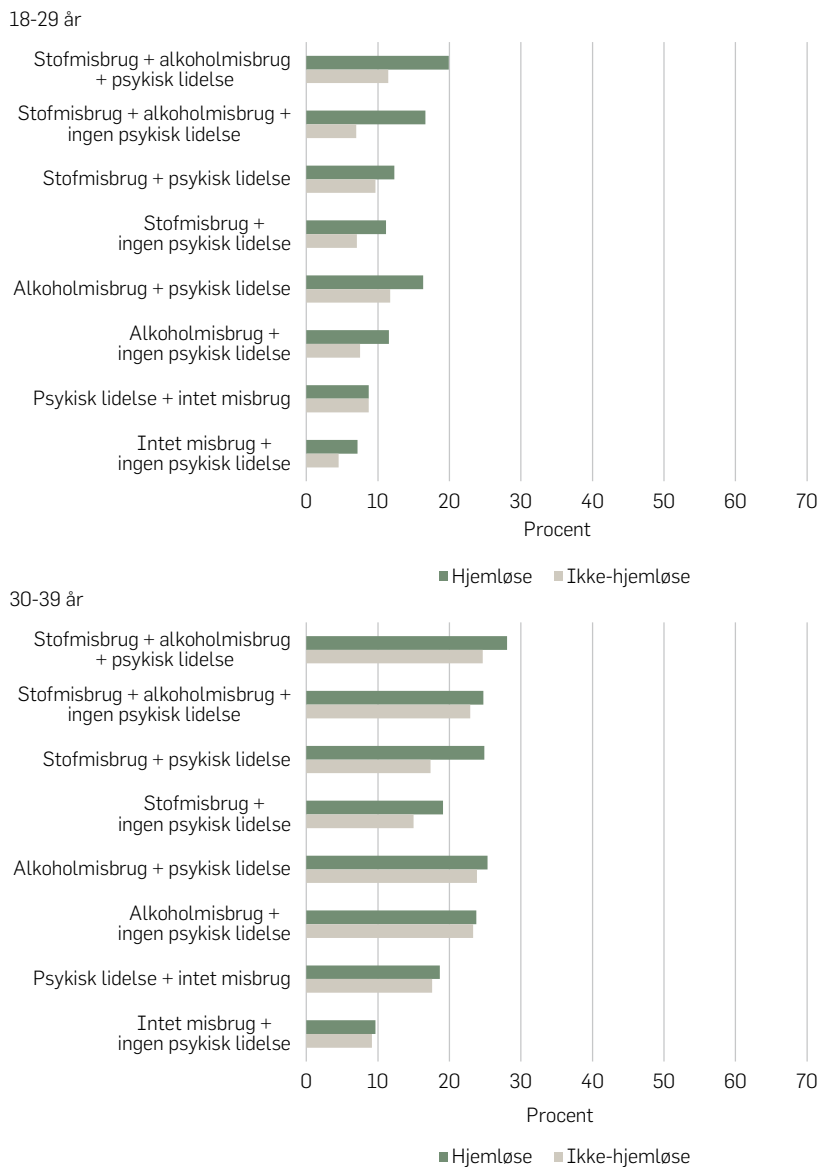
Kilde: Egne beregninger.

KREDSLØBSSYGDOMME

Kredsløbssygdomme bliver generelt set mere udbredte med alderen. Forskellen mellem hjemløse og ikke-hjemløse er tydeligst blandt de 18-29-årige alkohol- og stofmisbrugere og særligt for kvinder, hvor andelen, der rammes af kredsløbssygdomme, er op mod dobbelt så stor for de hjemløse stofmisbrugere som for ikke-hjemløse stofmisbrugere. Forskellen i andelen med en kredsløbssygdom mellem hjemløse og ikke-hjemløse er mindre i de ældre aldersgrupper. Det sker i takt med, at andelen med kredsløbssygdomme generelt stiger med alderen.

FIGUR 5.17

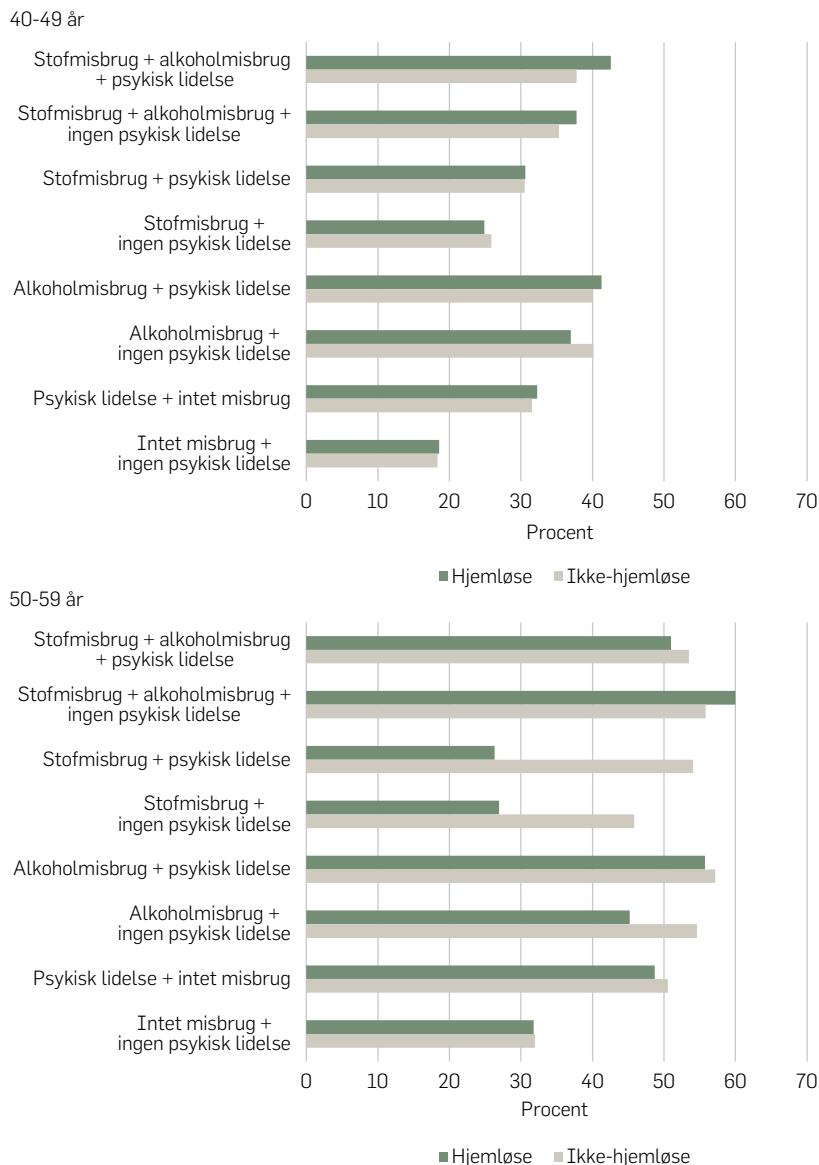
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en kredsløbs-sygdom, særligt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.18

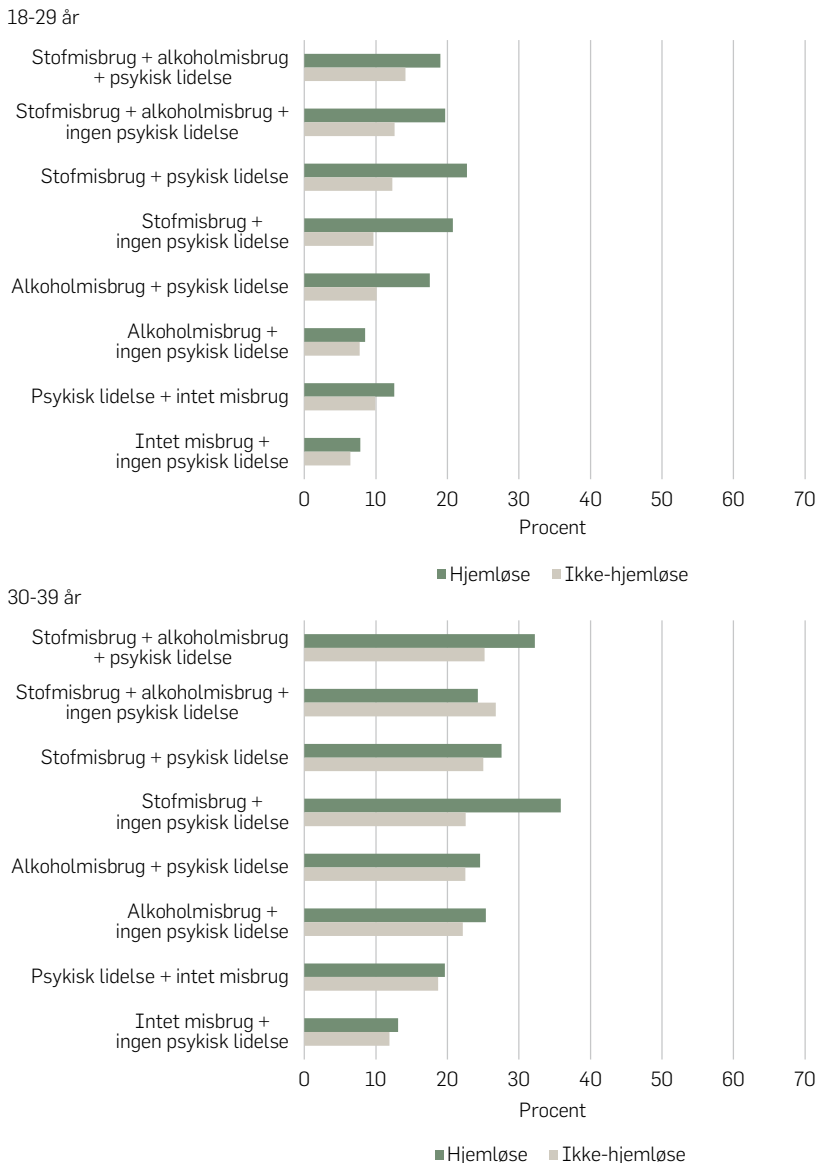
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en kredsløbs-sygdom, særligt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.19

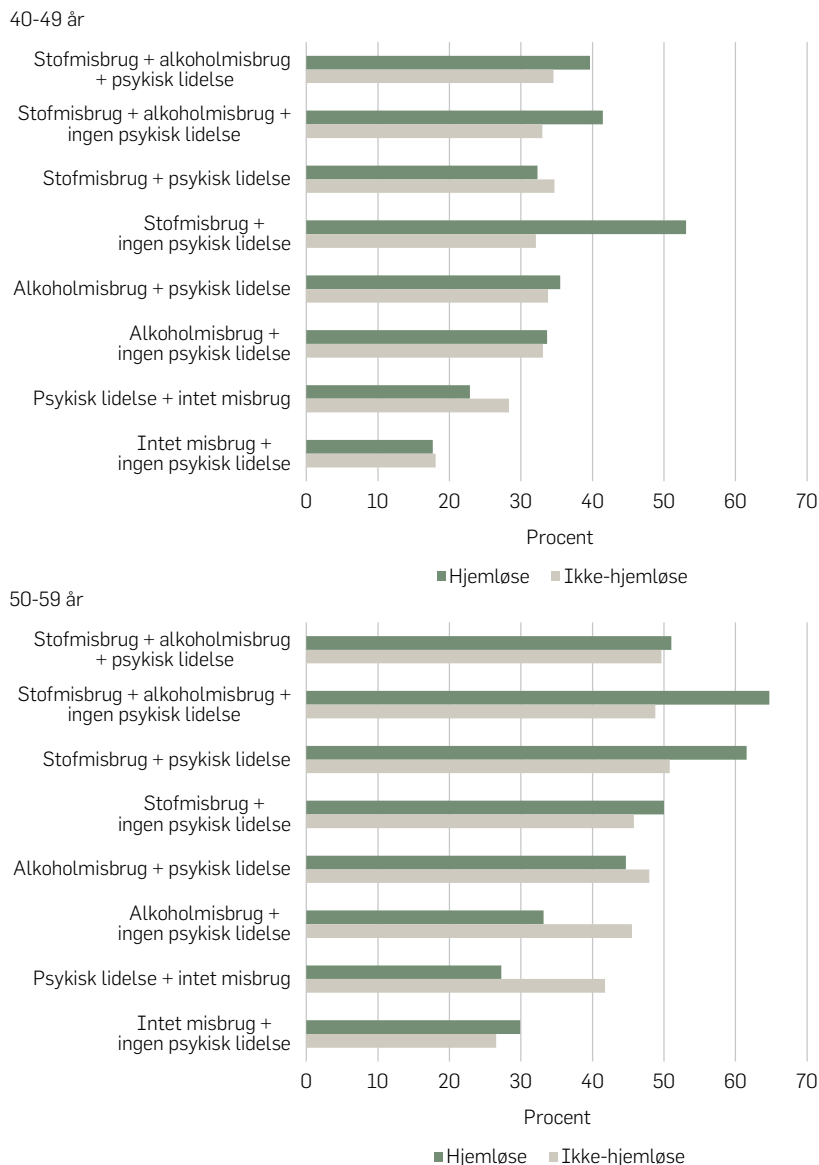
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en kredsløbs-sygdom, særligt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.20

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en kredsløbs-sygdom, særligt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



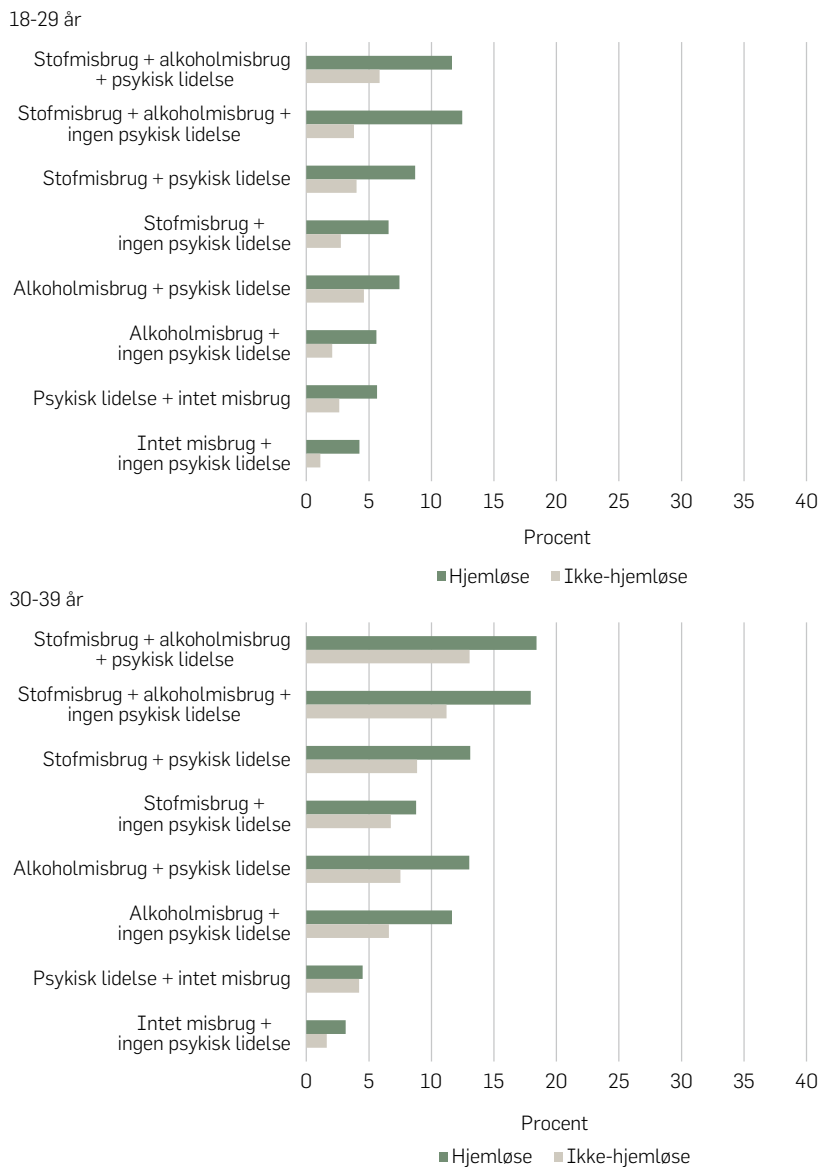
Kilde: Egne beregninger.

LUNGEbetÆndelse

Hjemløse borgere rammes i højere grad af lungebetændelse end den øvrige befolkning. Det gælder for næsten alle kombinationer af misbrug og psykisk sygdom og på tværs af både køn og alder. Forskellen mellem hjemløse borgere og de ikke-hjemløse er for begge køn størst for de 18-29-årige. Andelen, der rammes af lungebetændelse, er generelt stigende med graden af udsathed, således at stofmisbrugere og misbrugere af både stoffer og alkohol har den højeste hyppighed af lungebetændelse, mens de personer, der hverken er psykisk syge eller misbrugende har den laveste forekomst af lungebetændelse.

FIGUR 5.21

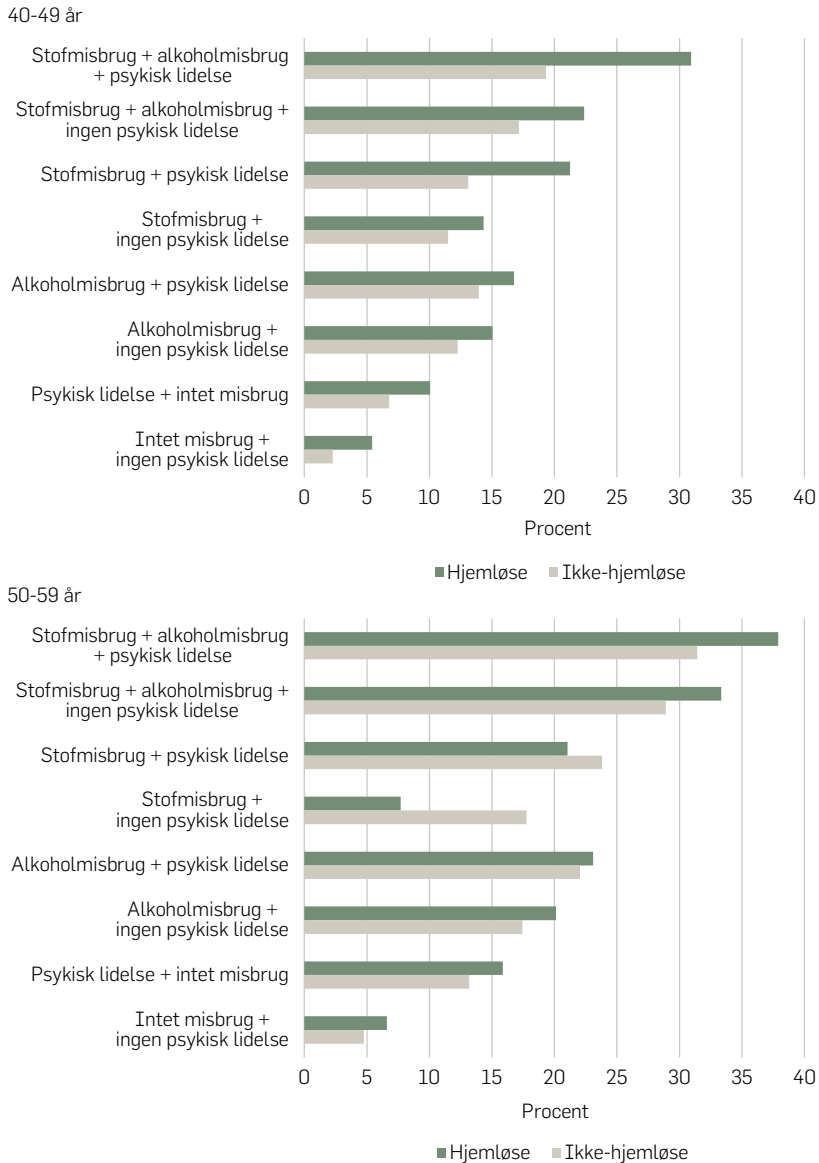
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret lungebetændelse, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.22

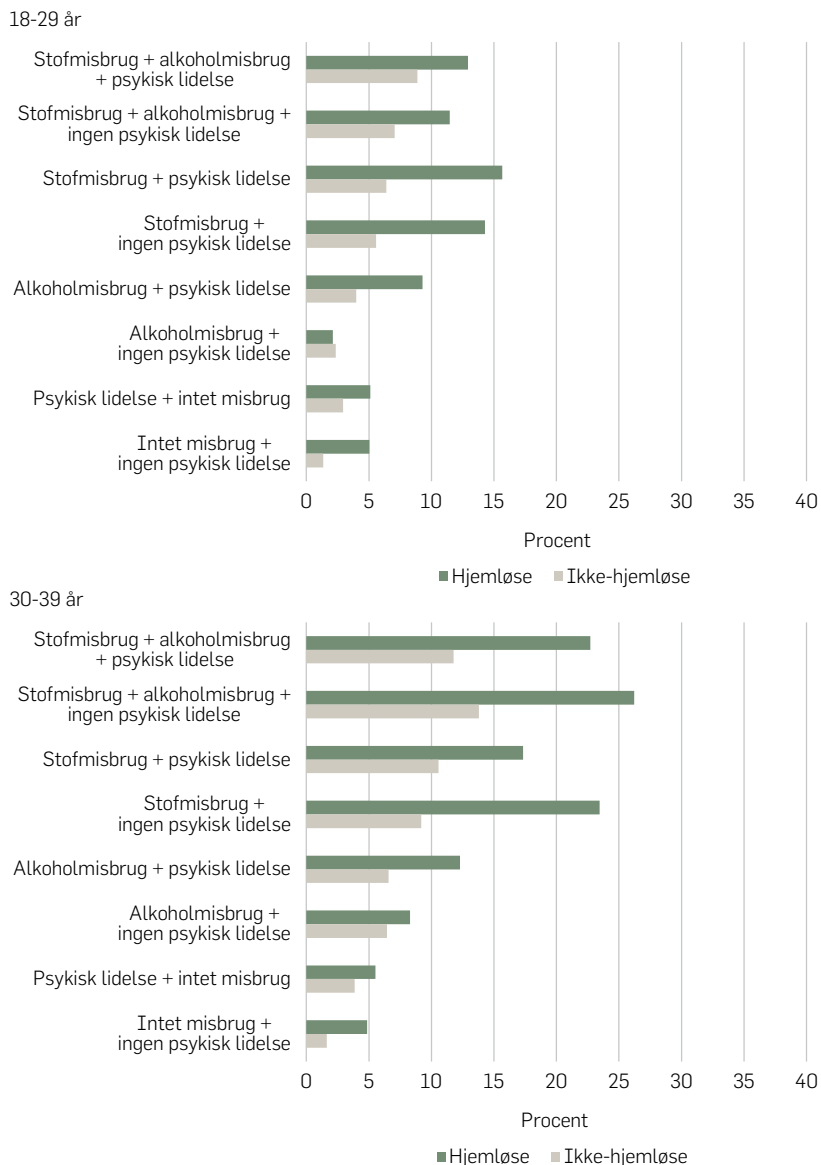
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret lungebetændelse, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.23

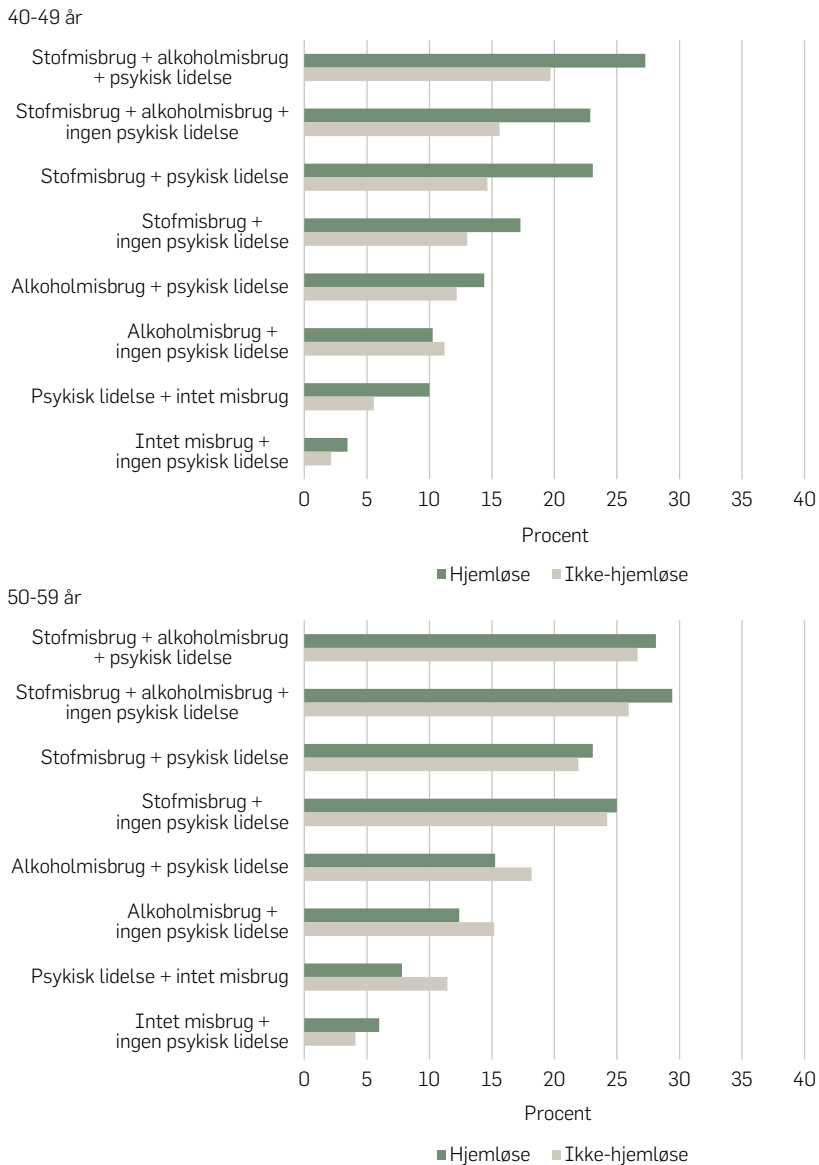
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret lungebetændelse, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.24

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret lungebetændelse, særligt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

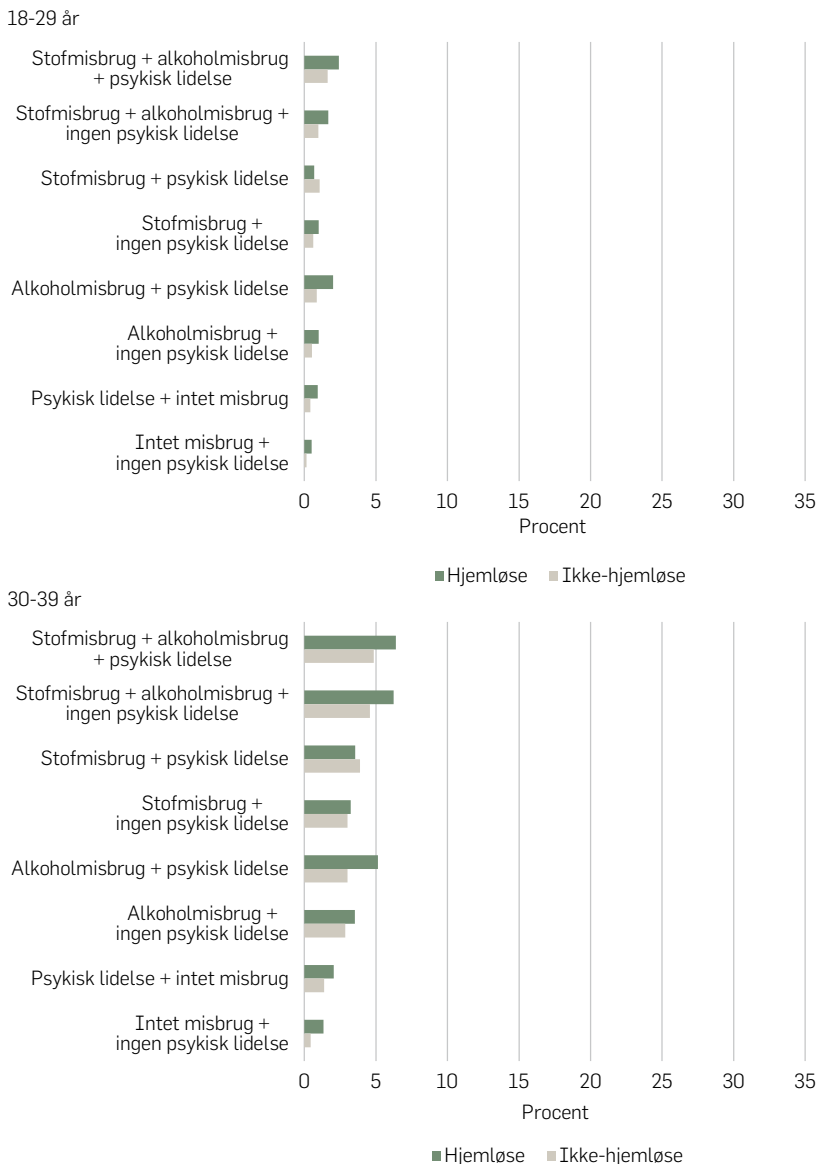
KOL

Andelen af hjemløse borgere med lungesygdommen KOL er generelt højere end den tilsvarende andel blandt de ikke-hjemløse borgere. Det konkluderede vi også på baggrund af regressionsanalyserne, hvor vi fandt risikofaktorerne for hjemløshed til at være 1,21 for mænd og 1,25 for kvinder efter kontrol for andre faktorer. De tydeligste forskelle mellem hjemløse og ikke-hjemløse borgere findes blandt kvinder, særligt i de yngste aldersgrupper. Blandt mændene er det ligeledes blandt de 18-29-årige, at vi finder de største forskelle mellem hjemløse og ikke-hjemløse borgere i andelen med KOL.

Andelen med KOL er også relateret til misbrug, hvilket kan hænge sammen med et højere forbrug af både tobak, hash og/eller rygeheroin. Andelen af personer ramt af KOL er kraftigt stigende med alderen. Kvinder er i højere grad end mænd udsat for denne sygdom, hvilket gælder for alle aldersgrupper.

FIGUR 5.25

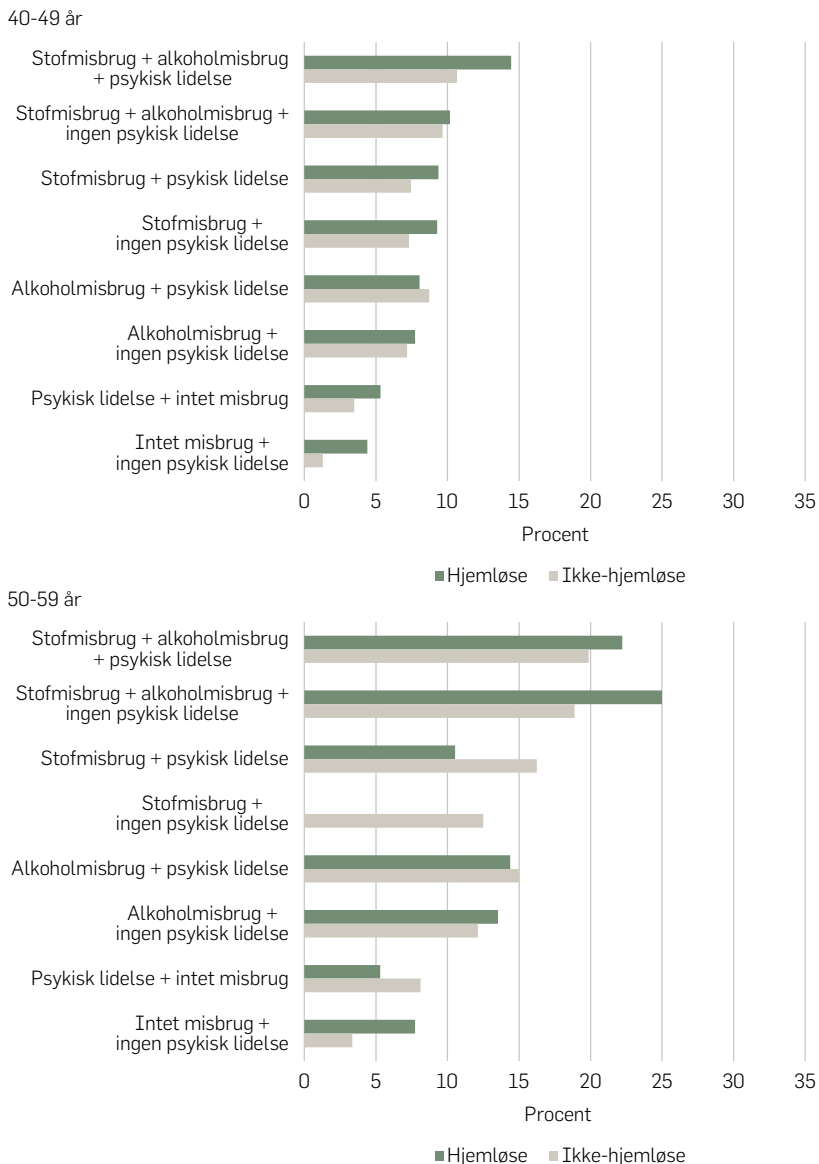
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret KOL, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.26

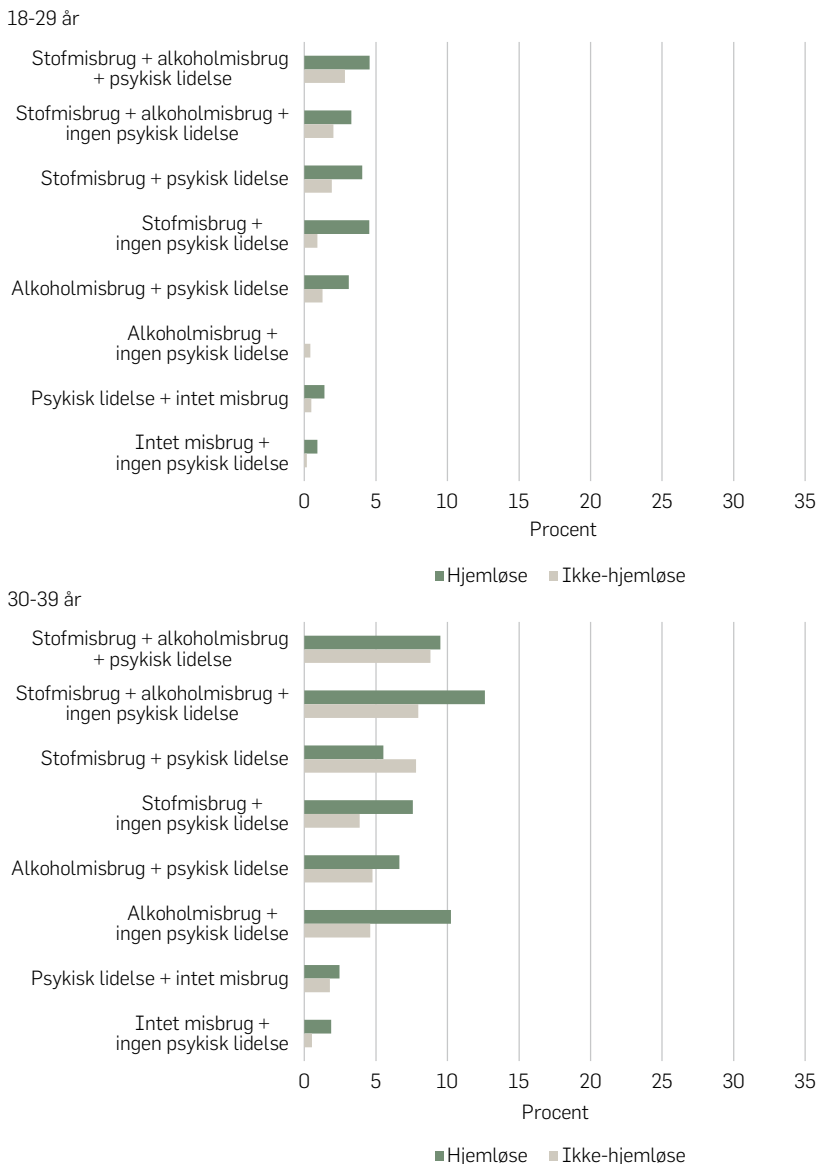
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret KOL, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.27

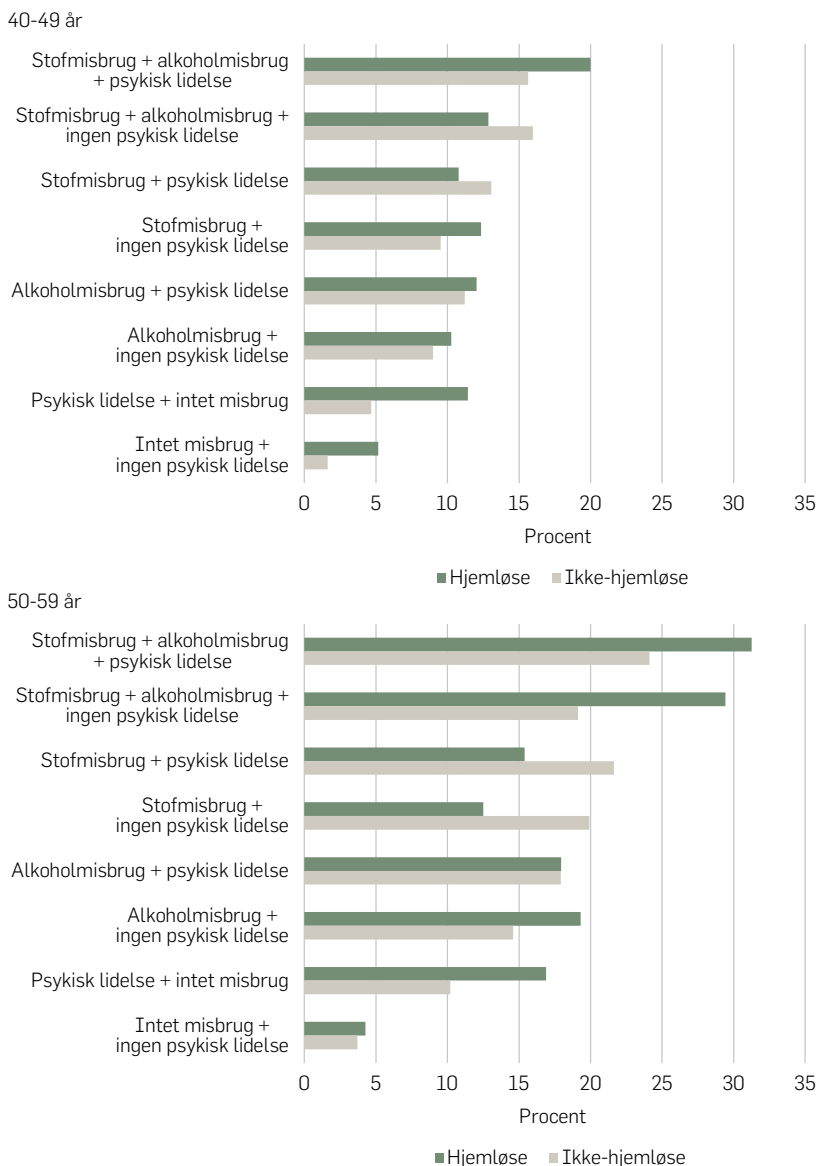
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret KOL, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.28

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret KOL, særligt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

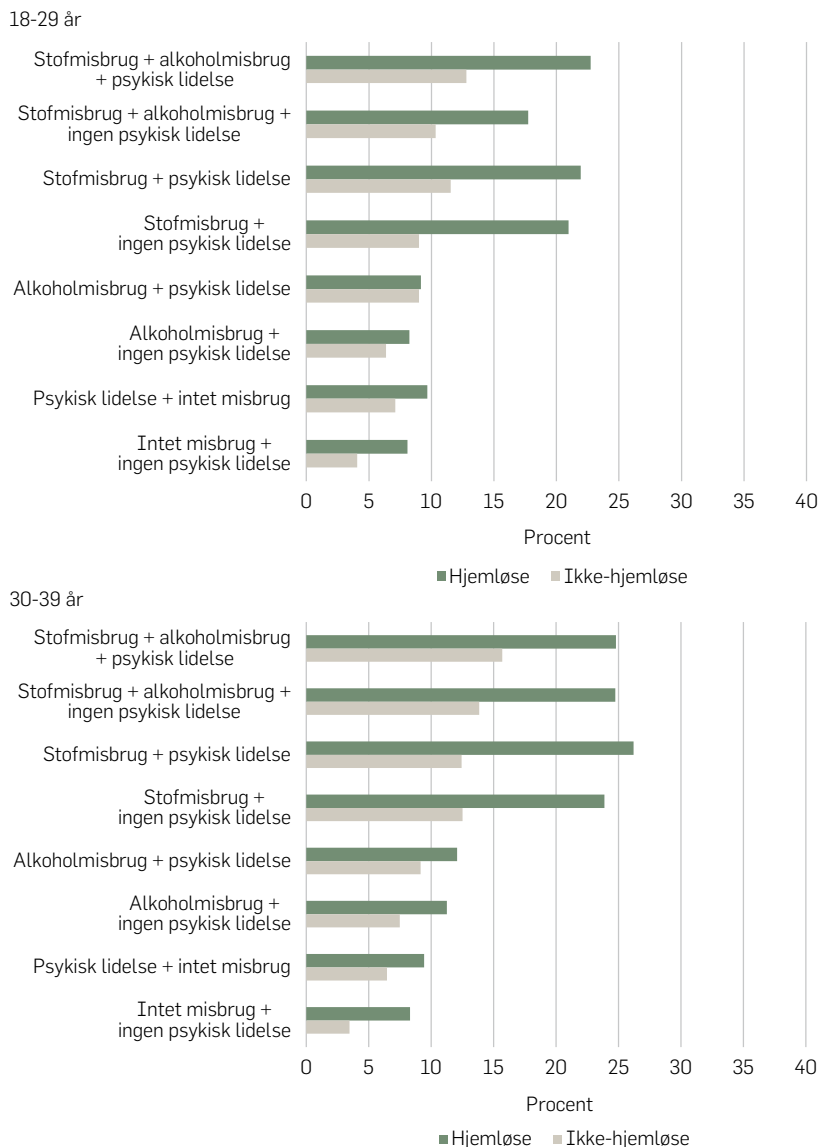
HUDINFEKTION

Andelen af hjemløse med en hudinfektion er signifikant højere for de hjemløse borgere end for de ikke-hjemløse, hvilket gælder for alle alders- og udsatte grupper samt for både mænd og kvinder. Også blandt de personer, der hverken er misbrugere eller psykisk syge, er andelen med en hudinfektion ca. dobbelt så høj blandt de hjemløse som for de ikke-hjemløse.

Den højeste risiko for hudinfektion finder vi blandt de hjemløse misbrugere af både stoffer og alkohol samt stofmisbrugere, der har en ca. dobbelt så høj andel hudinfektionsramte i forhold til andelen af ikke-hjemløse i de tilsvarende udsatte grupper.

FIGUR 5.29

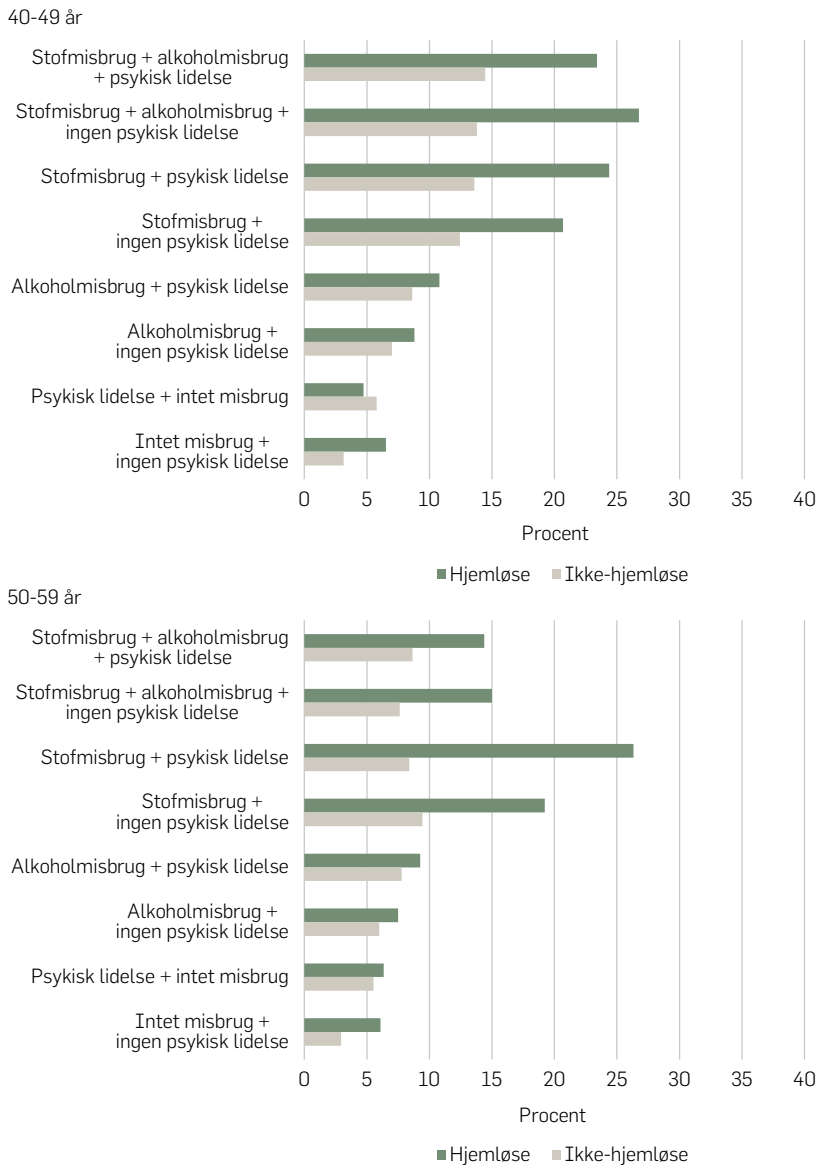
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en hudinfektion, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.30

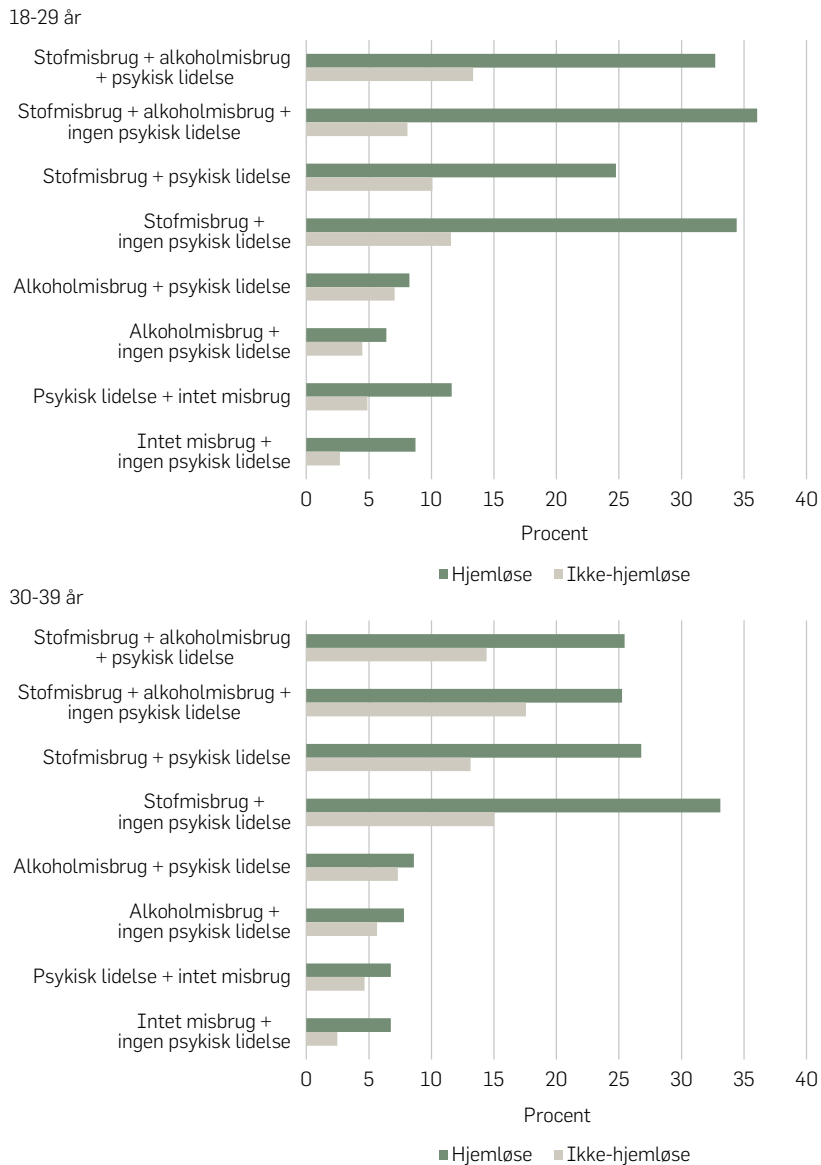
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en hudinfektion, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.31

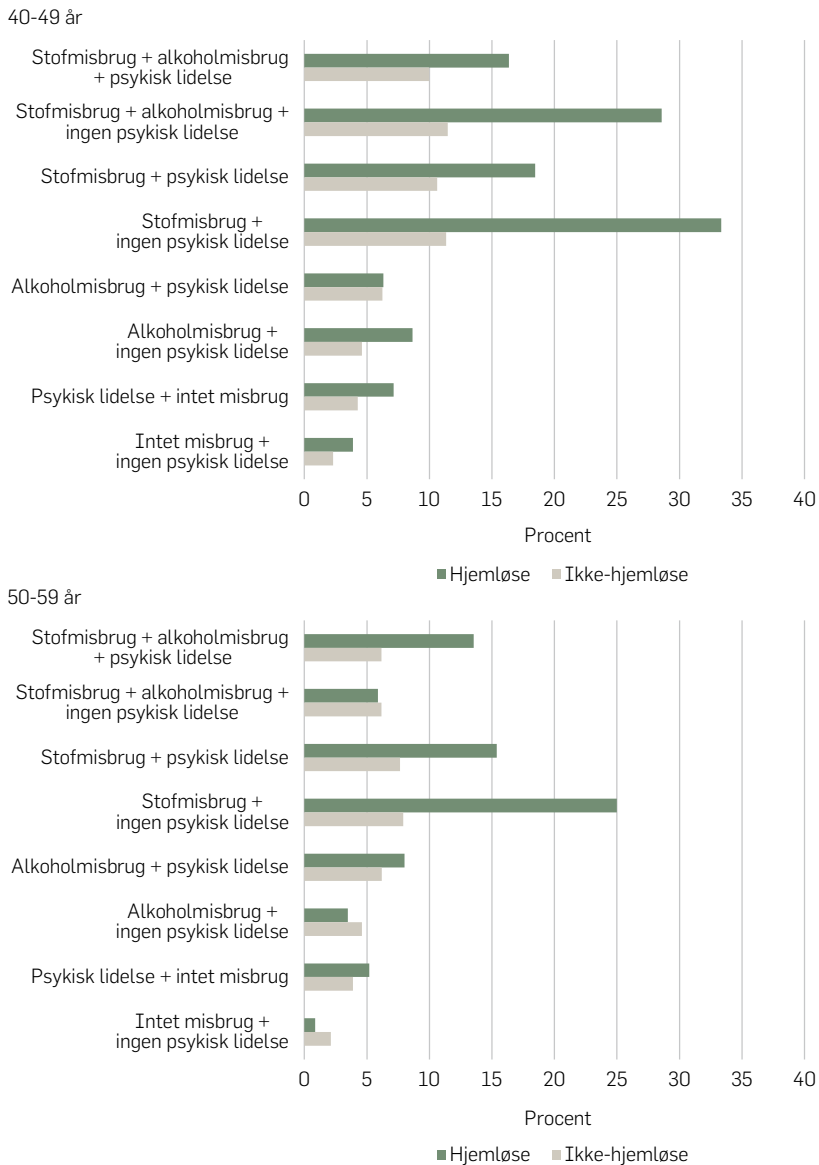
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en hudinfektion, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.32

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en hudinfektion, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

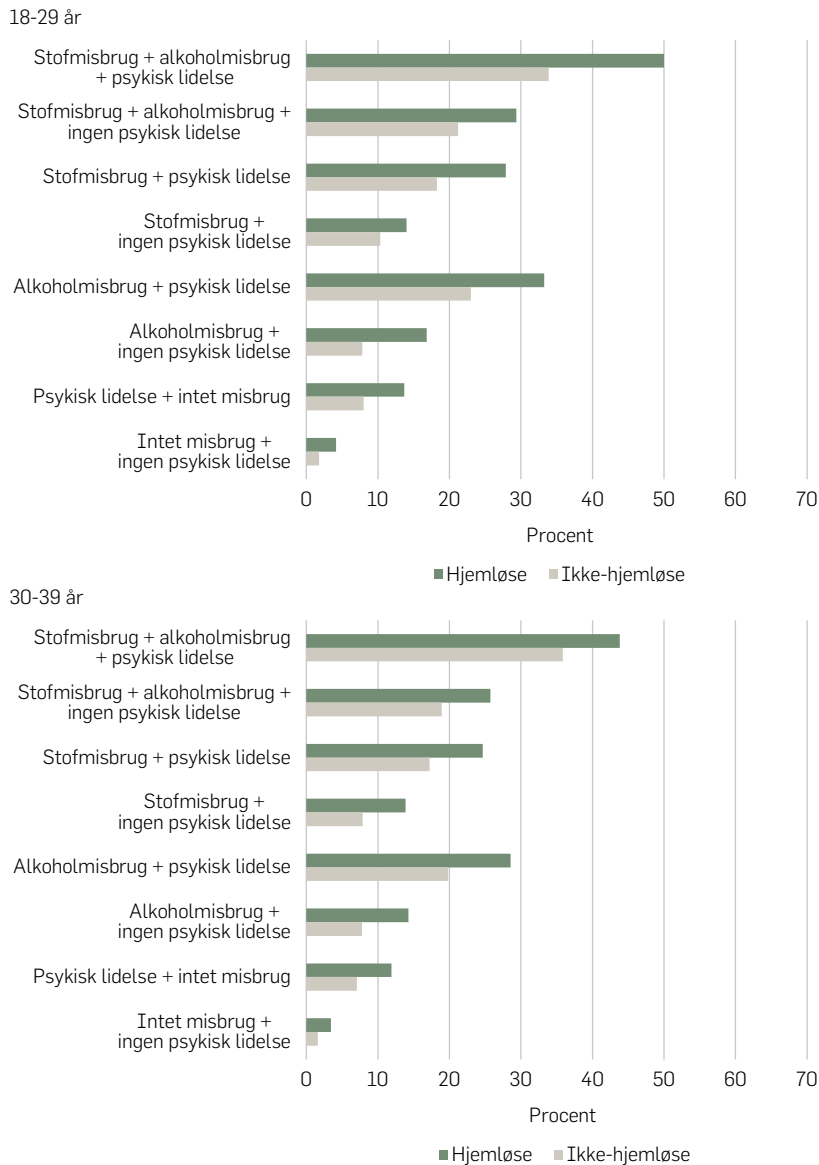
FORGIFTNINGER

Figur 5.33-5.36 viser, at hjemløse, på tværs af køn, i højere grad bliver ramt af forgiftninger end ikke-hjemløse for alle risikogrupper. Det samme konkluderes på baggrund af regressionsanalyserne. Samtidig ses det, at kvinder er mere udsatte for at blive ramt af forgiftninger end mænd.

Ud over hjemløshed har både psykisk sygdom og stof- og alkoholmisbrug betydning for risikoen for forgiftninger. Kombinationen af to eller flere af disse faktorer medfører en højere grad af udsathed for forgiftningssygdomme. Det ses således, at de psykisk syge misbrugere af både stoffer og alkohol, både mænd og kvinder, har den største forekomst af forgiftninger, og at psykisk sygdom forstærker risikoen for forgiftninger for de forskellige misbrugsgrupper.

FIGUR 5.33

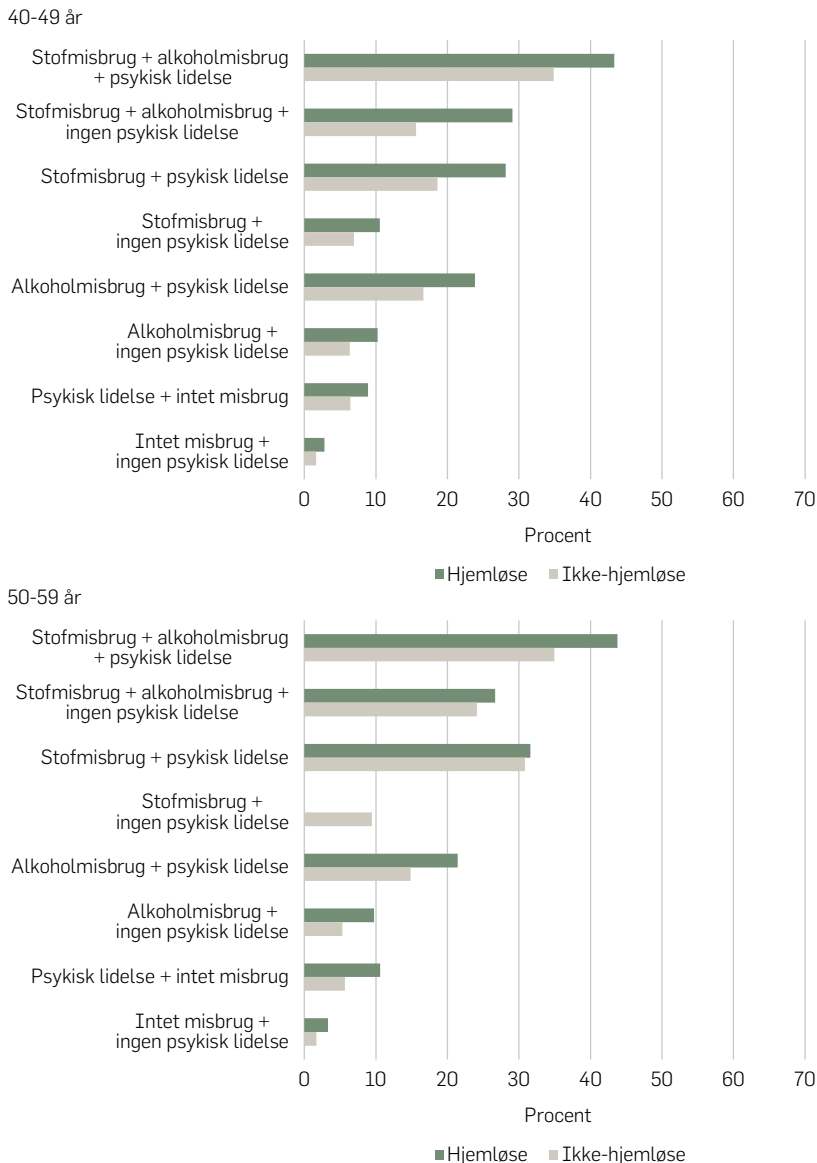
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en forgiftning, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.34

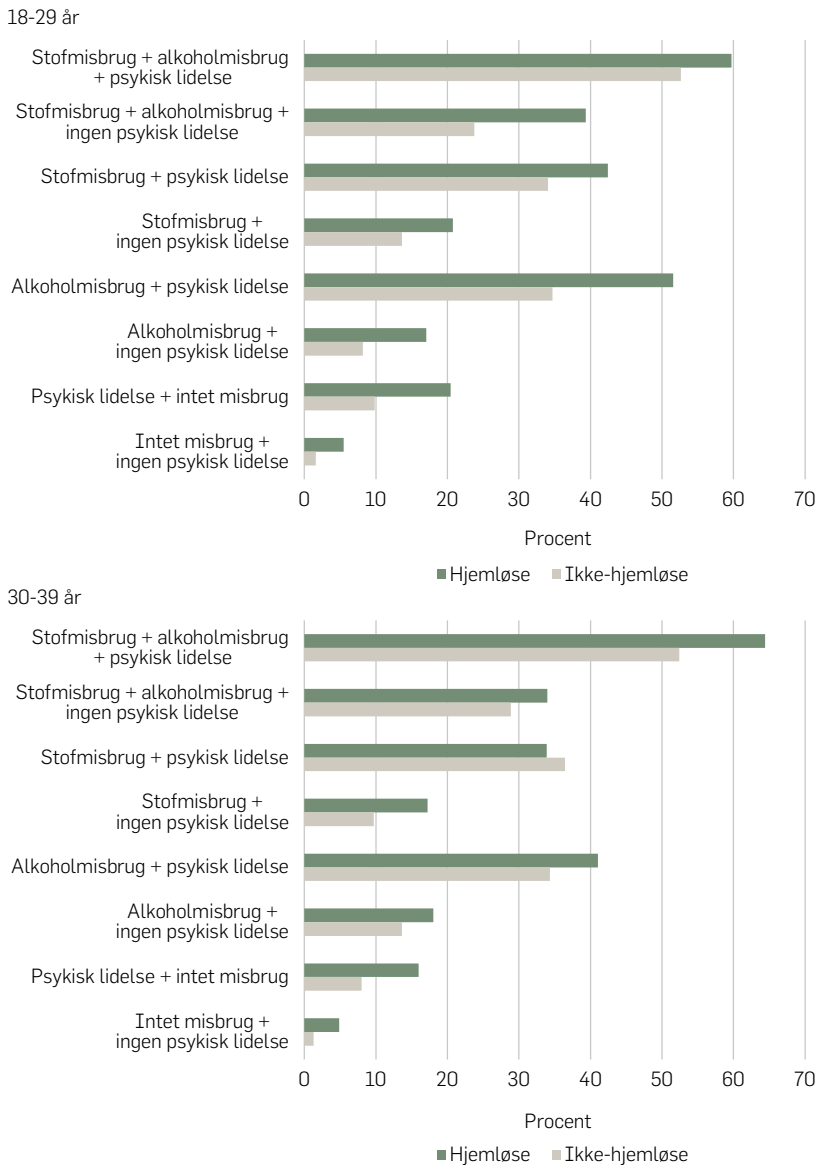
Andelen af mænd, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en forgiftning, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.35

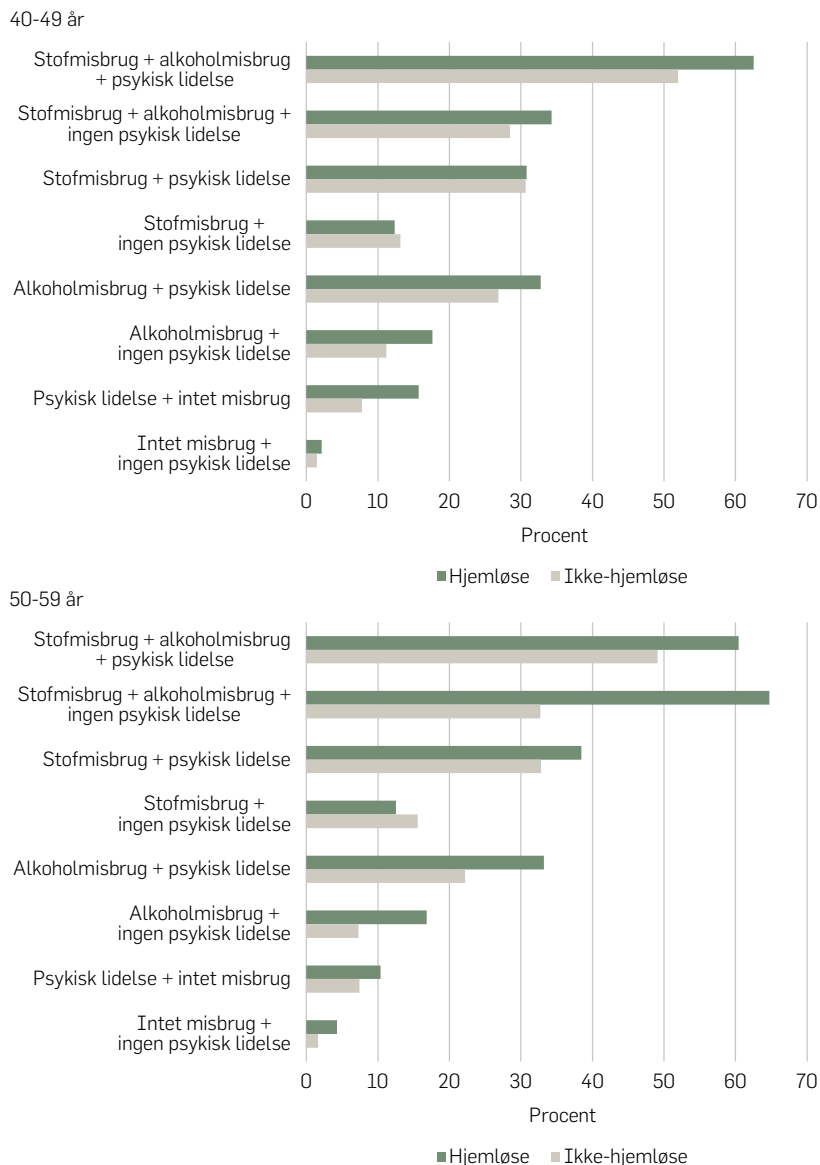
Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en forgiftning, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 18-29-årige og 30-39-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 5.36

Andelen af kvinder, der i perioden 1999-2009 har fået konstateret en forgiftning, særskilt for kombinationer af udsathedsfaktorer. 40-49-årige og 50-59-årige. Procent.



Kilde: Egne beregninger.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi kortlagt sygdomsmønstret blandt borgere, der har været hjemløse, på baggrund af diagnoser registreret i Landspatientregistret. Det konstateres, at forekomsten af en række sygdomme generelt er meget højere blandt borgere, der har været hjemløse, sammenlignet med den øvrige befolkning. Sygdommenes prævalens er således signifikant højere blandt hjemløse mænd og kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning for alle undersøgte sygdomskategorier (på nær for svulster og herunder kræftsygdomme).

For hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning findes den største relative risiko ved hepatitis (særligt hepatitis C) og ved tuberkulose. For disse sygdomme er forekomsten mere end 10 gange så høj blandt hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Herefter følger en række andre infektionssygdomme (hiv, rosen og blodforgiftning), forgiftninger, epilepsi, blodmangel, lungebetændelse, KOL og hudinfektioner, hvor forekomsten er mere end 3 gange, men mindre end 10 gange så høj blandt hjemløse mænd sammenholdt med mænd i den øvrige befolkning. For alle øvrige sygdomme (på nær svulster) findes den relative risiko at være højere end 1, men mindre end 3.

For hjemløse kvinder er overhyppigheden af sygdomme størst for infektionssygdommene hepatitis (særligt hepatitis C), hiv og tuberkulose samt forgiftninger. For disse sygdomme er forekomsten mere end 10 gange højere blandt kvinder, der har været hjemløse, end for kvinder i den øvrige befolkning. Herefter følger de øvrige infektionssygdomme (herunder blodforgiftning og rosen), epilepsi, hudinfektion, KOL, lungebetændelse og blodsygdomme, hvor forekomsten er mere end 3, men mindre end 10 gange højere, mens den relative risiko for alle øvrige sygdomme (på nær svulster) er højere end 1, men mindre end 3.

I en sammenligning af hjemløse mænd og kvinder finder vi, at den relative risiko forbundet med hjemløshed for de fleste sygdomskategorier er større for kvinder end for mænd, dvs. at forskellen i sygelighed lader til at være større mellem hjemløse kvinder og kvinder i den øvrige befolkning end mellem hjemløse mænd og mænd i den øvrige befolkning. Den største forskel mellem de to køn findes for hiv, men også for hepatitis (og hepatitis C) er den relative risiko forbundet med hjemløshed markant højere for kvinder end for mænd. Den relative risiko for sygelighed forbundet med hjemløshed er også afhængig af alder og findes for

både mænd og kvinder at være højest i de yngre aldersgrupper og aftagende med alderen.

Endelig har vi set på, hvilken betydning andre udsathedsfaktorer – i form af psykisk sygdom og misbrug – har for den somatiske sygelighed blandt de hjemløse borgere. Regressionsanalyserne viser, at en del af oversygeligheden blandt hjemløse borgere skyldes en kombination af forskellige udsathedsfaktorer. Det synes i høj grad at være misbrug og psykisk sygdom, der forklarer oversygeligheden. Stofmisbrug er således markant forbundet med især en række infektionssygdomme, mens alkoholmisbrug og psykiske lidelser har en sammenhæng med en bredere vifte af sygdomme.

Selv når der kontrolleres for en række øvrige faktorer, herunder misbrug, psykisk sygdom og socioøkonomiske forhold, er der imidlertid stadig en oversygelighed forbundet med hjemløshed for en række sygdomme. Det er primært tilfældet for infektionssygdomme (særligt tuberkulose, rosen, hepatitis og hiv), hudinfektioner, lungebetændelse og forgiftninger.

Betinget på forskellige kombinationer af udsathedsfaktorer (hjemløshed, misbrug og psykisk sygdom) har vi afslutningsvis set nærmere på sygdomme, hvor hjemløshed har en markant betydning for oversygeligheden og vist, hvordan forskellige kombinationer af ovennævnte udsathedsfaktorer hænger sammen med sygdomshyppigheden. Her blev det anskueliggjort, at hjemløse borgere generelt er mere udsatte end ikke-hjemløse borgere i forhold til disse sygdomme. Stofmisbrug har, særligt i forhold til infektionssygdomme som hepatitis og hiv, stor betydning for udsatheden i forhold til de undersøgte sygdomme, og kombineret med hjemløshed stiger udsatheden yderligere.

BRUG AF SUNDHEDSYDELSER

I kapitel 5 viste vi, at forekomsten af en række sygdomme er højere blandt de hjemløse borgere end i den øvrige befolkning. For nogle sygdommes vedkommende hænger den høje forekomst sammen med, at der i gruppen af hjemløse borgere er mange, som har et misbrug eller en psykisk sygdom, mens det for andre sygdomme lader til, at hjemløshedssituationen i sig selv er forbundet med en højere risiko.

På grund af den højere forekomst af sygdom blandt de hjemløse borgere kunne man forvente, at hjemløse har et højere forbrug af sundhedsydelser, da flere sundhedsproblemer skaber et større behov for kontakt til almen læge, speciallæger samt til hospitaler og skadestuer. Omvendt kan det også være, at de mest socialt udsatte borgere ikke benytter sundhedssystemet så meget, som de har behov for, fx på grund af barrierer i mødet med sundhedsvæsenet. Her kan både være tale om individuelle vanskeligheder ved at benytte sundhedsvæsenet – fx at lave aftaler og møde frem til disse, ikke mindst ved kronisk sygdom, der kræver længerevarende behandlingsforløb – og der kan også være tale om systemiske barrierer, såsom vanskeligheder for sundhedspersonale i mødet med socialt udsatte borgere som fx ved at give fornøden omsorg, information mv. i forbindelse med behandling. Sådanne barrierer kan medføre, at den hjemløse borger ikke får den nødvendige behandling, hvilket i sig selv kan forværre helbredssituationen og forværre akutte eller kroniske tilstande.

I dette kapitel analyseres de hjemløse borgeres brug af sundhedssystemet, dvs. alment praktiserende læge, speciallæger, hospitaler og skadestuer, på baggrund af oplysninger fra Sygesikringsregistret og Landspatientregistret. Analysen afgrænses til brugen af det somatiske sundhedssystem og inddrager således ikke brugen af det psykiatriske behandlingssystem. Indledningsvis vil vi se på resultater fra andre studier på området.

BARRIERER I SUNDHEDSVÆSENET

I en række amerikanske studier har man benyttet en inddeling i fire typer af barrierer, som hjemløse borgere kan støde på i mødet med sundhedsvæsenet (fx Crane & Warnes, 2001; Gillis & Singer, 1997; Kim m.fl., 2007; Kushel, Vittinghoff & Haas, 2001; Savage m.fl., 2006). De fire typer af barrierer er henholdsvis økonomiske, administrative, organisatoriske og personlige. De er opsummeret i boks 6.1. I en dansk kontekst – herunder med et universelt, offentligt sundhedssystem – vil den relative betydning af disse barrierer være en anden, men det kan alligevel være gavnligt at benytte denne grundlæggende inddeling som udgangspunkt.

BOKS 6.1

Barrierer for hjemløses brug af sundhedsydelser.

Barrierer	Forklaring
Økonomiske	Egenbetaling for behandling, transportomkostninger, medicinomkostninger.
Administrative	Nødvendigt med forudgående aftale og henvisning, lange ventetider, begrænsede åbningstider.
Organisatoriske	Mange forskellige sundhedsudbydere, sundhedspersonalet er ikke positivt indstillet over for marginaliserede borgere.
Personlige	Manglende tro på, at sundhedsvæsenet kan og vil hjælpe, misbrug og psykisk sygdom gør sundhed til et sekundært behov.

Økonomiske barrierer opstår, når der er udgifter forbundet med at modtage sundhedsbehandling. De hjemløse borgere, som oftest er en økonomisk presset gruppe, vil prioritere mere akutte behov som mad, et sted at sove og eventuelt et misbrug højere end sundhedsydelser, så længe sundhedsproblemerne ikke er akutte. Dette vil føre til et mindre forbrug

af forebyggende og ikke-akutte sundhedsydelse i forhold til den øvrige befolkning. Finansielle barrierers betydning understøttes af en række amerikanske undersøgelser, som viser, at hjemløse borgere, som har en sundhedsforsikring, har flere besøg hos ikke-akutte sundhedsudbydere end hjemløse borgere uden sundhedsforsikring (Kreider & Nicholson, 1997; Kushel, Vittinghoff & Haas, 2001; O'Toole m.fl., 1999). Imidlertid benyttes den vederlagsfrie skadestue ikke mere af hjemløse borgere uden forsikring i forhold til forsikrede hjemløse borgere (Kushel, Vittinghoff & Haas, 2001).

Det danske sundhedssystem er i modsætning til i USA offentligt finansieret. Alle, som har bopæl i Danmark og er tilmeldt folkeregistret, har ret til en række gratis ydelser. Kun meget få ydelser kræver egenbetaling, og disse findes næsten alle inden for tandplejen. Der er dog en egenbetaling knyttet til medicinudgifter op til et vist niveau. Økonomiske barrierer må derfor antages at være af mindre betydning i Danmark end i lande, hvor sundhedssystemet primært finansieres igennem private forsikringsordninger. Således bør man forvente et relativt højere forbrug af sundhedsydelser blandt hjemløse borgere i Danmark sammenlignet med lande uden et universelt sundhedssystem. Dog vil man i Danmark kunne forvente et mindre forbrug af tandlæger blandt de hjemløse borgere i forhold til den øvrige befolkning, da der er en stor grad af egenbetaling på denne ydelse. I rapporten *Dårligt liv – dårligt helbred* angiver en gruppe socialt udsatte dårlig økonomi som den største barriere for regelmæssig benyttelse af tandlæge (Pedersen, 2009, s. 36).¹⁷ Det skal dog i den forbindelse nævnes, at der findes forskellige tilskuds- og gratisordninger for hjemløse borgere og andre socialt udsatte i Danmark (Pedersen, 2009, s. 35). På Mændenes Hjem og Kofoeds Skole i København findes den gratis tandlægehjælp ”Bisserne”. Endvidere kan personer, som ikke selv har økonomisk mulighed for at betale udgifterne til tandbehandling, få tilskud hertil ifølge lov om aktiv socialpolitik § 82. Endelig er der mulighed for tandlægebesøg under fængselsophold.

Administrative barrierer kan tænkes at spille en større rolle i hjemløse borgeres møde med sundhedsvæsenet. Selv hvis sundhedsydelser er gratis for borgeren, kan socialt udsatte borgere alligevel støde på forhindringer, der kræver planlægning og derfor kan virke afskrækkende.

17. Samtidig skal det nævnes, at medicin er omfattet af brugerbetaling. Dette har imidlertid ikke en direkte relation til brugen af sundhedsvæsenet, og brugen af medicin vil ikke blive belyst i denne analyse.

For eksempel kræver de fleste sundhedsydelse en forudgående aftale og eventuelt en henvisning, ligesom der kan være lang ventetid på behandling, og der hos mange sundhedsudbydere er en begrænset åbningstid.¹⁸ I forhold til spørgsmålet om administrative barrierer indtager den praktiserende læge en speciel rolle, da han/hun fungerer som en ”gatekeeper” i forhold til resten af sundhedssystemet. Man skal i de fleste tilfælde til praktiserende læge for at kunne blive henvist videre til speciallæge eller hospital. Dermed er det i de fleste tilfælde lettere at få kontakt til alment praktiserende læge end speciallæger og hospital, da sidstnævnte kræver en henvisning og dermed en længere ventetid og et større planlægningselement. Dog kan man blive indlagt på hospital via skadestuen.

Der er også en række administrative barrierer for brugen af alment praktiserende læge. I de fleste tilfælde er det nødvendigt at bestille tid hos egen praktiserende læge inden konsultation, og man kan normalt kun komme til lægen i tidsrummet 9-16. Man skal derfor ofte vente (højest 5 dage) på at få en tid, man skal møde op på det aftalte tidspunkt, og man skal kunne komme i lægens åbningstider (Landsoverenskomst om almen lægegerning). Det kan være et problem for hjemløse borgere, da man i mange tilfælde vil skulle planlægge sit besøg hos lægen flere dage i forvejen. Der findes dog også læger, som har fri konsultation for egne patienter nogle timer om ugen. Der er også mulighed for telefonkonsultation, og er der tale om alvorlig og/eller akut sygdom, kan man ofte få tid samme dag. Endelig er det muligt at henvende sig til vagtlægen uden for almindelig konsultationstid. Endvidere kan man som udgangspunkt kun tage kontakt til *egen* læge angående sundhedsproblemer (som medlem af sygesikringsgruppe 1, hvilket langt de fleste borgere er). Hvis man ikke ved eller har glemt, hvem egen læge er, har man ikke mulighed for at henvende sig til en anden praktiserende læge. En borger, der befinder sig

18. Der er dog forskel på disse administrative barrierer i forskellige dele af sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt at forstå den grundlæggende organisering af det danske sundhedsvæsen, der overordnet kan opdeles i to dele: Det primære sundhedssystem bestående af de alment praktiserende læger og speciallæger inklusive tandlæger og det sekundære sundhedssystem, som består af sygehuse, herunder skadestuer og ambulatorier. Regionerne administrerer og styrer sygehuse, mens udbuddet af de primære sundhedsydelser varetages af private klinikker/praksisser, da de praktiserende læger og speciallæger er selvstændige erhvervsdrivende. Da de primære sundhedsydelser leveres lokalt, betyder det en vis forskellighed i servicen blandt udbydere. Eksempelvis har nogle læger åben konsultation for at give patienterne mulighed for at komme til lægen uden forudbestilt tid – andre læger har ikke sådanne tilbud. Sundhedsområdet er imidlertid udsat for omfattende lovregulering, hvorfor grænserne for forskelligheden er snævre. I denne undersøgelse omtaler vi derfor sundhedssystemet som et samlet system, hvor borgerne kan forvente en vis ensartet service og standard.

i en hjemløshedssituation, risikerer at miste sine ting, heriblandt sygesikringskort, hvilket kan besværliggøre kontakt til almen læge (Pedersen, 2009, s. 39). Og endelig, har man optrådt truende eller voldeligt i forbindelse med et lægebesøg, kan det betyde, at man ikke kan komme til lægen, uden at politiet er til stede (jf. Landsoverenskomst om almen lægegering).

Organisatoriske barrierer kan tænkes at opstå som en følge af det opdeltede primære sundhedssystem. Der findes mange forskellige former for speciallæger, hvilket kan gøre det svært for socialt udsatte borgere at vide, hvor de skal henvende sig med et sundhedsproblem. Dette vil formentlig bevirke, at hjemløse borgere ofte henvender sig til de sundhedsudbydere, som er mest kendte, såsom alment praktiserende læge og skadestuerne, mens de i mindre grad er opmærksomme på de sundhedsydelser, som speciallægerne kan tilbyde. Man kan derfor forestille sig, at de organisatoriske barrierer i høj grad går ud over de hjemløse borgers brug af speciallæger. Dog skal det bemærkes, at alment praktiserende læger har en forpligtelse til at henvise patienter videre til speciallæger, når det er nødvendigt. Dette burde gøre denne barriere mindre i det omfang, at almen læge formår at udfylde denne rolle.

Et andet aspekt, hvad der i litteraturen karakteriseres som organisatoriske barrierer, er sundhedspersonalets indstilling og adfærd over for marginaliserede grupper. Hvis sundhedspersonalet opfatter det som nyttesløst at hjælpe den hjemløse borger eller har vanskeligt ved at rumme borgeren, kan dette føre til utilstrækkelig behandling af de hjemløse borgere og virke afskrækkende på fremtidig kontakt. I rapporten *Dårligt liv – dårligt helbred* fortæller socialt udsatte om deres meget forskelligartede oplevelser af mødet med sundhedspersonalet på fx skadestuer og ved indlæggelse. Flere af interviewpersonerne beretter om gode oplevelser, hvor de er blevet mødt med megen venlighed og forståelse. Andre føler dog, at de ofte bliver mødt med en nedladende og nedværdigende tone; at de bliver mødt som ”misbruger” eller ”hjemløs” i stedet for som patient (Pedersen, 2009, s. 43). De dårlige oplevelser begrænser sig ikke kun til en nedladende omgangstone. Flere af de interviewede har til tider haft indtryk af at skulle vente længere end ”normale” patienter og ligefrem at blive nægtet behandling, fordi deres problemer ikke bliver taget alvorligt (ibid., s. 47). Disse dårlige oplevelser manifesterer sig som en indirekte barriere i form af en svækket tillid til sundhedssystemet og som en mere direkte barriere i form af reelt dårligere sundhedspleje.

Den mistillid, som de dårlige erfaringer med sundhedssystemet opbygger, kan komme til at fungere som en personlig barriere hos de hjemløse borgere. Følelsen af, at ”systemet” har svigtet dem og ikke er interesseret i at hjælpe dem, kan virke afskrækkende i forhold til fremtidig kontakt. Andre alvorlige personlige barrierer hænger sammen med, at sundhed ofte bliver degraderet til et sekundært behov blandt borgere, der befinder sig i en hjemløshedssituation. Sundhedsproblemer bliver nedprioriteret, da den daglige kamp for at finde mad og tag over hovedet er den primære bekymring. Samtidig fylder misbrug og psykisk sygdom meget hos mange hjemløse borgere, og især stofmisbrug kommer hurtigt til at overskygge alt andet i hverdagen. Disse personlige forhold gør, at mange hjemløse borgere først tager kontakt til sundhedsvæsenet i nødstilfælde, hvor problemerne bliver akutte og i mange tilfælde livstruende (Pedersen, 2009, s. 39).

Der er ikke grund til at antage, at personalets adfærd indvirker forskelligt på hjemløse borgeres forbrug af de enkelte sundhedsydelser. Der er således ikke grund til at tro, at personalet hos speciallæger skulle være mere negativt indstillet over for hjemløse borgere end alment praktiserende læger for eksempel. På samme måde forventes personlige barrierer – manglende tillid til sundhedssystemet og nedprioritering af sundhedsproblemer – også at påvirke indstillingen til sundhedsvæsenet bredt. Disse barrierer kan, i det omfang de eksisterer, generelt antages at mindske de hjemløse borgeres brug af alle sundhedsydelser.

På baggrund af de ovenstående overvejelser vil man forvente, at de hjemløse borgere i høj grad benytter skadestuerne, da disse har de færreste barrierer; man kan komme uden at bestille tid i forvejen, og der er mulighed for at kunne få løst mange forskellige sundhedsproblemer på et og samme sted. Det er dog som nævnt svært at bruge skadestuen til ikke-akutte problemer. I stedet vil man forvente, at de hjemløse borgere også i højere grad henvender sig til den alment praktiserende læge med ikke-akutte sundhedsproblemer, da man ikke behøver henvisning for at få en tid.

De sundhedsudbydere, som har flest barrierer, er tandlægen og speciallægen. Det er omkostningsfyldt at gå til tandlæge, mens man hos speciallæger ofte må vente lang tid på behandling, medmindre der er tale om et akut problem. Hos mange af speciallægerne er det yderligere nødvendigt med en henvisning fra egen læge eller hospital. Det er derfor forventeligt, at de hjemløse borgere henvender sig mindst til disse udbydere.

Hospitalerne indtager en form for mellemposition med hensyn til barrierer. For at modtage behandling på hospitalet er det i reglen nødvendigt med en henvisning. Derudover vil der ofte også forekomme ventetider på behandling på hospitalerne. Men hospitalerne modtager også akutte patienter, og det er muligt at blive indlagt på hospitalerne via skadestuen. Samtidig har sygehusene i modsætning til special- og tandlægerne mulighed for at tage stilling til flere sundhedsproblemer på et og samme sted. Har den hjemløse borger et akut problem, uanset karakter, er det dermed muligt at henvende sig til skadestuen/hospitalet og blive indlagt.

SPECIALISEREDE SUNDHEDSTILBUD TIL HJEMLØSE BORGERE

Når vi har omtalt sundhedssystemet, har vi foreløbig overvejende haft fokus på de almindelige sundhedsinstitutioner i form af hospitaler og private lægepraksisser. Der findes imidlertid en række alternative sundhedstilbud rundt omkring i landet, som i høj grad retter sig mod de mest socialt udsatte borgere i samfundet.

Som en del af Københavns Kommunes tilbud til hjemløse borgere og andre socialt udsatte borgere findes for eksempel SundhedsTeam, som er en sundhedsfaglig indsats rettet mod de borgere, som ønsker hjælp, men som ikke selv formår at opsøge den. Teamet består af fire sygeplejersker og en læge, der laver opsøgende gadearbejde. Teamet fungerer som et kontaktfremmende bindeled mellem sundhedssystemet og socialt udsatte borgere, men udfører også selv behandling og diagnosticerende lægearbejde. På det tandlægefaglige område findes i en københavnsk kontekst "Bisserne" på Mændenes Hjem og Kofoeds Skole. "Bisserne" formidler kontakt til privat tandlægehjælp, men udfører i høj grad også selv både forebyggende og akut tandbehandling omkostningsfrit for de mest socialt udsatte borgere. Lignende tilbud findes også i andre større byer rundt om i landet. Disse alternative sundhedstilbud fungerer typisk som almindelige lægepraksisser på den måde, at de har ydernumre som almen lægepraksis eller tandlægepraksis. De enkelte sundhedstilbud fører journal med deres patienter, og behandlingerne registreres i Sygesikringsregistret på lige fod med anden lægebehandling. I forhold til opgørelsen af de hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser betyder det, at der ikke er mørketal i forbindelse med de alternative sundhedstilbud, der registreres som almindelig praksis, men samtidig at vi i vores analyser ikke kan skelne mellem behandlinger foretaget af sådanne tilbud versus en ordinær almen lægepraksis.

Ud over de nævnte specialiserede sundhedstilbud, så har en række herberger/væresteder ofte tilknyttet sundhedspersonale, fx en sygeplejerske, som kan hjælpe med mindre sundhedsproblemer som rensning af sår og pålægning af bandage.

Eksistensen af alternative sundhedstilbud rettet mod hjemløse borgere øger generelt adgangen til forskellige sundhedsydelser for hjemløse borgere. I det omfang disse registreres som almindelig praksis, risikerer vi således i analyserne at overvurdere, hvor meget hjemløse borgere formår at bruge almindelige offentlige sundhedsydelser. Omvendt betyder alternative, men ikke-registrerede sundhedsfaglige indsatser, såsom at blive tilset af en sygeplejerske på et herberg, at vi i vores analyser undervurderer hjemløse borgeres egentlige adgang til sundhedsydelser.

ANDRE STUDIER AF HJEMLØSE BORGERES BRUG AF SUNDHEDSVÆSENET

I en dansk kontekst findes ikke mange studier af mødet mellem hjemløse borgere og sundhedsvæsenet. Flere tilbud til hjemløse borgere og andre socialt udsatte i København har dog regelmæssigt udgivet rapporter om deres indsatser. I disse rapporter konstateres det ofte, at sundhedspersonalet i både den primære og sekundære sundhedssektor ikke er gearret til at håndtere de mest socialt udsatte, og at man ofte må være behjælpelige med at få den hjemløse borger til at opsøge sundhedssystemet, huske konsultationer, hjælpe med transport osv. Det konstateres også, at en del hjemløse borgere helt har mistet kontakt til egen læge, og at mange andre har et anstrengt forhold til vedkommende. Dermed står de uden adgang til store dele af sundhedsvæsenet. SundhedsTeam finder i en årsrapport, at 57 pct. af teamets patienter (680 adspurgte) ikke kender egen læge. 43 pct. kender egen læge, men vil eller kan ikke benytte lægens praksis (SundhedsTeam, 2008, s. 37). I en rapport fra gadesygeplejerskerne ved Mariakirken oplyses det, at 13 pct. af de 52 interviewede stofmisbrugere ikke havde en læge, mens yderligere en tredjedel af stofmisbrugerne ikke havde kontakt til lægen eller ikke kunne huske den sidste konsultation (Fich & Brünés, 1999).¹⁹ En evalueringsrapport for Sundhedsprojektet,

19. Interviewpersonerne i denne undersøgelse er stofmisbrugere, som har deres gang ved Mariakirken i København. Dermed omhandler undersøgelsen strengt taget ikke kun hjemløse borgere, dog er 60 pct. af de adspurgte hjemløse.

kontaktstedet Mændenes Hjem og kontaktstedet Forchammersvej finder, at kun 36 pct. af brugerne har kontakt til egen læge. Derimod har 72 pct. af brugerne en kontakt til hospitalsvæsenet (Københavns Kommune, 2005).

Undersøgelser af mere landsdækkende karakter er sjældnere. Her er det især de forskellige undersøgelser, som Rådet for Socialt Udsatte har udgivet i perioden 2007-2012, der har kortlagt sundhed, sygelighed og trivsel blandt socialt udsatte i Danmark. Undersøgelsen SUSY UDSAT 2007 havde til formål at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed, sygelighed og trivsel blandt socialt udsatte og sammenligne med den generelle danske befolknings sundhedstilstand. Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse af 1.290 socialt udsatte, heraf 374 hjemløse, på herberger, væresteder, varmestuer, natcaféer, forsorgshjem og lignende sociale tilbud i mere end 40 danske byer. Undersøgelsen blev gentaget 5 år efter, og resultaterne beskrevet i rapporten SUSY UDSAT 2012. I 2012-undersøgelsen angav 48 pct. af de interviewede hjemløse borgere, at de havde været i kontakt med praktiserende læge inden for de sidste 3 måneder. 13 pct. havde været i kontakt med vagtlæge, 21 pct. med skadestue, 15 pct. med hospitalsambulatorium, og 23 pct. havde været indlagt på et hospital. Endvidere havde 29 pct. været i kontakt med sundhedsteam, gadesygeplejerske eller sundhedsklinik inden for de sidste 3 måneder. 36 pct. angav at have været til tandlæge inden for det sidste år. Ingen af disse tal havde ændret sig nævneværdigt siden 2007-undersøgelsen.

SUSY UDSAT-undersøgelserne sammenligner ikke disse tal med tal i den øvrige befolkning. I stedet har Rådet for Socialt Udsatte udgivet en rapport med titlen *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*, hvor de knytter oplysninger fra Landspatientregistret og Sygesikringsregistret til interviewpersonerne fra SUSY UDSAT 2007 og undersøger forskelle i brugen af sundhedsydelse mellem socialt udsatte borgere og den øvrige befolkning. I denne rapport blev der ikke skelnet mellem forskellige grupper af socialt udsatte. Undersøgelsen påviste en generel overhyppighed i brugen af sundhedsydelse blandt socialt udsatte borgere sammenlignet med den øvrige befolkning. Overhyppigheden blandt socialt udsatte er størst for benyttelsen af skadestuer og indlæggelser. For en 5-års-periode konstateres det, at omkring dobbelt så mange personer blandt de socialt udsatte har været indlagt på hospital eller været på skadestuen sammenlignet med den øvrige befolkning. Dertil kommer, at mere end dobbelt så

mange blandt de socialt udsatte har brugt vagtlægen, og 20 pct. flere har brugt almen læge. Mere overraskende er det, at undersøgelsen også finder en overhyppighed i brugen af mere specialiserede lægeydelser blandt socialt udsatte borgere. Blandt de socialt udsatte kvinder var der 19 pct. flere, der benyttede øre-næse-hals-læge og anden speciallæge og 10 pct. flere, der benyttede tandlæge sammenlignet med kvinder i den generelle befolkning. Blandt de socialt udsatte mænd findes dog en underhyppighed af brugen af speciallæge og tandlæge sammenlignet med mænd i den generelle befolkning.

Resultaterne fra *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet* kan altså forekomme modstridende i forhold til resultaterne fra andre undersøgelser. Mens nogle studier (Fich & Brünés, 1999; Københavns Kommune, 2005; SundhedsTeam, 2008) viser, at en stor gruppe blandt de hjemløse borgere slet ikke benytter sundhedssystemet og især har problemer med kontakten til alment praktiserende læge, så viser rapporten fra Rådet for Socialt Udsatte, at der er flere blandt de socialt udsatte borgere end i den generelle befolkning, som bruger de enkelte sundhedsydelser.

I det følgende vil vi forsøge at nuancere dette umiddelbare modsætningsforhold. Vi finder, at det ikke altid er en større andel blandt de hjemløse borgere end i den øvrige befolkning, som bruger de enkelte sundhedsydelser. Til gengæld bruger de hjemløse borgere, der *har* kontakt til sundhedssystemet, det relativt mere end de i den øvrige befolkning, der har kontakt til systemet. Derudover skal det siges, at rapporten *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet* ikke kan sammenlignes direkte med vores analyse, da rapporten baserer sig på en bredere population af socialt udsatte. I indeværende undersøgelse vil vi se mere specifikt på hjemløshed og siden kontrollere for andre udsathedsfaktorer og analysere deres relative betydning for brugen af sundhedsydelser.

HJEMLØSE BORGERES BRUG AF SUNDHEDSYDELSER

I dette kapitel beskriver vi hjemløse borgeres brug af forskellige sundhedsydelser med et fokus på, hvor der er tegn på barrierer i deres møde med sundhedsvæsenet. Det forhold, at hjemløse borgere generelt har flere helbredsproblemer end den øvrige befolkning, gør det imidlertid svært at undersøge, hvorvidt de oplever flere barrierer. Bruger de hjemløse borgere eksempelvis en given sundhedsydelse mere end den øvrige

befolkning, er dette ikke nødvendigvis et tegn på, at de hjemløse borgere ikke støder på barrierer i mødet med sundhedsvæsenet. Dette merforbrug kan også skyldes, at de har mere brug for sundhedsydelserne, og at de, såfremt der ikke fandtes barrierer, ville bruge systemet endnu mere.

En løsning vil være at undersøge, hvorvidt brugen af sundhedsydelser afviger mellem hjemløse borgere og den øvrige befolkning, når der kontrolleres for forskelle i sygdomsforekomst. Ved at kontrollere for sygdomsforekomst kan det undersøges, hvorvidt en hjemløs borger og en person i den øvrige befolkning med samme type sygdom benytter relevante sundhedsydelser i lige høj grad. En sådan kontrol for sygdomsforekomst er imidlertid forbundet med vanskeligheder. For det første vil det være nødvendigt at se på hver sygdom for sig, da forskellige sygdomme medfører forskellige behov for sundhedsydelser. Vi ville dermed ikke umiddelbart kunne benytte de 15 undersøgte sygdomsgrupper, da der i disse grupper indeholder mange forskellige sygdomme, som kan have forskellig betydning for behovet for sundhedsydelser. Dertil kommer, at der kan være forskel på behovet for sundhedsydelser fra patient til patient med den samme sygdom, fx fordi patienterne kan være forskellige steder i sygdomsforløbet eller på grund af forskelle i immunforsvar og livsstil. Det mest fundamentale problem med kontrol for sygdomsforekomst er dog af metodologisk karakter. Da den afhængige variabel (brug af sundhedsydelser) er en konsekvens af en registrering af den foreslåede kontrolvariabel (sygdomsforekomst), vil sammenhængen imellem dem i et vist omfang være endogen. Sygdomsdiagnoserne stilles i forbindelse med indlæggelse på et hospital, hvorfor de to variable ikke kan betragtes som uafhængige af hinanden. På den måde kan vi ikke ud fra data om sygdomsmønster og brug af sundhedsydelser belyse, om de hjemløse borgere er over- eller underbehandlede for bestemte typer af sygdomme.

I dette kapitel om hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser beskriver vi først de hjemløse borgeres samlede mængde af årlige kontakter til sundhedsvæsenet for perioden 2005-2009 og sammenligner med den øvrige befolkning. Vi ser på sammensætningen af disse kontakter blandt hjemløse borgere og i den øvrige befolkning og ser på forskelle i, hvilke læge- og hospitalsydelser der benyttes. Dermed ser vi på, hvilke sundhedsudbydere der relativt set udgør en større eller mindre del af de hjemløse borgeres samlede brug af sundhedsydelser sammenlignet med den øvrige befolkning. Sådanne forskelle kan bunde i forskellige

sygdomsmønstre imellem de to grupper, men kan også være et tegn på eksistensen af barrierer i adgangen til sundhedsudbydere.

Derefter går vi i dybden med de enkelte typer af kontakt til sundhedsvæsenet. Vi ser på, hvor mange hjemløse borgere der bruger de enkelte ydelsestyper, og omfanget af brugen af disse ydelser. Det udregnes, hvor meget mere eller mindre end den øvrige befolkning de hjemløse borgere gennemsnitligt bruger sundhedsydelserne, og disse relative værdier aldersstandardiseres, så vi får et overordnet mål for forskellen på hjemløse borgere og den øvrige befolknings brug af sundhedsydelser.

Afslutningsvis anvender vi regressionsanalyser af brugen af sundhedsydelser for at tage højde for flere faktorer. Med regressionsanalyserne af de hjemløse borgeres sygelighed bliver det klart, at en del af oversygeligheden blandt hjemløse borgere kan tilskrives en række andre udsathedsfaktorer og socioøkonomiske forhold. Regressionsanalyserne af hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser kan derfor ses som en indirekte kontrol for sygelighed. De giver et mere pålideligt mål for, hvorvidt hjemløse borgere oplever barrierer i sundhedsvæsenet ved at afdække, om et eventuelt merforbrug af sundhedsydelser stadig findes blandt hjemløse borgere, når vi kontrollerer for de mest centrale øvrige udsathedsfaktorer – særligt alkohol- og stofmisbrug samt psykiske lidelser.

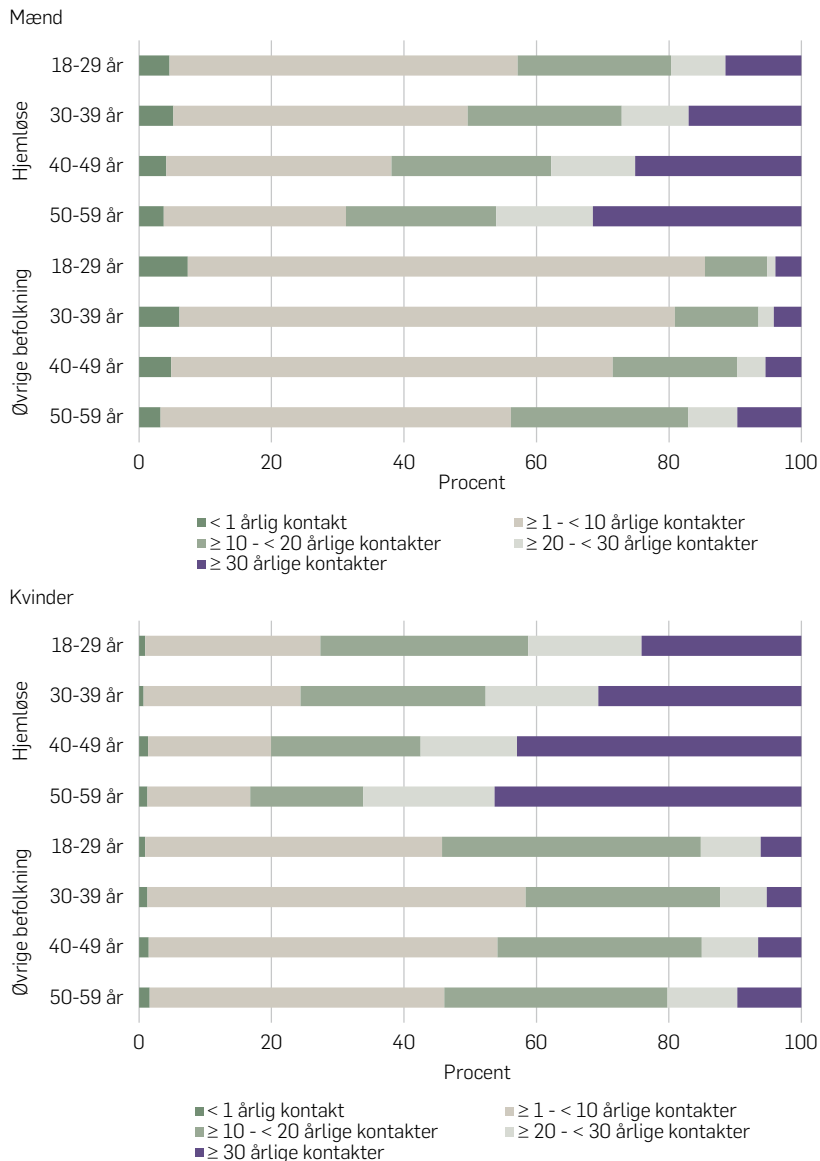
ANALYSE AF DEN SAMLEDE BRUG AF SUNDHEDSYDELSER

Indledningsvis ser vi på det samlede brug af sundhedsydelser blandt hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning. Det samlede brug af ydelser er her gjort op som det gennemsnitlige antal kontakter til både den primære sundhedssektor (almen læge, vagtlæge, speciallæge og tandlæge)²⁰ og den sekundære sundhedssektor (indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg).

20. Sygesikringsregistret indeholder også andre kontakter til den primære sundhedssektor, som vi har valgt at udelade fra denne analyse. Det er fx kontakter til fysioterapeut, kiropraktor, optiker mv.

FIGUR 6.1

Befolkningen fordelt efter antal årlige kontakter til sundhedsvæsenet (almen læge, vagtlæge, speciallæge, tandlæge, indlæggelse, ambulans kontakt, skadestue), særskilt for hjemløse og øvrige befolkning, alder og køn. 2005-2009. Procent



Anm.: Der er tale om gennemsnitligt antal årlige kontakter, hvorfor vi har at gøre med en kontinuert skala.

Kilde: Egne beregninger.

Figur 6.1 viser for henholdsvis hjemløse borgere og den øvrige befolkning, særskilt for køn og alder, fordelingen af årlige kontakter til sundhedsvæsenet. Det ses for både mænd og kvinder og for alle aldersgrupper, at en betydelig del af de hjemløse borgere har væsentligt flere kontakter til sundhedsvæsenet end den øvrige befolkning. Aldersstandardiseres forskellen i brugen af sundhedsydelser mellem hjemløse borgere og den øvrige befolkning, finder vi, at hjemløse mænd gennemsnitligt har 2,09 gange så mange årlige kontakter til sundhedsvæsenet som mænd i den øvrige befolkning, mens hjemløse kvinder gennemsnitligt har 2,25 gange så mange årlige kontakter som kvinder i den øvrige befolkning.

Med udgangspunkt i disse tal kan vi se på, hvordan kontakten til sundhedsvæsenet fordeler sig på forskellige sundhedsydelser. Vi ser på, hvor stor en andel af den samlede kontakt til sundhedsvæsenet der udgøres af kontakter til henholdsvis almen læge, vagtlæge, speciallæge og tandlæge samt af hospitalsindlæggelser, ambulante indlæggelser og skadestueindlæggelser. Dermed undersøges det, hvorvidt hjemløse borgere benytter de samme sundhedsydelser som den øvrige befolkning, eller om hjemløse borgere henvender sig til de sundhedsudbydere, der har færrest barrierer, når de har et sundhedsproblem.

Figur 6.2 og 6.3 viser for henholdsvis mænd og kvinder blandt de hjemløse borgere og i den øvrige befolkning sammensætningen af brugen af sundhedsydelser. Figureerne begrænser sig til at vise aldersgruppen af 30-39-årige. Figurer for de øvrige aldersgrupper findes i bilag 1 og viser generelt, at sammensætningen af brugen af sundhedsydelser er nogenlunde ens på tværs af aldersgrupper for både mænd og kvinder blandt hjemløse borgere og i den øvrige befolkning.

Den hyppigste form for kontakt for både mænd og kvinder blandt de hjemløse borgere og i den øvrige befolkning er kontakten til almen læge, som for alle grupper udgør mere end to tredjedele af kontakterne til sundhedsvæsenet. Som forventet udgør kontakten til almen læge en større andel af den samlede brug af sundhedsydelser for de hjemløse borgere end i den øvrige befolkning med en forskel på knap 10 procentpoint for både mænd og kvinder. Vagtlæge udgør omkring 2 pct. af kontakterne blandt hjemløse borgere mod omkring 1 pct. af kontakterne blandt den øvrige befolkning.

Kontakter til den øvrige del af den primære sundhedssektor (speciallæge og tandlæge) udgør omvendt en væsentligt mindre andel af den samlede brug af sundhedsydelser for de hjemløse borgere sammen-

lignet med den øvrige befolkning. Det skyldes forskelle i benyttelsen af speciallæge og tandlæge, som samlet udgør 6 pct. af sundhedsydelser blandt både mandlige og kvindelige hjemløse borgere mod 21 pct. blandt mænd og 19 pct. blandt kvinder i den øvrige befolkning i alderen 30-39 år. Her synes altså at være tegn på store forskelle i brugen af mere specialiseret lægehjælp.

Kontakter til den sekundære sundhedssektor udgør en noget større andel af den samlede brug af sundhedsydelser for hjemløse borgere end for den øvrige befolkning. Blandt hjemløse borgere i alderen 30-39 år udgør kontakter til hospitalsvæsenet således 15 pct. af de samlede kontakter til sundhedsvæsenet for hjemløse mænd og 11 pct. for hjemløse kvinder. For den øvrige befolkning er andelen 9 pct. for mænd og 7 pct. for kvinder. Mens skadestuekontakter og indlæggelser hver udgør 1 pct. af det samlede brug af sundhedsydelser blandt kvinder i den øvrige befolkning, så udgør de hver 4 pct. af hjemløse kvinders samlede brug af sundhedsydelser. Ligeledes udgør skadestuekontakter og indlæggelser henholdsvis 3 pct. og 2 pct. af det samlede brug af sundhedsydelser blandt mænd i den øvrige befolkning, mens de udgør henholdsvis 6 pct. og 5 pct. af hjemløse mænds samlede brug af sundhedsydelser.

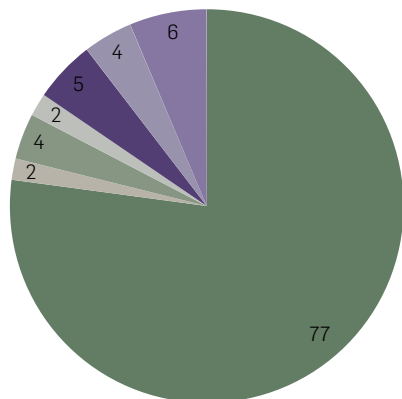
Sammensætningen af hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser ligger i tråd med de umiddelbare forventninger. I det primære sundhedssystem er det især i adgangen til specialiseret lægehjælp, at der ses tegn på barrierer for de hjemløse borgere. Det lavere forbrug af tandlæge blandt de hjemløse borgere relativt til den øvrige befolkning skyldes formentlig en kombination af økonomiske barrierer, og at det kan være vanskeligt at have overskud til at opsøge tandbehandling, hvis man befinder sig i en hjemløshedssituation. For de øvrige speciallægers vedkommende er barrieren formentlig i højere grad af administrativ karakter og kan skyldes, at man ofte ikke kan henvende sig direkte til disse udbydere, men at kontakt forudsætter en henvisning fra egen læge og dermed en længere ventetid og et større planlægningsmoment. Hjemløse borgere benytter i højere grad almen læge og vagtlæge, hvor barriererne er færre og adgangen mere umiddelbar. Hjemløse borgere benytter også det sekundære sundhedssystem relativt mere end den øvrige befolkning. Dog har hjemløse borgere relativt færre ambulante kontakter, hvilket igen kan skyldes administrative barrierer i form af henvisning og ventetid til sådanne indgreb samt vanskeligheder ved at følge et regelmæssigt ambulante behandlings-

forløb. Skadestuerne, hvor der er mere direkte adgang, bruger de hjemløse borgere relativt hyppigere, og de bliver også indlagt relativt ofte.

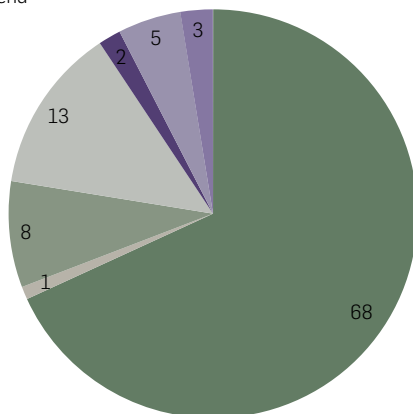
FIGUR 6.2

Mænd i alderen 30-39 år fordelt efter brugen af sundhedsydelser, særsilt for hjemløse og øvrig befolkning, 2005-2009. Procent.

Hjemløse, mænd



Øvrige befolkning, mænd



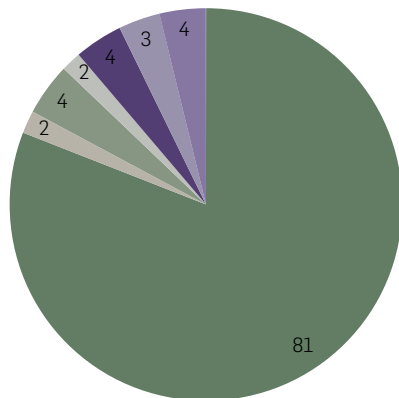
- Almen læge
- Vagtlæge
- Speciallæge
- Tandlæge
- Indlæggelser
- Ambulante kontakter
- Skadestuekontakter

Kilde: Egne beregninger.

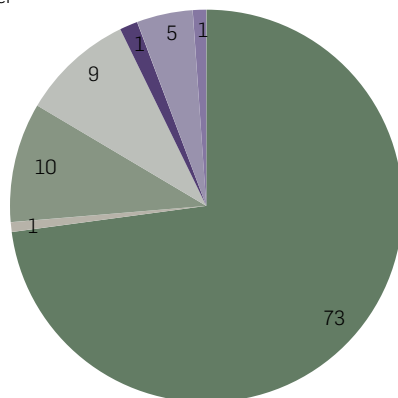
FIGUR 6.3

Kvinder i alderen 30-39 år fordelt efter brugen af sundhedsydelser, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning, 2005-2009. Procent.

Hjemløse, kvinder



Øvrige befolkning, kvinder



- Almen læge
- Vagtlæge
- Speciallæge
- Tandlæge
- Indlæggelser
- Ambulante kontakter
- Skadestuekontakter

Kilde: Egne beregninger.

ANALYSE AF BRUGEN AF DE ENKELTE SUNDHEDSYDELSE

Vi vil nu se på brugen af de enkelte sundhedsydelser separat og analysere, hvor stor en andel af de hjemløse borgere og den øvrige befolkning der benytter de forskellige sundhedsydelser, og hvor mange årlige kontakter de gennemsnitligt registreres med. Tabellerne 6.1-6.4 og 6.5-6.8 viser an-

delen af henholdsvis mænd og kvinder blandt de hjemløse borgere og i den øvrige befolkning, der har haft kontakt til de respektive sundhedsudbydere, samt det gennemsnitlige antal årlige kontakter i perioden 2005-2009. IRR-værdien beskriver, hvor mange gange hyppigere end den øvrige befolkning de hjemløse borgere gennemsnitligt benytter sig af hver enkelt sundhedsydelse.

Ser vi først på kontakter til almen læge, kan det konstateres, at der ikke er stor forskel på andelen, der har haft kontakt til almen læge i undersøgelsesperioden, blandt de hjemløse borgere og i den øvrige befolkning. Mindst 97 pct. af alle køns- og aldersgrupper blandt hjemløse og i den øvrige befolkning har således haft kontakt til almen læge i perioden 2005-2009. Betragter vi i stedet det gennemsnitlige antal kontakter pr. år, så er billedet et andet. Hjemløse borgere har omkring dobbelt så mange kontakter til almen læge som den øvrige befolkning, og især hos yngre mænd og ældre kvinder er merforbruget blandt hjemløse borgere stort.

De hjemløse borgere benytter sig i høj grad af vagtlægen. Fra en andel på 37 pct. hos de ældste hjemløse mænd til 61 pct. hos de yngste hjemløse kvinder. Det er generelt mere end dobbelt så store andele som i den øvrige befolkning. Det gennemsnitlige antal årlige kontakter til vagtlæge er i størrelsesordenen 3,34-7,21 gange højere blandt hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning, afhængigt af køn og alder. Overhyppigheden er størst blandt kvinder og især de ældre aldersgrupper.

Speciallæger er der generelt færre hjemløse borgere, der benytter sig af, sammenlignet med den øvrige befolkning. 39-48 pct. af de hjemløse mænd og 59-67 pct. af de hjemløse kvinder har benyttet sig af en eller flere speciallægeydelser i undersøgelsesperioden. Disse andele er omkring 10 procentpoint højere i den øvrige befolkning. Til gengæld adskiller det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge blandt hjemløse borgere sig ikke meget fra det gennemsnitlige antal i den øvrige befolkning. På tværs af køn og aldersgrupper ligger det relative IRR-mål (incidens-risiko-ratio) på omkring 1, hvilket vil sige, at der ikke er tydelig forskel på de hjemløse borgere og den øvrige befolkning på dette område.

Tandlæge benyttes som forventet betydeligt hyppigere i den øvrige befolkning sammenlignet med de hjemløse borgere. Knap 90 pct. af kvinderne og 80 pct. af mændene i den øvrige befolkning har således været til tandlæge i perioden 2005-2009, og de besøger i gennemsnit tandlægen én gang om året – bortset fra de yngste mænd, for hvem tandlæ-

gebesøg sker noget sjældnere. Blandt de hjemløse borgere er disse tal noget lavere. Godt 60 pct. af de hjemløse kvinder og omkring 50 pct. af de hjemløse mænd har været til tandlæge i undersøgelsesperioden. Hjemløse mænd går i gennemsnit til tandlægen hvert tredje eller fjerde år, mens hjemløse kvinder i gennemsnit går til tandlægen hvert andet eller tredje år, afhængigt af alder.

Den sekundære sundhedssektor, dvs. hospitaler og skadestuer, er generelt hyppigere benyttet af de hjemløse borgere end af den øvrige befolkning. Det gælder for alle typer af ydelser, og både hvad angår andelen, som benytter ydelserne, og antallet af kontakter. Især skadestuerne er velbesøgte af de hjemløse borgere. 70-80 pct. af de hjemløse borgere er således blevet behandlet på en skadestue i perioden 2005-2009, afhængigt af køn og alder. Det er dobbelt så høje andele som i den øvrige befolkning. Ser vi på antallet af årlige kontakter, finder vi, at afhængigt af alder besøger hjemløse mænd gennemsnitligt skadestuer 4-6 gange oftere end mænd i den øvrige befolkning, mens hjemløse kvinder besøger skadestuer 6-8 gange oftere end kvinder i den øvrige befolkning.

Der er også en stor andel af de hjemløse borgere, som har været indlagt på somatiske sygehusafdelinger i undersøgelsesperioden med 57-74 pct. af de mandlige og omkring 75 pct. af de kvindelige hjemløse. Det er mere end dobbelt så høje andele som i den øvrige befolkning, hvis vi ser bort fra den ældste og, for kvindernes vedkommende, den yngste aldersgruppe, hvor andelen af indlæggelser også er høj i den øvrige befolkning. Det gennemsnitlige antal årlige indlæggelser er for alle aldersgrupper mere end 3 – og op til 6,4 – gange højere blandt de hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning.

Hjemløse borgeres merforbrug af sundhedsydelser i det sekundære sundhedssystem er noget mindre, hvad angår ambulante kontakter. 65-74 pct. af de hjemløse mænd og 77-87 pct. af de hjemløse kvinder i de forskellige aldersgrupper har været indlagt ambulant. Det er 8-22 procentpoint flere end i den øvrige befolkning, afhængigt af køn og alder. Det gennemsnitlige antal årlige kontakter er 1,3-1,9 gange højere blandt hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning, afhængigt af køn og alder.

TABEL 6.1

Andelen af mænd i alderen 18-29 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt gennemsnitligt antal årlige kontakter, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning. 2005-2009. Procent og antal.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Hjemløse	Øvrig bef.	Hjemløse	Øvrig bef.	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	97,4	97,2	9,14	3,64	2,51	2,49-2,54
Vagtlæge	45,6	22,8	0,26	0,08	3,34	3,15-3,54
Speciallæge	39,2	46,0	0,51	0,48	1,05	1,01-1,09
Tandlæge	53,2	78,3	0,26	0,70	0,37	0,35-0,39
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	57,4	21,0	0,54	0,08	6,36	6,11-6,63
Ambulante kontakter	65,1	43,4	0,47	0,25	1,86	1,79-1,94
Skadestuekontakter	79,8	48,1	0,88	0,21	4,31	4,18-4,45

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.2

Andelen af mænd i alderen 30-39 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt gennemsnitligt antal årlige kontakter, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning. 2005-2009. Procent og antal.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Hjemløse	Øvrig bef.	Hjemløse	Øvrig bef.	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	97,5	97,1	11,17	4,37	2,55	2,53-2,57
Vagtlæge	40,5	19,5	0,25	0,06	3,90	3,71-4,11
Speciallæge	41,5	48,6	0,55	0,54	1,01	0,98-1,05
Tandlæge	48,1	79,8	0,27	0,84	0,32	0,31-0,34
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	63,0	23,7	0,73	0,11	6,43	6,23-6,62
Ambulante kontakter	69,3	48,4	0,59	0,32	1,83	1,77-1,89
Skadestuekontakter	75,5	42,0	0,92	0,16	5,58	5,44-5,74

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.3

Andelen af mænd i alderen 40-49 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt gennemsnitligt antal årlige kontakter, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning. 2005-2009. Procent og antal.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Hjemløse	Øvrig bef.	Hjemløse	Øvrig bef.	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	97,9	96,7	14,10	5,71	2,47	2,45-2,49
Vagtlæge	38,3	16,1	0,27	0,06	4,65	4,40-4,92
Speciallæge	44,4	53,3	0,63	0,65	0,96	0,93-0,99
Tandlæge	47,1	80,0	0,33	0,97	0,34	0,33-0,36
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	67,5	30,1	0,95	0,19	5,06	4,91-5,21
Ambulante kontakter	72,1	55,2	0,73	0,45	1,64	1,59-1,69
Skadestuekontakter	70,2	37,7	0,88	0,15	5,98	5,80-6,16

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.4

Andelen af mænd i alderen 50-59 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt gennemsnitligt antal årlige kontakter, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning. 2005-2009. Procent og antal.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Hjemløse	Øvrig bef.	Hjemløse	Øvrig bef.	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	97,5	97,2	15,23	7,61	2,00	1,98-2,02
Vagtlæge	36,5	16,2	0,25	0,06	3,97	3,65-4,31
Speciallæge	48,4	62,4	0,74	0,86	0,86	0,82-0,91
Tandlæge	44,2	78,7	0,38	1,06	0,36	0,34-0,38
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	74,1	41,2	1,04	0,33	3,14	3,02-3,28
Ambulante kontakter	73,8	66,1	0,88	0,68	1,30	1,25-1,36
Skadestuekontakter	69,0	35,4	0,74	0,14	5,23	4,99-5,49

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.5

Andelen af kvinder i alderen 18-29 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt gennemsnitligt antal årlige kontakter, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning. 2005-2009. Procent og antal.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Hjemløse	Øvrig bef.	Hjemløse	Øvrig bef.	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	99,4	99,5	16,87	9,00	1,87	1,85-1,90
Vagtlæge	61,4	33,2	0,50	0,13	3,79	3,50-4,10
Speciallæge	58,6	67,1	1,09	1,05	1,04	0,98-1,09
Tandlæge	67,6	88,0	0,39	0,87	0,44	0,40-0,48
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	78,2	60,6	0,90	0,28	3,25	3,07-3,45
Ambulante kontakter	86,9	77,5	0,96	0,69	1,40	1,32-1,48
Skadestuekontakter	77,7	37,5	1,02	0,14	7,19	6,80-7,61

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.6

Andelen af kvinder i alderen 30-39 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt gennemsnitligt antal årlige kontakter, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning. 2005-2009. Procent og antal.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Hjemløse	Øvrig bef.	Hjemløse	Øvrig bef.	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	99,2	99,4	19,92	7,81	2,55	2,52-2,58
Vagtlæge	54,9	23,2	0,46	0,08	5,45	5,07-5,85
Speciallæge	59,0	68,6	1,06	1,06	1,01	0,96-1,05
Tandlæge	62,2	87,9	0,41	0,99	0,41	0,38-0,44
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	74,0	33,8	0,98	0,16	6,19	5,89-6,50
Ambulante kontakter	81,0	62,2	0,84	0,49	1,71	1,62-1,80
Skadestuekontakter	73,8	33,4	0,94	0,12	7,86	7,47-8,26

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.7

Andelen af kvinder i alderen 40-49 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt gennemsnitligt antal årlige kontakter, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning. 2005-2009. Procent og antal.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Hjemløse	Øvrig bef.	Hjemløse	Øvrig bef.	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	99,5	99,0	25,03	8,45	2,96	2,93-2,99
Vagtlæge	51,4	18,8	0,52	0,07	7,21	6,72-7,74
Speciallæge	63,6	70,8	1,22	1,16	1,05	1,00-1,10
Tandlæge	63,7	88,0	0,53	1,13	0,47	0,44-0,50
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	74,5	32,3	1,08	0,18	5,86	5,58-6,15
Ambulante kontakter	79,3	64,2	0,94	0,56	1,67	1,59-1,76
Skadestuekontakter	71,9	33,7	0,92	0,12	7,59	7,20-8,00

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.8

Andelen af kvinder i alderen 50-59 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt gennemsnitligt antal årlige kontakter, særskilt for hjemløse og øvrig befolkning. 2005-2009. Procent og antal.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Hjemløse	Øvrig bef.	Hjemløse	Øvrig bef.	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	99,6	98,6	25,57	9,45	2,71	2,67-2,75
Vagtlæge	48,7	17,4	0,47	0,07	6,47	5,80-7,21
Speciallæge	66,8	72,9	1,45	1,28	1,13	1,07-1,20
Tandlæge	63,7	83,8	0,66	1,18	0,56	0,51-0,61
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	75,4	38,8	1,06	0,27	3,95	3,67-4,24
Ambulante kontakter	77,3	68,5	0,95	0,69	1,39	1,29-1,50
Skadestuekontakter	69,9	33,1	0,76	0,12	6,28	5,77-6,84

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

I tabel 6.9 betragter vi de samme fordelinger for de hjemløse borgeres brug af forskellige sundhedsydelser sammenholdt med den øvrige befolkning og foretager en aldersstandardisering for det gennemsnitlige antal af kontakter i form af aldersstandardiserede IRR-værdier. Her bekræftes det igen, at der blandt hjemløse borgere er et merforbrug af en række sundhedsydelser sammenlignet med den øvrige befolkning. Det er især tilfældet for skadestuekontakter, hospitalsindlæggelser samt kontakter til vagtlæge. På disse områder er de hjemløse borgeres merforbrug i størrelsesordenen 287-629 pct. De hjemløse borgere benytter almen læge ca. 2½ gange mere end den øvrige befolkning, mens vagtlægen benyttes ca. 4 gange mere af de hjemløse mænd og 5 gange mere af de hjemløse kvinder end mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Også hospitalsindlæggelser er langt mere hyppige for de hjemløse borgere med næsten 5 gange så mange indlæggelser for både hjemløse mænd og kvinder som i den øvrige befolkning. De hjemløse mænd har ligeledes 5 gange så mange skadestuebesøg som mænd i den øvrige befolkning, mens de hjemløse kvinder har 7 gange så mange skadestuebesøg som kvinder i den øvrige befolkning. Både hjemløse mænd og kvinder har omkring 50 pct. flere ambulante kontakter, mens det gennemsnitlige antal kontakter til speciallæge blandt hjemløse borgere er på niveau med antallet af kontakter i den øvrige befolkning. Tandlæge er den eneste sundhedsydelse, hvor de hjemløse borgere decideret har et mindre

forbrug end den øvrige befolkning. Hjemløse mænd har et forbrug af tandlægeydelser, der svarer til 35 pct. af forbruget i den øvrige befolkning blandt mænd, og hjemløse kvinder har et forbrug, der svarer til 46 pct. af forbruget i den øvrige befolkning blandt kvinder.

TABEL 6.9

Aldersstandardiserede incidens-risiko-ratioer for brug af forskellige sundhedsydelser mellem hjemløse borgere og den øvrige befolkning, særskilt for sundhedssektor og køn.

	Hjemløse mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning		Hjemløse kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning	
	IRR	95 pct. CI	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>				
Almen læge	2,35	2,33-2,37	2,50	2,48-2,53
Vagtlæge	3,87	3,63-4,11	5,40	4,90-5,96
Speciallæge	0,96	0,94-0,99	1,04	1,00-1,07
Tandlæge	0,35	0,33-0,36	0,46	0,44-0,48
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>				
Indlæggelser	4,80	4,61-4,98	4,66	4,37-4,96
Ambulante kontakter	1,61	1,57-1,66	1,54	1,47-1,61
Skadestuekontakter	5,21	5,02-5,42	7,29	6,72-7,90

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

Det er tydeligt, at hjemløse borgere primært anvender sundhedsydelser med færrest mulige administrative barrierer. I det primære sundhedssystem er det især almen læge og vagtlæge, hvortil der er relativt direkte adgang, som de hjemløse borgere benytter. De hjemløse borgere bruger generelt det sekundære sundhedssystem meget, og ved skadestuekontakter og indlæggelser er merforbruget særligt stort. Især ved skadestuekontakter er de administrative barrierer få, og merforbruget af indlæggelser kan muligvis forklæres ved, at de hjemløse borgere ofte indlægges i forlængelse af en skadestuekontakt.

Barriererne i mødet med sundhedsvæsenet synes at være tydeligst for speciallæge og tandlæge, som færre har benyttet blandt de hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning. En barriere for brug af tandlæge må formodes at være af økonomisk art og skyldes brugerbetalingen på området. Som tidligere nævnt er der dog ordninger, som muliggør, at hjemløse borgere kan få økonomisk tilskud eller helt gratis tandbehandling. Den økonomiske barriere kan dog særligt gøre sig gældende, efterhånden som tandstatus forværres. Endelig skal der også

gøres opmærksom på, at risikoen for helt at have mistet sine tænder også må antages at være højere i hjemløsegruppen.

Barriererne for kontakt til speciallæge må formodes primært at være af administrativ karakter. Fraværet af direkte adgang til de fleste speciallægeydelser afholder formentlig en del hjemløse borgere fra at benytte disse ydelser. Men mens en større andel af de hjemløse borgere end i den øvrige befolkning ikke har benyttet speciallæger i undersøgelsesperioden, så er det gennemsnitlige antal årlige kontakter alligevel ikke lavere blandt de hjemløse borgere. Det vil sige, at de hjemløse borgere, som benytter speciallægeydelser, benytter dem relativt mere end personer i den øvrige befolkning, der benytter sådanne ydelser. Dette kan ses som et tegn på, at speciallægeydelser bliver mere tilgængelige for de hjemløse borgere, når den umiddelbare administrative barriere er overkommet. Samtidig vidner merforbruget blandt de hjemløse borgere, der benytter speciallægeydelserne, formentlig om mere alvorlige eller kroniske tilstande, og at der således er et betydeligt behov for disse ydelser blandt de hjemløse borgere.

SAMMENLIGNING AF HJEMLØSE MÆND OG KVINDER

Vender vi kort blikket tilbage mod figur 6.1, der viser det samlede antal kontakter, ser vi, at kvinder generelt har flere kontakter til sundhedsvæsenet end mænd. Det gælder både for hjemløse kvinder og for kvinder i den øvrige befolkning. Sammenligner vi det gennemsnitlige antal årlige kontakter for de enkelte sundhedsydelser for kvinder i tabel 6.5-6.8 med mænd i tabel 6.1-6.4, ser vi, at kvinder i den øvrige befolkning bruger de fleste sundhedsydelser mere, end mænd i den øvrige befolkning gør. Dette merforbrug blandt kvinder i den øvrige befolkning er især tydeligt for brugen af almen læge samt speciallæge og tandlæge. I de yngre aldersgrupper har kvinder i den øvrige befolkning også et merforbrug af ambulante kontakter og indlæggelser sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Kun skadestue bruger mænd generelt mere end kvinder, hvilket kan hænge sammen med den overhyppighed af skader blandt mænd, vi fandt i kapitel 5, ligesom det også kan være udtryk for en senere opdagelse af og indgriben over for sygdomme blandt mændene, og som derfor behandles på skadestuerne – fx på grund af akutte symptomer.

Nogle af de samme forhold mellem mænds og kvinders brug af sundhedsydelser kan genfindes i hjemløsepopulationen. I tabellerne 6.10-

6.13 sammenligner vi hjemløse kvinder med hjemløse mænd for forskellige aldersgrupper, og tabel 6.14 giver et aldersstandardiseret mål for hjemløse kvinders merforbrug af sundhedsydelse i forhold til hjemløse mænd. Det ses, at der på tværs af aldersgrupper er flere blandt de hjemløse kvinder, som bruger de enkelte sundhedsydelser, sammenlignet med hjemløse mænd. Hjemløse kvinder har også gennemsnitligt et højere antal årlige kontakter til de enkelte sundhedsydelser end hjemløse mænd. Den eneste undtagelse er for skadestuekontakter, hvor der hverken er stor forskel i andelen, der har haft kontakt, eller i det gennemsnitlige antal årlige kontakter mellem mænd og kvinder i hjemløsepopulationen.

Hjemløse kvinders merforbrug af sundhedsydelser sammenlignet med hjemløse mænd er størst for aldersgruppen 18-29 år, hvor merforbruget af indlæggelser (IRR = 1,67) og ambulante kontakter (IRR = 2,02) er større end i de ældre aldersgrupper. Ser vi på de aldersstandardiserede resultater i tabel 6.14, finder vi incidens-risiko-ratioer i intervallet 1,25-1,97 for alle sundhedsydelser på nær skadestuekontakter (IRR = 1,06). Det vil sige, at hjemløse kvinder har et merforbrug af sundhedsydelser, der ligger imellem 25 pct. (for indlæggelser) og op til 97 pct. (for

speciallæge) sammenlignet med de hjemløse mænd.

TABEL 6.10

Andelen af hjemløse i alderen 18-29 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt det gennemsnitlige antal årlige kontakter. 2005-2009. Særskilt for køn og sundhedssektor.

	Andel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009, pct.		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	99,4	97,4	16,87	9,14	1,85	1,82-1,88
Vagtlæge	61,4	45,6	0,50	0,26	1,94	1,76-2,14
Speciallæge	58,6	39,2	1,09	0,51	2,15	2,01-2,30
Tandlæge	67,6	53,2	0,39	0,26	1,48	1,33-1,65
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	78,2	57,4	0,90	0,54	1,67	1,55-1,79
Ambulante kontakter	86,9	65,1	0,96	0,47	2,02	1,88-2,17
Skadestuekontakter	77,7	79,8	1,02	0,88	1,15	1,08-1,23

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.11

Andelen af hjemløse i alderen 30-39 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt det gennemsnitlige antal årlige kontakter. 2005-2009. Særskilt for køn og sundhedssektor.

	Procentandel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	99,2	97,5	19,92	11,17	1,78	1,76-1,81
Vagtlæge	54,9	40,5	0,46	0,25	1,82	1,67-1,99
Speciallæge	59,0	41,5	1,06	0,55	1,95	1,84-2,06
Tandlæge	62,2	48,1	0,41	0,27	1,49	1,37-1,63
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	74,0	63,0	0,98	0,73	1,34	1,26-1,41
Ambulante kontakter	81,0	69,3	0,84	0,59	1,44	1,35-1,53
Skadestuekontakter	73,8	75,5	0,94	0,92	1,02	0,96-1,08

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.12

Andelen af hjemløse i alderen 40-49 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelser, samt det gennemsnitlige antal årlige kontakter. 2005-2009. Særskilt for køn og sundhedssektor.

	Procentandel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	99,5	97,9	25,03	14,10	1,77	1,75-1,80
Vagtlæge	51,4	38,3	0,52	0,27	1,96	1,79-2,14
Speciallæge	63,6	44,4	1,22	0,63	1,94	1,83-2,05
Tandlæge	63,7	47,1	0,53	0,33	1,60	1,47-1,74
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	74,5	67,5	1,08	0,95	1,13	1,07-1,20
Ambulante kontakter	79,3	72,1	0,94	0,73	1,29	1,21-1,37
Skadestuekontakter	71,9	70,2	0,92	0,88	1,05	0,99-1,11

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.13

Andelen af hjemløse i alderen 50-59 år, der har anvendt forskellige sundhedsydelse, samt det gennemsnitlige antal årlige kontakter. 2005-2009. Særskilt for køn og sundhedssektor.

	Procentandel med mindst én kontakt i perioden 2005-2009		Gennemsnitligt antal årlige kontakter i perioden 2005-2009			
	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>						
Almen læge	99,6	97,5	25,57	15,23	1,68	1,65-1,71
Vagtlæge	48,7	36,5	0,47	0,25	1,86	1,62-2,12
Speciallæge	66,8	48,4	1,45	0,74	1,94	1,80-2,10
Tandlæge	63,7	44,2	0,66	0,38	1,74	1,55-1,94
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>						
Indlæggelser	75,4	74,1	1,06	1,04	1,02	0,94-1,11
Ambulante kontakter	77,3	73,8	0,95	0,88	1,08	0,99-1,17
Skadestuekontakter	69,9	69,0	0,76	0,74	1,03	0,93-1,13

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

TABEL 6.14

Aldersstandardiserede incidens-risiko-ratioer for det gennemsnitlige antal kontakter til forskellige sundhedsydelse mellem hjemløse kvinder og mænd, særskilt for sundhedssektor.

	Hjemløse kvinder sammenlignet med hjemløse mænd		Kvinder i den øvrige befolkning sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning	
	IRR	95 pct. CI	IRR	95 pct. CI
<i>Den primære sundhedssektor</i>				
Almen læge	1,77	1,75-1,79	1,41	1,41-1,42
Vagtlæge	1,90	1,78-2,02	1,19	1,18-1,20
Speciallæge	1,97	1,89-2,06	1,56	1,55-1,56
Tandlæge	1,57	1,47-1,67	1,14	1,14-1,14
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>				
Indlæggelser	1,25	1,20-1,30	0,99	0,99-1,00
Ambulante kontakter	1,40	1,34-1,47	1,19	1,18-1,19
Skadestuekontakter	1,06	1,02-1,10	0,82	0,81-0,82

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval.

Kilde: Egne beregninger.

KONTROL FOR ANDRE UDSATHEDSFAKTORER

Vi har foreløbigt analyseret og sammenlignet brugen af de enkelte sundhedsydelse for hjemløse borgere og den øvrige befolkning. I disse analyser

har vi kontrolleret for køn og alder. For at forstå mønstrene i de hjemløse borgeres forbrug af sundhedsydelse er det vigtigt at have øje for de mange andre forskelle, der er imellem de hjemløse borgere og den øvrige befolkning. Ligesom i analysen af hjemløse borgeres sygelighed vil vi derfor også her udføre regressionsanalyser af sammenhængen mellem hjemløshed og forbrug af sundhedsydelse. I disse analyser er den afhængige variabel antallet af årlige kontakter til forskellige sundhedsudbydere i perioden 2005-2009. Af uafhængige variable inddrager vi, hvorvidt man har været hjemløs, haft et stofmisbrug, haft et alkoholmisbrug og haft en psykisk lidelse i perioden 1999-2009. Derudover inddrager vi alder, etnicitet, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og civilstand, som alle er registreret i 1999. En oversigt over de variable, der inddrages i regressionsanalyserne, kan ses i boks 5.1, kapitel 5. Incidens-risiko-ratioer forbundet med hjemløshed, stofmisbrug, alkoholmisbrug og psykisk lidelse er angivet. Incidens-risiko-ratioer forbundet med de øvrige uafhængige variable er ikke centrale for analysen og fremstilles derfor ikke i tabellerne.

Ligesom i sygelighedsanalysen er disse regressionsanalyser en statistisk måde at isolere betydning af hjemløshedssituationen på – nu blot for forbruget af sundhedsydelse frem for sygelighed. Vi ønsker at komme nærmere, hvad hjemløshed, uafhængigt af andre udsathedsfaktorer og socioøkonomiske forhold, betyder for forbrug af sundhedsydelse. I sygelighedsanalysen fandt vi, at den markante oversygelighed i hjemløsegruppen i høj grad hænger sammen med de hjemløse borgeres misbrugsproblemer og psykiske lidelser. Efter kontrol for disse faktorer formindskes oversygeligheden forbundet med hjemløshed markant, og for nogle sygdomme forsvinder oversygeligheden helt. For en del sygdomme er der imidlertid stadig en betydelig oversygelighed blandt de hjemløse borgere, også når der kontrolleres for øvrige faktorer. Regressionsanalyserne af brugen af sundhedsydelse er dermed en måde at se på, hvorvidt der er tegn på barrierer i de hjemløse borgeres brug af sundhedsydelse, efter at vi har kontrolleret for de væsentligste kilder til deres oversygelighed. Samtidig tillader disse analyser os statistisk set at adskille de forskellige elementer forbundet med social udsathed og se nærmere på, hvilke faktorer der primært driver et merforbrug, og hvilke faktorer der nærmere fungerer som en barriere i mødet med sundhedsvæsenet.

Resultater fra regressionsanalyse, der estimerer incidens-risiko-ratioen for kontakt til forskellige sundhedsydelser hos mænd og kvinder med udvalgte udsathedsfaktorer.

	Hjemløshed		Stofmisbrug		Alkoholmisbrug		Psykisk sygdom	
	IRR	95 pct. CI	IRR	95 pct. CI	IRR	95 pct. CI	IRR	95 pct. CI
<i>Mænd</i>								
<i>Den primære sundhedssektor</i>								
Almen læge	1,22	1,19-1,24	1,50	1,48-1,52	1,50	1,49-1,51	1,70	1,70-1,71
Vagtlæge	1,25	1,20-1,31	1,47	1,42-1,53	2,04	1,98-2,10	2,58	2,53-2,62
Speciallæge	0,72	0,69-0,75	1,06	1,02-1,10	1,06	1,04-1,09	1,74	1,71-1,76
Tandlæge	0,59	0,58-0,61	0,78	0,77-0,79	0,73	0,73-0,74	0,90	0,89-0,90
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>								
Indlæggelser	1,49	1,45-1,54	1,64	1,60-1,69	2,84	2,80-2,88	2,14	2,12-2,17
Ambulante kontakter	1,01	0,99-1,03	1,19	1,17-1,21	1,51	1,49-1,52	1,53	1,52-1,54
Skadestuekontakter	1,64	1,60-1,68	1,60	1,57-1,63	2,67	2,64-2,70	1,96	1,94-1,98
<i>Kvinder</i>								
<i>Den primære sundhedssektor</i>								
Almen læge	1,22	1,19-1,25	1,58	1,56-1,61	1,37	1,36-1,38	1,55	1,55-1,56
Vagtlæge	1,30	1,21-1,41	2,43	2,28-2,59	2,05	1,98-2,12	2,51	2,48-2,55
Speciallæge	0,76	0,71-0,81	1,19	1,15-1,23	1,05	1,02-1,07	1,50	1,49-1,52
Tandlæge	0,73	0,70-0,75	0,82	0,80-0,83	0,81	0,80-0,82	0,84	0,84-0,85

Tabellen fortsættes

TABEL 6.10 FORTSAT

Resultater fra regressionsanalyse, der estimerer incidens-risiko-ratioen for kontakt til forskellige sundhedsydelser hos mænd og kvinder med udvalgte udsathedsfaktorer.

	Hjemløshed		Stofmisbrug		Alkoholmisbrug		Psyisk sygdom	
	IRR	95 pct. CI	IRR	95 pct. CI	IRR	95 pct. CI	IRR	95 pct. CI
<i>Den sekundære sundhedssektor</i>								
Indlæggelser	1,41	1,34-1,48	1,80	1,75-1,86	2,30	2,26-2,34	1,85	1,84-1,87
Ambulante kontakter	0,97	0,94-1,00	1,23	1,21-1,26	1,28	1,26-1,29	1,37	1,36-1,38
Skadestuekontakter	1,74	1,66-1,83	2,01	1,95-2,08	2,67	2,62-2,71	2,12	2,10-2,14

Anm.: IRR = Incidens-risikoratio, CI = Konfidensinterval. Kontrolvariable inkluderet i modellen, men ikke fremstillet i tabellen: alder, etnicitet, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og civilstand.

Kilde: Egne beregninger.

Sammenlignes tabel 6.15 med tabel 6.9, er det tydeligt, at kontrollen for misbrug, psykisk lidelse og andre socioøkonomiske variable i tillæg til køn og alder ændrer IRR-værdierne forbundet med hjemløshed for de enkelte sundhedsydelser. For de sundhedsydelser, hvor vi foreløbig har konstateret et merforbrug blandt hjemløse borgere, falder IRR-værdien forbundet med hjemløshed således markant, når vi kontrollerer for andre udsathedsfaktorer.

Ser vi først på den sekundære sundhedssektor, er dette især tydeligt for skadestuekontakter og indlæggelser. I de aldersstandardiserede resultater i tabel 6.9, hvor der endnu ikke var kontrolleret for øvrige udsathedsfaktorer, fandt vi et merforbrug af skadestuer på mere end 400 pct. for hjemløse mænd og mere end 600 pct. for hjemløse kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Efter kontrol for andre faktorer reduceres merforbruget forbundet med hjemløshed til 64 pct. for mænd og 74 pct. for kvinder. For indlæggelser fandt vi i de aldersstandardiserede resultater et merforbrug på knap 400 pct. for både mænd og kvinder blandt de hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning. I regressionsanalyserne er merforbruget af indlæggelser forbundet med hjemløshed faldet til 49 pct. for mænd og 41 pct. for kvinder. Det betyder dog samtidig, at der stadig er et betydeligt merforbrug af disse ydelser for hjemløsegruppen, selv når der kontrolleres for de øvrige udsathedsfaktorer.

For de ambulante kontakter fandt vi i de aldersstandardiserede resultater et mere moderat merforbrug på 61 pct. blandt hjemløse mænd og 54 pct. blandt hjemløse kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Efter kontrol for andre faktorer kan der ikke længere konstateres et merforbrug af ambulante kontrakter forbundet med hjemløshed. Både for hjemløse mænd og kvinder er det gennemsnitlige antal årlige ambulante kontakter på niveau med den øvrige befolkning, når der kontrolleres for andre faktorer.

I tabel 6.14 kan vi også se nærmere på, hvilke andre udsathedsfaktorer ud over hjemløshed der er forbundet med et merforbrug af ydelser i det sekundære sundhedsvæsen. Stofmisbrug, alkoholmisbrug og psykisk lidelse findes alle at være forbundet med et merforbrug af både indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter, og de har i alle tilfælde højere IRR-værdier end hjemløshed. Den højere prævalens af misbrug og psykisk sygdom blandt hjemløse borgere (som dokumenteret i kapitel 4) har altså i høj grad været medvirkende til at give høje IRR-

værdier forbundet med hjemløshed i de indledende analyser af brugen af sundhedsydelser, hvor der ikke har været kontrolleret for andet end køn og alder.

For det primære sundhedssystem er resultaterne af regressionsanalyserne noget mere komplekse. Resultaterne for almen læge og vagtlæge minder om dem, vi fandt for den sekundære sundhedssektor. I de aldersstandardiserede resultater fandt vi således et merforbrug af almen læge på 135 pct. for hjemløse mænd og 150 pct. for hjemløse kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. For vagtlæge var dette merforbrug 287 pct. for hjemløse mænd og 440 pct. for hjemløse kvinder. Efter kontrol for andre faktorer er merforbruget forbundet med hjemløshed reduceret til størrelsesordenen 22-30 pct. for både mænd og kvinder for begge ydelsestyper. Stofmisbrug, alkoholmisbrug og psykisk lidelse er alle forbundet med et merforbrug af disse ydelsestyper, og inddragelse af disse faktorer er medvirkende til, at oversygeligheden forbundet med hjemløshed er mindre, når der kontrolleres for øvrige faktorer. Især brug af vagtlæge er forbundet med disse udsathedsfaktorer, og merforbruget af vagtlæge forbundet med hjemløshed falder markant, når der kontrolleres for dem.

Resultaterne for speciallæge og tandlæge skiller sig ud, fordi de er de eneste ydelsestyper, hvor der ikke er blevet påvist et merforbrug blandt hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning i de indledende analyser. For tandlæges vedkommende er der i stedet blevet påvist et markant mindre forbrug. Efter kontrol for andre faktorer ændrer IRR-værdierne forbundet med hjemløshed sig i to forskellige retninger for disse to ydelsestyper. For tandlægeydelser stiger IRR-værdien forbundet med hjemløshed. Hjemløshed er stadig forbundet med et mindre forbrug af tandlæge, men forbruget stiger fra at være 35 pct. til 59 pct. af, hvad det er i den øvrige befolkning, når der kontrolleres for andre faktorer for mænd og fra 46 pct. til 73 pct. for kvinder. Det skyldes bl.a., at stofmisbrug, alkoholmisbrug og psykisk lidelse alle er forbundet med et mindre forbrug af tandlægeydelser. Når der kontrolleres for disse faktorer, så fjernes deres indvirkning på IRR-værdien forbundet med hjemløshed, som så til gengæld stiger.

For speciallæge er det modsatte tilfældet. Når der kontrolleres for andre faktorer, falder IRR-værdien forbundet med hjemløshed. Fra at være på niveau med den øvrige befolkning falder hjemløse borgeres forbrug af speciallæge til 72 pct. af forbruget i den øvrige befolkning for

mænd og 76 pct. af forbruget i den øvrige befolkning for kvinder. Det skyldes bl.a., at stof- og alkoholmisbrug er forbundet med et moderat merforbrug af speciallæge, mens psykisk lidelse er forbundet med et mere markant merforbrug. I de indledende analyser har vi dermed overvurderet forbruget af speciallæge forbundet med hjemløshed. Hjemløshed i sig selv synes at være forbundet med et vist mindre forbrug af speciallæge.

Regressionsanalyserne giver os et nyt perspektiv på hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser og på spørgsmålet om barrierer i mødet med sundhedsvæsenet. Overordnet set bruger hjemløse borgere sundhedsvæsenet ganske meget. Vi ser et markant merforbrug af de fleste sundhedsydelser forbundet med hjemløshed, når vi kontrollerer for køn og alder. Når vi kontrollerer for socioøkonomiske karakteristika og ikke mindst andre udsathedsfaktorer, så formindskes dette merforbrug dog væsentligt. På de fleste områder ses stadig et merforbrug, men nu i størrelsesordenen 22-74 pct. for almen læge, vagtlæge, indlæggelser og skadestuekontakter. Det synes alt i alt at være et merforbrug, der stemmer overens med det niveau af oversygelighed i hjemløsegruppen, vi tidligere har fundet igennem regressionsanalyser med kontrol for de samme faktorer. Dermed ikke sagt, at der i adgangen til disse ydelsestyper ikke opstår barrierer for de hjemløse borgere, men at disse barrierer ikke forekommer uoverkommeligt stærke for de fleste hjemløse borgere.

Samtidig er der dog ydelsestyper, som vi i regressionsanalyserne finder ikke er forbundet med et merforbrug blandt hjemløse borgere. Det er tilfældet for ambulante sygehuskontakter samt kontakter til speciallæge og tandlæge. Brugen af ambulante kontakter findes blandt hjemløse borgere at være på niveau med den øvrige befolkning, når der kontrolleres for andre faktorer. Mange hjemløse borgere benytter altså sådanne ydelser, men man kunne indvende, at det ikke sker i det omfang, som hjemløsegruppens sygelighedsmonster berettiger til. Man kan forestille sig, at det er barrierer af administrativ karakter, som gør ambulante kontakter blandt de hjemløse borgere mindre hyppige end andre typer af kontakt til den sekundære sundhedssektor. Et ambulante behandlingsforløb kræver en henvisning fra en læge og er ofte forbundet med længere ventetider, og særligt er ambulante behandling forbundet med regelmæssige besøg på hospitalet, som kan være vanskeligt at følge for borgere, der befinder sig i en hjemløshedssituation.

Tandlægeydelser benyttes mindre af hjemløse borgere og generelt mindre af forskellige grupper af socialt udsatte sammenlignet med

den øvrige befolkning. Det skyldes formentlig i betydelig grad de økonomiske omkostninger ved tandlægebesøg. Dog er der en ikke uvæsentlig gruppe blandt de hjemløse borgere, som trods alt benytter tandlæge, hvilket formentlig til dels skyldes offentlige tilskudsordninger og gratisordninger såsom ”Bisserne” i København.

Endelig er der kontakt til speciallæger, hvor der ses de mest markante tegn på barrierer for hjemløsegruppen. Andre former for social ud-sathed findes at være forbundet med et merforbrug af speciallægeydelser sammenlignet med den øvrige befolkning. Det er især tilfældet for psykisk sygdom og i et vist omfang for alkohol- og stofmisbrug. Når vi kontrollerer for sådanne faktorer, finder vi, at hjemløshedssituationen i sig selv er forbundet med et mindre forbrug af speciallægeydelser, og det er på trods af et mere markant sygelighedsmonster end blandt ikke-hjemløse borgere. Når hjemløse borgeres forbrug af speciallægeydelser skiller sig så markant ud fra fx kontakter til almen læge, så skyldes det formentlig administrative barrierer – ikke mindst, at kontakt til speciallæge er forbundet med ventetid og forudsætter en henvisning fra egen læge.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi kortlagt hjemløse borgeres brug af sundhedsydelser på baggrund af data fra Sygesikringsregistret og Landspatientregistret. Helt overordnet finder vi, at hjemløse borgere bruger sundhedsydelser mere end den øvrige befolkning generelt. Både mænd og kvinder blandt de hjemløse borgere er således gennemsnitligt registreret med mere end dobbelt så mange sundhedsydelser i perioden 2005-2009 som mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Både i den øvrige befolkning og blandt hjemløse borgere er kontakten til almen praktiserende læge den hyppigst benyttede sundhedsydelse. Kontakt til almen læge udgør således mere end to tredjedele af det samlede brug af sundhedsydelser for både mænd og kvinder blandt hjemløse borgere og i den øvrige befolkning. Blandt hjemløse borgere udgør kontakten til almen læge dog en større andel af de samlede kontakter, end den gør i den øvrige befolkning, hvilket omvendt betyder, at andre sundhedsydelser benyttes relativt mindre. Det er især tilfældet for speciallæge og tandlæge, som udgør en betydeligt større andel af sundhedsydelserne i den øvrige befolkning sammenlignet med de hjemløse

borgere. Disse to sundhedsydelse udgør omkring 20 pct. af den samlede brug af sundhedsydelser i den øvrige befolkning mod 6 pct. blandt hjemløse borgere. Den sekundære sundhedssektor står til gengæld for en relativt større andel af det samlede brug af sundhedsydelser blandt hjemløse borgere sammenlignet med den øvrige befolkning. Det skyldes, at hjemløse borgere benytter skadestuen meget og indlægges relativt oftere.

Når vi ser på brugen af de enkelte sundhedsydelser, træder forskellene mellem hjemløse borgere og den øvrige befolkning endnu tydeligere frem. Hjemløse borgere har et betydeligt merforbrug af de fleste sundhedsydelser. Det er tilfældet for almen læge, vagtlæge, indlæggelse og skadestuekontakt. Både hjemløse mænd og kvinder har gennemsnitligt ca. 2½ gange så mange kontakter med almen læge som mænd og kvinder i den øvrige befolkning, når der tages højde for den forskellige alderssammensætning i hjemløsegruppen og befolkningen. Antallet af kontakter til vagtlægen er ca. 4 gange større for de hjemløse mænd og 5 gange større for de hjemløse kvinder end for henholdsvis mænd og kvinder i befolkningen. Både hjemløse mænd og kvinder er indlagt på hospital ca. 5 gange så hyppigt som mænd og kvinder i den øvrige befolkning. De hjemløse mænd benytter ligeledes skadestuen 5 gange hyppigere end mænd i den øvrige befolkning, mens de hjemløse kvinder benytter skadestuen 7 gange så ofte som kvinder i den øvrige befolkning.

Mere specialiserede sundhedsydelser bruger hjemløse borgere mindre hyppigt. For ambulante kontakter til hospitalsvæsenet konstateres et merforbrug, men af en mere moderat størrelsesorden, på 50 pct. For speciallægeydelser i den primære sundhedssektor konstateres et forbrug blandt hjemløse borgere, der er på niveau med forbruget i den øvrige befolkning. Tandlæge benytter hjemløse borgere mindre end halvt så meget som den øvrige befolkning. Ved disse ydelser ses tegn på barrierer, som kan være af økonomisk, administrativ og organisatorisk karakter. Brug af tandlæge er forbundet med et vist element af brugerbetaling, som dog begrænses af mulighederne for økonomisk tilskud til ressourcensvage borgere samt af gratisordninger såsom ”Bisserne” i København. Administrative barrierer opstår især ved, at kontakten til mere specialiserede sundhedsydelser, både i den primære sundhedssektor og på sygehuse, ofte skal formidles af egen læge, og at der ofte er lang ventetid på behandling. Samtidig kan det være svært for socialt udsatte borgere i det meget opdelt primære sundhedssystem at finde ud af, hvor de skal henvende sig med deres sundhedsproblem. Ofte vil socialt udsatte borgere

endvidere være mest optaget af at få behandlet akutte sundhedsproblemer, mens mulighederne for mere forebyggende og specialiseret lægehjælp bliver nedprioriteret.

I en sammenligning af hjemløse mænd og kvinders brug af sundhedsydelser finder vi, at hjemløse kvinder i højere grad end hjemløse mænd bruger de forskellige sundhedsydelser og gennemsnitligt har flere kontakter. Disse forskelle mellem mænd og kvinder er dog ikke unikke for hjemløsepopulationen – de samme tendenser genfindes i den øvrige befolkning.

Afslutningsvis har vi foretaget regressionsanalyser af sammenhængen mellem hjemløshed og brug af sundhedsydelser, kontrolleret for bl.a. alkohol- og stofmisbrug samt psykisk sygdom. På den måde er vi kommet et skridt nærmere, hvad hjemløshed, uafhængigt af andre udsathedsfaktorer og socioøkonomiske forhold, betyder for brug af sundhedsydelser. Efter kontrol for andre faktorer finder vi, at hjemløshed stadig er forbundet med et større forbrug af almen læge, vagtlæge, indlæggelse og skadestuekontakt. Men hvor der før kontrol for andre faktorer i flere tilfælde fandtes et merforbrug på flere hundrede procent, bliver merforbruget af sundhedsydelser forbundet med hjemløshed efter kontrol reduceret til 22-74 pct. afhængigt af køn og type af ydelse. Denne reduktion findes i høj grad at være forbundet med inklusion af alkohol- og stofmisbrug samt psykisk sygdom i modellen. Disse udsathedsfaktorer er i høj grad forbundet med hjemløshed og er samtidig forbundet med et overforbrug af sundhedsydelser i både den primære og sekundære sundhedssektor.

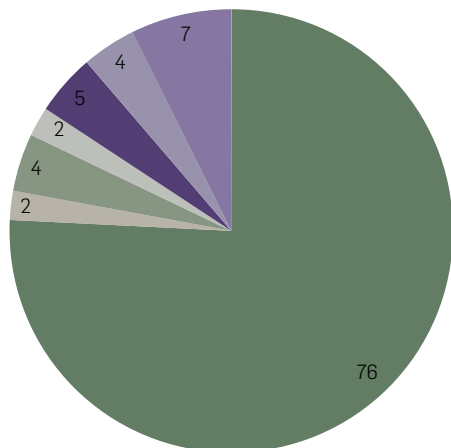
Efter kontrol for andre faktorer findes hjemløshed ikke længere at være forbundet med et merforbrug af ambulante kontakter, og hjemløshed er forbundet med et underforbrug af tandlæge og speciallæge. Så mens der for de sundhedsydelser, hvortil der er mest direkte adgang – hvor man kan bestille tid uden en henvisning, og hvor der ikke er lang ventetid – stadig findes et merforbrug, så ser de stærkeste barrierer ud til at være koncentreret omkring adgangen til de mest specialiserede sundhedsydelser. De stærkeste barrierer i hjemløse borgeres møde med sundhedsvæsenet findes således ved ambulante kontakter på de somatiske sygehuse og ved brugen af tandlæge og andre speciallæger i den primære sundhedssektor.

BILAG

BILAGSFIGUR B1.1

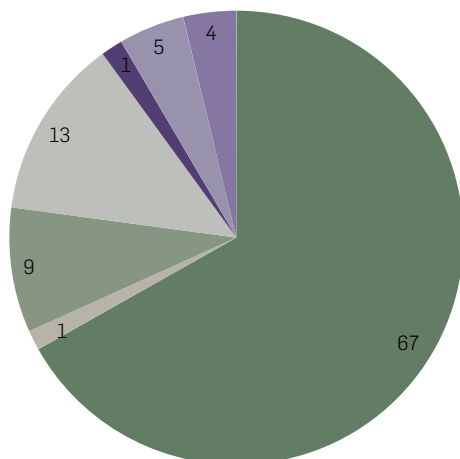
Sammensætning af brugen af sundhedsydelser 2005-2009. Mænd, 18-29 år. Procent.

Hjemløse



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Øvrig befolkning



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

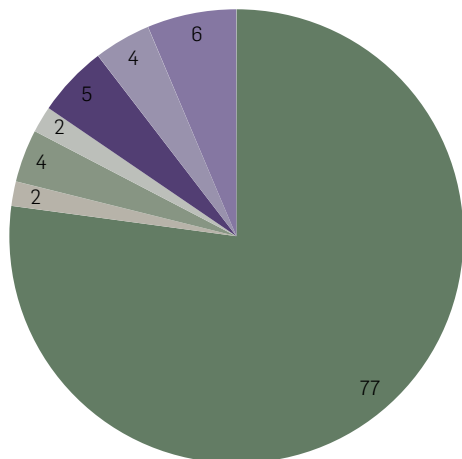
Kilde: Egne beregninger.

BILAGSFIGUR B1.2

Sammensætning af brugen af sundhedsydelse 2005-2009. Mænd, 30-39 år.

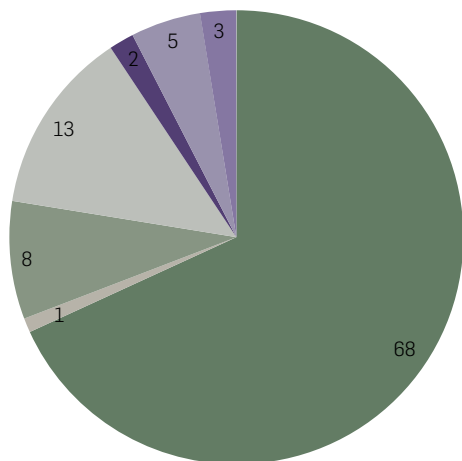
Procent.

Hjemløse



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Øvrig befolkning



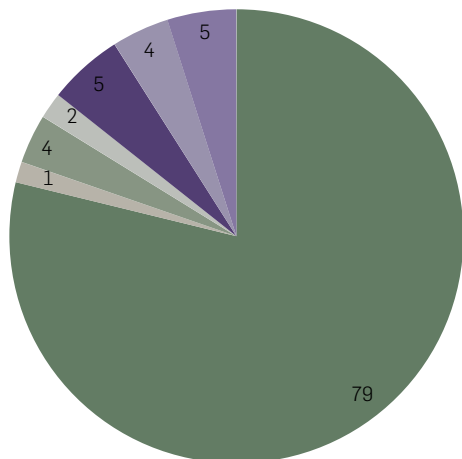
■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Kilde: Egne beregninger.

BILAGSFIGUR B1.3

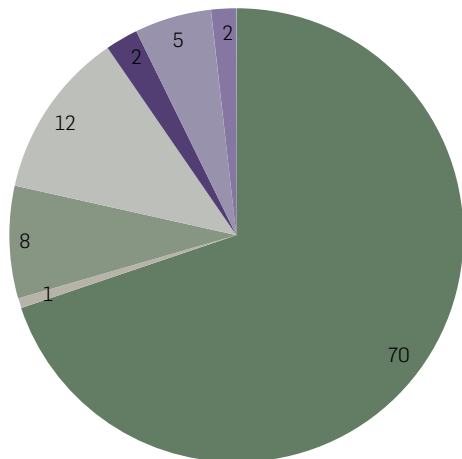
Sammensætning af brugen af sundhedsydelser 2005-2009. Mænd, 40-49 år.
Procent.

Hjemløse



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Øvrig befolkning



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

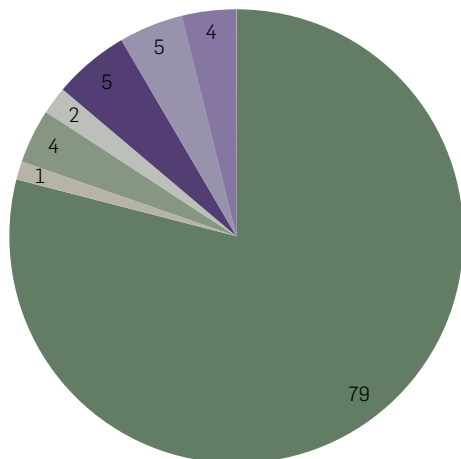
Kilde: Egne beregninger.

BILAGSFIGUR B1.4

Sammensætning af brugen af sundhedsydelser 2005-2009. Mænd, 50-59 år.

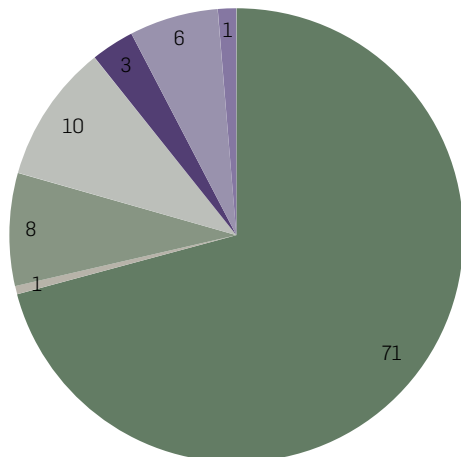
Procent.

Hjemløse



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Øvrig befolkning



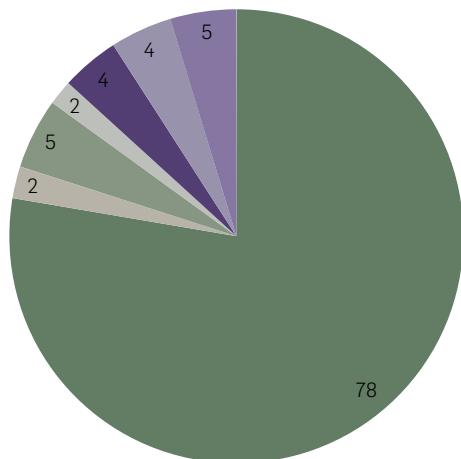
■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Kilde: Egne beregninger.

BILAGSFIGUR B1.5

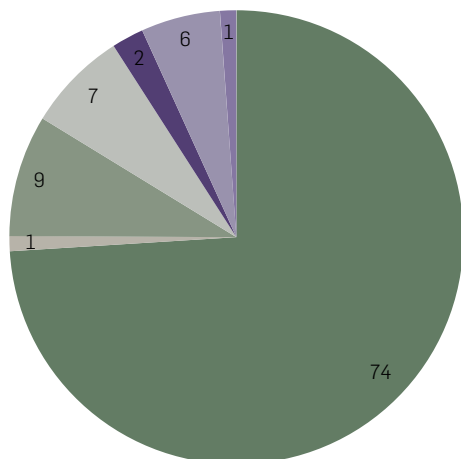
Sammensætning af brugen af sundhedsydelser 2005-2009. Kvinder, 18-29 år.
Procent.

Hjemløse



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Øvrig befolkning



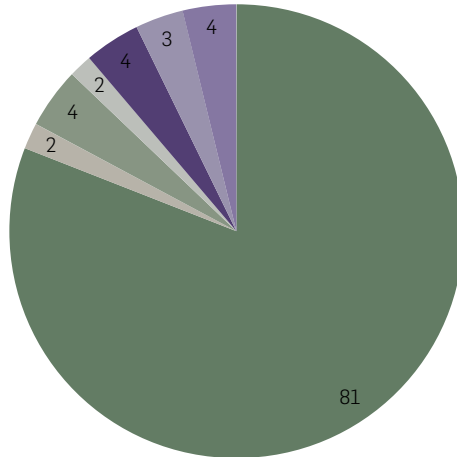
■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Kilde: Egne beregninger.

BILAGSFIGUR B1.6

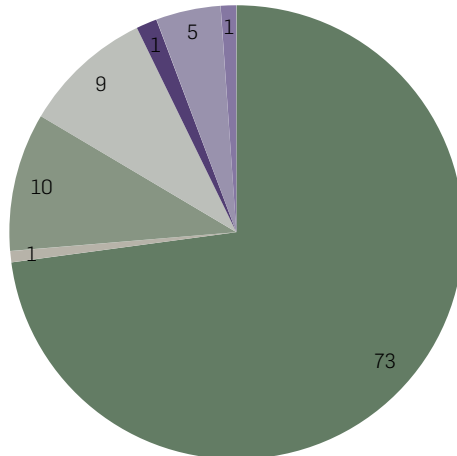
Sammensætning af brugen af sundhedsydelser 2005-2009. Kvinder, 30-39 år.
Procent.

Hjemløse



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Øvrig befolkning



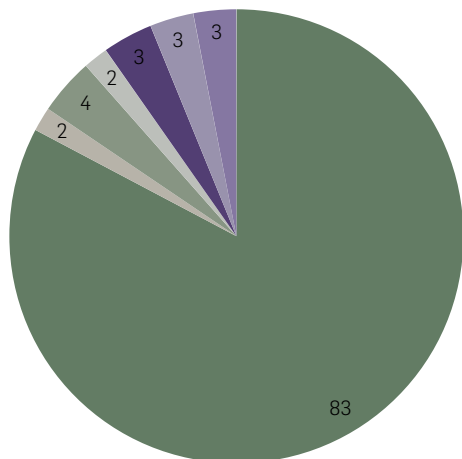
■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Kilde: Egne beregninger.

BILAGSFIGUR B1.7

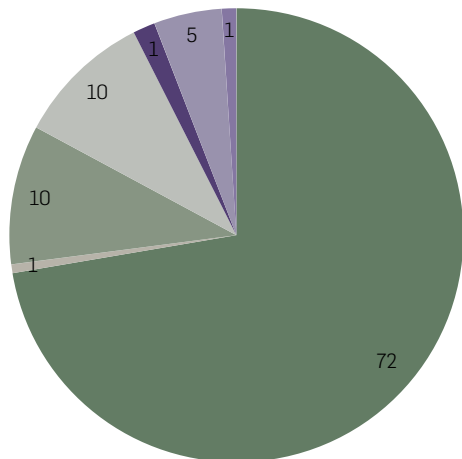
Sammensætning af brugen af sundhedsydelser 2005-2009. Kvinder, 40-49 år.
Procent.

Hjemløse



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Øvrig befolkning



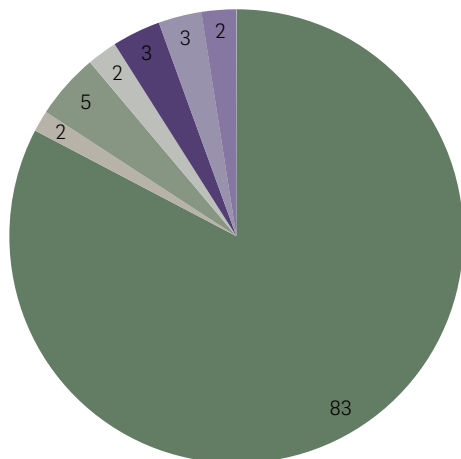
■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Kilde: Egne beregninger.

BILAGSFIGUR B1.8

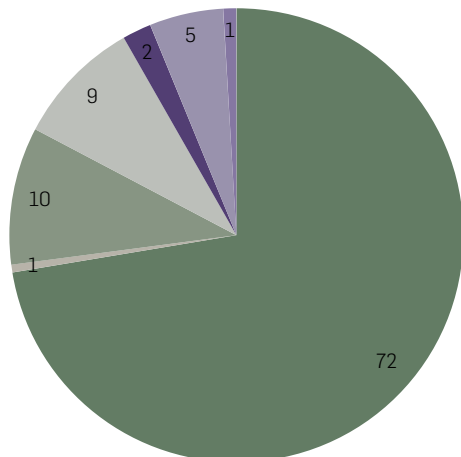
Sammensætning af brugen af sundhedsydelser 2005-2009. Kvinder, 50-59 år.
Procent.

Hjemløse



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Øvrig befolkning



■ Almen læge ■ Vagtlæge ■ Speciallæge ■ Tandlæge
■ Indlæggelser ■ Ambulante kontakter ■ Skadestuekontakter

Kilde: Egne beregninger.

LITTERATUR

- Ankestyrelsen (2012): *Brugere af botilbud efter servicelovens § 110. Årsstatistik 2012*. København: Ankestyrelsen.
- Beijer, U. & S. Andréasson (2009): "Physical Diseases among Homeless People: Gender Differences and Comparisons with the General Population". *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), s. 93-100.
- Benjaminsen, L. (2009): *Hjemløshed i Danmark 2009. National Kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:25.
- Benjaminsen, L. & I. Christensen (2007): *Hjemløshed i Danmark 2007. National Kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 07:22.
- Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen (2013): *Hjemløshed i Danmark 2013. National Kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:21.
- Benjaminsen, S., R. Thomsen, K. Balsløv & S. Clemensen (2003): *Hjemløse i Fyns Amt 1990-2002*. Odense: Amtsgården.
- Brandt, P. (2004): "Socialmedicinsk arbejde med udstødte". I: N. Michelsen, B.T. Jensen & C.V. Nielsen (red.): *Klinisk socialmedicin*. København: FADL's Forlag Aktieselskab, s. 305-316.

- Crane, M. & A.M. Warnes (2001): "Primary Health Care Services for Single Homeless People. Defect and Opportunities". *Family Practice*, 18(3), s. 272-276.
- Deddens, J.A. & M.R. Petersen (2008): "Approaches for Estimating Prevalence Ratios". *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), s. 501-506.
- Døssing L., J. Heindorf & H. Mainz (2005): *Opsøgende arbejde blandt prostituerede*. Arbejdsrapport. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.
- Ekholm, O., M. Kjølner, M. Davidsen, U. Hesse, L. Eriksen, A.I. Christensen & M. Grønbæk (2006): *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- FEANTSA (2006): *The Right to Health is a Human Right. Ensuring Access to Health for People who are Homeless*. FEANTSA, Annual European Report 2006.
- Fich, C. & N. Brünés (1999): *Sygepleje blandt stofmisbrugere. Erfaringer fra arbejdet som gadesygeplejersker på Maria Kirkeplads på Vesterbro i København 1998 og 1999*. København: Københavns Kommune, Familie- og arbejdsmarkedsforvaltning.
- Finne, E. (2003): *Statistik över kontakter med missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 2001*. Stockholm: Socialtjänstförvaltningens Forsknings- och Utvecklingsenhet, FoU-rapport 2003:6.
- Geerdsen, L.P., I. Koch-Nielsen, H. Vinther, I. Christensen & V.T. Christensen (2005): *Ud af hjemløsbed? – om livet efter ophold på en institution for hjemløse*. København: SFI – Socialforskningsinstituttet, 05:02.
- Gillis, L. & J. Singer (1997): "Breaking Through the Barriers: Healthcare for the Homeless". *Journal of Nursing Administration*, 25(6) s. 30-34.
- Halldin, J., U. Beijer, E. Feltsen, L. Frithiof, R. Ljun, P. de Palma, K. Paul, L. Persson, L. Ström, S. Sylvan & S. Åhs (2001): *En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm*. Stockholm: Katarina Tryck AB.
- Hwang, S.W. & A. Bugeja (2000): "Barriers to appropriate Diabetes Management among Homeless People in Toronto". *Canadian Medical Association Journal*, 163(2), s.165-161.
- Juel, K., M. Davidsen, P.V. Pedersen & T. Curtis (2010): *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Kim, M.M., Jeffrey W.S., M.S. Swartz, D.W. Bradford, S.A. Mustillo & E.B. Elbogen (2007): "Healthcare Barriers among Severely Men-

- tally Ill Homeless Adults: Evidence from the Five-site Health and Risk Study". *Administration and Policy in Mental Health*, 34(4), s. 363-375.
- Koch, M.B., M. Davidsen & K. Juel (2012): *Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Kreider, B. & S. Nicholson (1997): "Health Insurance and the Homeless". *Health Economics*, 6(1), s. 31-41.
- Kushel, M.B., E. Vittinghoff & J.S. Haas (2001): "Factors Associated With the Health Care Utilization of Homeless Persons". *The Journal of American Medical Association*, 285(2), s. 200-206.
- Københavns Kommune (2005): *Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, kontaktstedet Mændenes hjem og kontaktstedet Forchammersvej*. København: Københavns Kommune.
- Lauritzen, H.H., B. Boje-Kovacs & L. Benjaminsen (2011): *Hjemløshed i Danmark 2011. National Kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:45.
- Mors, O., G.P. Perto & P.B. Mortensen (2011): "The Danish Psychiatric Central Research Register". *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), s. 54-57.
- Nickelsen, T.N. (2002): "Datavaliditet og dækningsgrad i landspatientregisteret". *Ugeskrift for læger*, 164(1), s. 15.
- Nielsen, S.F., C.R. Hjorthøj, A. Erlangsen & M. Nordentoft (2011): "Psychiatric Disorders and Mortality among People in Homeless Shelters in Denmark. A Nationwide Register-based Cohort Study". *The Lancet*, 377(9784), s. 2205-2214.
- Nordentoft, M. & N. Wandall-Holm (2004): "Ti års opfølgingsundersøgelse af dødelighed blandt hjemløse på herberg i København". *Ugeskrift for læger*, 166(18), s. 1679.
- O'Toole, T.P., J.L. Gibbon, B.H. Hanusa & J.F. Michael (1999): "Preferences for Sites of Care Among Urban Homeless and Housed Poor Adults". *Journal of General Internal Medicine*, 14(10), s. 599-605.
- Pedersen, P.V. (2009): *Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Pedersen P.V., M. Holst, M. Davidsen & K. Juel (2012): *SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

- Pedersen P.V., A.I. Christensen, U. Hesse & T. Curtis (2008): *SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Rambøll & SFI (2013): *Hjemløsestrategien. Afsluttende rapport*. København: Rambøll & SFI.
- Savage, C.L., C.J. Lindsell, G.L. Gillespie, A. Dempsey, R.J. Lee & A. Corbin (2006): "Health Care Needs of Homeless Adults at a Nurse-Managed Clinic". *Journal of Community Health Nursing*, 23(4), s. 225-234.
- Snyder, L.D. & M.D. Eisner (2004): "Obstructive Lung Disease Among the Urban Homeless". *Chest*, 125(5), s. 1719-1725.
- SundhedsTeam (2008): *SundhedsTeam. Indsats overfor de sværest marginaliserede med helbredsproblemer i Københavns Kommune*. København: Københavns Kommune, Årsrapport 2008. Af H. Thiesen.
- Verbeek, M. (2004): *A Guide to Modern Econometrics*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte (2004): *Redegørelse om prostitution i Danmark. Oplæg til en handlingsplan på prostitutionsområdet*. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.
- Ågren, G., E. Berglund, E. Finne & P. Franér (1997): *Hemlösa i Stockholm 1996*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Resursförvaltningen för skola och socialtjänst, FoU-rapport 1997:9.
- Ågren, G., E. Berglund & P. Franér (1994): *Hemlösa i Stockholm*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänsten i Stockholm, FoU-rapport 1994:18.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2012

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., H. Hansen, A.-K. Mølholt, K.S. Vammen & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 12:03 Rostgaard, T., T.N. Brunner & T. Fridberg: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:04 Mølholt, A.-K., S. Stage, J.H. Pejtersen & P. Thomsen: *Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-082-3. e-ISBN: 978-87-7119-083-0. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & A.K. Høst: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder*.

- 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119-085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Rasmussen, P.S. & P.S. Olsen: *Positiv adfærd i læring og samspil (PAL5). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilot-skoler*. 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Frivillige i hjemmeværnet 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:09 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann & A. Glad: *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet*. 164 sider. e-ISBN: 978-87-7119-091-5. Netpublikation.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:11 Andersen, D., V. Jakobsen, V.M. Jensen, S.S. Nielsen, K.C.Z. Pedersen, D.S. Petersen & K.M. Thorsen: *Indsatser for tosprogede elever. Kortlægning og analyse*. 162 sider. e-ISBN: 978-87-7119-094-6. Netpublikation.
- 12:12 Christensen, E.: *Nakuusa – vi vil og vi kan. En opfølgning på Youth Forum i Ilulissat 2011*. 48 sider. e-ISBN: 978-87-7119-096-0. Netpublikation.
- 12:13 Christensen, E.: *Nakuusa – piumavugut saperatalu. 2011-mi ilulissani Youth Forum pillugu nangitsineq*. 50 sider. e-ISBN: 978-87-7119-097-7. Netpublikation.
- 12:14 Larsen, M. & L.S. Ellerbæk: *Evaluering af jobplanen. Nuværende og kommende pensionisters kendskab til og betydning af reglerne for at arbejde*. 111 sider. ISBN: 978-87-7119-100-4. e-ISBN: 978-87-7119-101-1. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:15 Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage: *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale. Fokus på genindtræden*. 181 sider. ISBN: 978-87-7119-102-8. e-ISBN: 978-87-7119-103-5. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:16 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Deleborn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse*. 111 sider. ISBN:

- 978-87-7119-104-2. e-ISBN: 978-87-7119-105-9. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:17 Nilsson, K. & H. Holt: *En vurdering af arbejdsskadestyrelsens fastholdelsecenter. Kommuners, fagforeningers, arbejdsgivers og forsikringselskabers erfaringer med fastholdelsescentret.* 89 sider. ISBN: 978-87-7119-106-6. e-ISBN: 978-87-7119-107-3. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 12:18 Holt, H.: *Lokal løn på kommunale arbejdspladser. Forskelle i kvinders og mænds løn.* 82 sider. e-ISBN: 978-87-7119-108-0. Netpublikation.
- 12:19 Bengtsson, S. & M. Røgeskov: *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-109-7. e-ISBN: 978-87-7119-110-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 12:20 Graversen, B.: *Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 72 sider. e-ISBN: 978-87-7119-112-7. Netpublikation.
- 12:21 Albæk, K., H.B. Bach & S. Jensen: *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-114-1. Netpublikation.
- 12:22 Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen: *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-115-8, e-ISBN: 978-87-7119-116-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 12:23 Madsen, M.B. & K. Weibel: *Delt viden. Aktiveringsindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere.* 152 sider. ISBN: 978-87-7119-117-2. e-ISBN: 978-87-7119-118-9. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:24 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall: *Danske hjemvendte soldater. Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse.* 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-119-6. Netpublikation.
- 12:25 Lausten, M., H. Hansen, K.S. Vammen & K. Vasegaard: *Forebyggende foranstaltninger 18-22 år. Dialoggruppe – Om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 6.* 164 sider. ISBN: 978-87-7119-121-9. e-ISBN: 978-87-7119-122-6. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:26 Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst: *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen.* 180 sider. ISBN: 978-87-7119-123-3. e-ISBN: 978-87-7119-124-0. Vejledende pris: 180,00 kr.

- 12:27 Høst, A.K., T. Fridberg, D.L. Stigaard & B. Boje-Kovacs: *Når fogeden banker på. Fogedsager og effektive udsættelser af lejere*. 422 sider. ISBN: 978-87-7119-125-7. e-ISBN: 978-87-7119-126-4. Vejledende pris 420,00 kr.
- 12:28 Nielsen, H., A. Mølgaard & L. Dybdal: *Procesevaluering af boligsociale indsatser. Delrapport 2. Kvalitativ kortlægning af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje med fokus på projektorganisering og samarbejde*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-127-1. Netpublikation.
- 12:29 Andrade, S.B.: *Levekår i dansk landbrug. Analyse af sammenhænge mellem risikofaktorer og dyrvernssager i landbruget fra 2000 til 2008*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-128-8. e-ISBN: 978-87-7119-129-5. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 12:30 Ottosen, M.H. (red.): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 348 sider. ISBN: 978-87-7119-130-1. e-ISBN: 978-87-7119-131-8. Vejledende pris: 340,00 kr.
- 12:31 Bach, H.B.: *Arbejdsmarkedsparathed og selvforsørgelse*. 36 sider. e-ISBN: 978-87-7119-133-2. Netpublikation.
- 12:32 Christensen, E. & A.P. Langhede: *Evaluering af psykologhjælp til børn på krisecentre*. 61 sider. ISBN: 978-87-7811-197-5. Netpublikation. Udgivet af Ankestyrelsen og SFI.
- 12:33 Termansen, T. & C.S. Sonne-Schmidt: *Forebyggende fysisk træning til ældre. En undersøgelse af effekten af en kort træningsindsats på aldres fysiske funktionsevne*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-135-6. e-ISBN: 978-87-7119-136-3. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 12:34 Hansen, H., P.R. Skov & K.M. Sørensen: *Støtte til udsatte børnefamilier. En effektmåling af familiebehandling og praktisk pædagogiske støtte*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-137-0. Netpublikation
- 12:35 Ellerbæk, L.S., V. Jakobsen, S. Jensen & H. Holt: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2012*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-138-7. e-ISBN: 978-87-7119-139-4. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:36 Jakobsen, T.B., S.V. Lyk-Jensen & D.L. Stigaard: *Lige muligheder – metodisk grundlag for en effektevaluering. Evalueringsrapport 2*. 82 sider. e-ISBN: 978-87-7487-140-0. Netpublikation.
- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:02 Liversage, A., R. Bille & V. Jakobsen: *Den danske au pair-ordning*. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejebolig*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V.M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiq. Evaluering af en bo-enhed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiq. Meeqqanut aarlerinartorsiorturnut najugaqatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A.K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutpakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.

- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet modregruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:14 Graversen, B.K., M. Larsen & J.N. Arendt: *Kommunernes rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 146 sider. e-ISBN: 978-87-7119-168-4. Netpublikation
- 13:15 Bengtsson, S. & S.Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:16 Christensen, E.: *Ung i det grønlandske samfund. Unges holdning til og viden om sociale problemer og muligheder*. 58 sider. e-ISBN: 978-87-7119-171-4. Netpublikation.
- 13:17 Christensen, E.: *Kalaallit inuiaqatigiivini inuusuttuaqqat. Inuusuttuaqqat inoqatigiinnermi ajornartorsiutit periarfissallu pillugit ilisimasaat isummertariaasaallu*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7117-172-1. Netpublikation.
- 13:18 Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen: *Unge selvskade og spiseforstyrrelser. Kan social støtte gøre en forskel?* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-173-8. e-ISBN: 978-87-7119-174-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:19 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Volunteers in the Danish Home Guard 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-175-2. e-ISBN: 978-87-7119-176-9.
- 13:20 Luckow, S.T., T.B. Jakobsen, A.P. Langhede & J.H. Pejtersen: *Bedre overgange for udsatte unge. Midtvejsevaluering af efterværnsinitiativet 'Vejen til uddannelse og beskæftigelse'*. 98 sider. ISBN: 978-87-7119-177-6. e-ISBN: 978-87-7119-178-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 13:21 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2013. National kortlægning*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-179-0. e-ISBN: 978-87-7119-180-6. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 13:22 Jacobsen, S.J., A.H. Klynge & H. Holt: *Øremærkning af barsel til fædre. Et litteraturstudie*. 82 sider. ISBN: 978-87-7119-181-3. e-ISBN: 978-87-7119-182-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 13:23 Thuesen, F., H.B. Bach, K. Albæk, S. Jensen, N.L. Hansen & K. Weibel: *Socialøkonomiske virksomheder i Danmark. Når udsatte bliver ansatte*. 216 sider. ISBN: 978-87-7119-183-7. e-ISBN: 978-87-7119-184-4. Vejledende pris: 210,00 kr.

- 13:24 Larsen, M. & H.S.B. Houllberg: Lønforskelle mellem mænd og kvinder 2007-2011. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-185-1. e-ISBN: 978-87-7119- 186-8. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:25 Larsen, M. & H.S.B. Houllberg: *Mere uddannelse, mere i løn?* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7117-188-2. Netpublikation.
- 13:26 Damgaard, M., Steffensen, T. & S. Bengtsson: *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhænge mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsættelse.* 193 sider. ISBN: 978-87-7119-189-9. e-ISBN: 978-87-7119-190-5. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 13:27 Holt, H. & K. Nilsson: *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. Virksomhedernes rolle og erfaringer.* 100 sider. ISBN: 978-87-7119-191-2. e-ISBN: 978-87-7119-192-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:28 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark.* 410 sider. ISBN: 978-87-7119-193-6. e-ISBN: 978-87-7119-194-3. Vejledende pris: 400,00 kr.
- 13:29 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark. Sammenfatning af resultater fra PLAAC.* 62 sider. ISBN: 978-87-7119-195-0. e-ISBN: 978-87-7119-196-7. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:30 Christensen, E.: *Børn i Mælkebøtten. Fra socialt udsat til mønsterbryder?* 125 sider. ISBN: 978-87-7119-197-4. e-ISBN: 978-87-7119- 198. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 13:31 Christensen, E.: *Meeqqat Mælkebøttenimiittut. Isumaginninnikkut aarlerinartorsioortumiit ileqqunik allannortitsisumut?* 149 sider. ISBN: 978-87-7119-199-8. e-ISBN: 978-87-7119- 200-1. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 13:32 Bengtsson, S., H.E.D. Jørgensen & S.T. Grønfeldt: *Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse. Den første kortlægning på personniveau.* 130 sider. ISBN: 978-87-7119-201-8. e-ISBN: 978-87-7119- 202-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 13:33 Benjaminsen, L., J.F. Birkelund & M.H. Enemark: *Hjemløse borgers sygdom og brug af sundhedsydelser.* 206 sider. ISBN: 978-87-7119-203-2. e-ISBN: 978-87-7119-204-9. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 13:34 Larsen, L.B. & S. Bengtsson: *Talblindhed. En forskningsoversigt.* 175 sider. ISBN: 978-87-7119-205-6. e-ISBN: 978-87-7119- 206-3. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:35 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder i industrien. Medarbejdere med håndværkspræget arbejde eller operator- og monteringsarbejde.* 978-87-7119-207-0. Netpublikation.
- 13:37 Kjeldsen, M.M. & Høgelund, J.: *Effektmåling af Forebyggelsesfondens projekter.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-210-0. e-ISBN: 978-87-7119-211-7. Vejledende pris: 90,00 kr.

HJEMLØSE BORGERES SYGDOM OG BRUG AF SUNDHEDSYDELSER

Denne rapport er en undersøgelse af hjemløse borgeres sygdomsmønster og deres brug af sundhedsydelser.

Rapporten viser overordnet, at der blandt borgere, der har været hjemløse, er en øget sygelighed i forhold til den øvrige befolkning. Det hænger tæt sammen med, at blandt andet misbrug og psykisk sygdom er meget udbredt blandt hjemløse borgere. Men også når man korrigerer for misbrug og psykisk sygdom, har de hjemløse borgere forøget risiko for en række sygdomme som fx infektionssygdomme, lungebetændelse og KOL.

Undersøgelsen identificerer også et merforbrug af sundhedsydelser blandt de hjemløse borgere. Både skadestue, læge og vagtlæge bliver besøgt væsentligt oftere af de hjemløse borgere end af den resterende befolkning. Men selv om hjemløse borgere oftere bruger sundhedsydelser generelt, så er der også klinikker, hvor de ikke kommer så tit. Rapporten viser blandt andet, at de sjældent besøger tandlæge og speciallæge.

Den stærke oversygelighed i gruppen af hjemløse borgere peger generelt på et behov for at medtænke en sundhedsmæssig dimension i den sociale støtte til disse borgere.

Undersøgelsen er finansieret af Helsefonden.