

Statens Institut for Folkesundhed

# Dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker i Danmark

## Registeropfølgning 2007-2021

Pia Vivian Pedersen  
Nanna Bjørnbak Christoffersen  
Sofie Rossen Møller  
Michael Davidsen

## **Dødelighed og brug af sundhedsvæsnen blandt socialt udsatte mennesker i Danmark**

Registeropfølgning 2007-2021

Pia Vivian Pedersen

Nanna Bjørnbak Christoffersen

Sofie Rossen Møller

Michael Davidsen

Internt review:

Anne Illemann Christensen, ph.d., seniorforsker

Copyright © 2023

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-580-3

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Stuðiestræde 6

1455 København K

[www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

Rapporten kan downloades fra [www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

# Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af en registerbaseret undersøgelse af socialt udsatte menneskers dødelighed og brug af sundhedsvæsnets i perioden 2007-2021.

I rapporten følges 2.888 personer, som har deltaget i spørgeskemabaserede undersøgelser af socialt udsatte menneskers sundhed, sygelighed og trivsel – SUSY UDSAT – som blev gennemført i 2007, 2012 og 2017 af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Rådet for Socialt Udsatte. Personerne følges i offentlige, danske registre om dødelighed, kontakter til sundhedsvæsnets og anvendelse af tvang i psykiatrien.

Formålet med undersøgelsen er at beskrive og sammenligne socialt udsatte menneskers dødelighed, middellevetid og dødsårsagsmønstre med den øvrige danske befolkning. Derudover er formålet at belyse socialt udsatte menneskers brug af sundhedsvæsnets og sammenligne denne med den øvrige befolkning.

Vi håber, at rapporten vil bidrage til at øge kendskabet blandt sundhedsprofessionelle, beslutningstagere og befolkningen til den sociale ulighed i sundhed i Danmark og vil inspirere til udvikling af indsatser, der giver mennesker i social udsathed bedre adgang til og udbytte af sundhedsvæsnets.

Undersøgelsen er udarbejdet for Rådet for Socialt Udsatte af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, bestående af seniorforsker Pia Vivian Pedersen, videnskabelig assistent Nanna Bjørnbak Christoffersen, videnskabelig assistent Sofie Rossen Møller og seniorforsker Michael Davidsen.

Vi vil gerne rette en særlig tak til alle de svarpersoner, der har deltaget i SUSY UDSAT-undersøgelserne og til medarbejdere på herberger, væresteder og øvrige sociale tilbud for deres store hjælp i forbindelse med undersøgelserne. Uden deres hjælp var denne undersøgelse aldrig blevet gennemført.



---

Morten Hulvej Rod  
Direktør,  
Statens Institut for Folkesundhed,  
SDU



---

Kira West  
Formand,  
Rådet for Socialt Udsatte

# Indhold

<b>1 Sammenfatning</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Baggrund</b> .....	<b>17</b>
<b>3 Datakilder</b> .....	<b>19</b>
<b>4 Metode</b> .....	<b>22</b>
<b>5 Dødelighed</b> .....	<b>34</b>
5.1 Middellevetid.....	34
5.2 Dødelighed .....	35
<b>6 Kontakter til primærsektoren</b> .....	<b>39</b>
6.1 Kontakt til alment praktiserende læger.....	39
6.2 Brug af sygesikringsydelser .....	42
<b>7 Kontakter til sekundærsektoren</b> .....	<b>43</b>
7.1 Somatiske indlæggelser.....	43
7.2 Somatiske ambulante hospitalsbesøg.....	51
7.3 Somatiske akutmodtagelsesbesøg .....	58
7.4 Psykiatriske indlæggelser .....	65
7.5 Tvang i psykiatrien.....	69
7.6 Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg .....	75
7.7 Psykiatriske akutmodtagelsesbesøg.....	79
<b>8 Diskussion</b> .....	<b>83</b>
<b>9 Referencer</b> .....	<b>91</b>

# 1 Sammenfatning

I denne rapport beskrives socialt udsatte menneskers dødelighed og brug af sundhedsvæsnets, og der foretages en sammenligning med den øvrige danske befolkning. Rapporten er baseret på analyser af offentlige, danske registre om dødelighed, sygesikringsydelse og kontakter til offentlige og private sygehuse i Danmark i perioden 2007-2021.

Undersøgelsens formål er:

- 1) at beskrive og sammenligne socialt udsatte menneskers middellevetid, dødelighed og dødsårsagsmønstre med den øvrige danske befolkning
- 2) at beskrive og sammenligne socialt udsatte menneskers brug af sundhedsvæsnets med den øvrige danske befolkning. I rapporten belyser vi dels brugen af primærsektoren (alment praktiserende læge og en række andre sygesikringsydelser, som for eksempel speciallæge og tandlæge) og dels brugen af sekundærsektoren (somatiske og psykiatriske hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og akutmodtagelsesbesøg). Som en del af analysen af psykiatriske hospitalsindlæggelser belyser vi desuden brugen af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for socialt udsatte mennesker.

Socialt udsatte mennesker defineres i rapporten som *brugere af herberger, forsorgshjem, væresteder, varmestuer, natcaféer, botilbud og andre lignende tilbud*. I undersøgelsen indgår i alt 2.888 socialt udsatte mænd og kvinder i alderen 16-79 år, som har deltaget i spørgeskemabaserede undersøgelser af socialt udsatte menneskers sundhed, sygelighed og trivsel gennemført i henholdsvis 2007, 2012 og 2017, og som har oplyst et gyldigt CPR-nummer.

I rapporten sammenlignes gruppen af socialt udsatte mennesker med i alt 41.625 personer, som har deltaget i nationalt repræsentative sundheds- og sygelighedsundersøgelser gennemført i henholdsvis 2005, 2010 og 2017. Denne population betegnes i rapporten som *'den øvrige befolkning'*.

Ud over at sammenligne gruppen af socialt udsatte mennesker med den øvrige befolkning opgøres dødelighed og brug af sundhedsvæsnets også undervejs i rapporten i forhold til forskellige former for social udsathed, som betegnes *'belastende livsomstændigheder'*. Der anvendes en kategorisering i fem former for belastende livsomstændigheder: 1) alkoholoverforbrug, 2) psykisk lidelse, 3) hjemløshed, 4) stofbrug og 5) fattigdom. Denne kategorisering anvendes til at belyse, om nogle belastende livsomstændigheder er forbundet med højere dødelighed og hyppigere brug af sundhedsvæsnets end andre. Herudover bruges kategoriseringen til at belyse betydningen af at leve under flere belastende livsomstændigheder samtidig.

I det følgende præsenteres undersøgelsens hovedresultater, hvoraf udvalgte af rapportens resultater præsenteres i figurer, der viser den relative risiko for den givne indikator blandt socialt udsatte mænd og kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Mænd og kvinder i den øvrige befolkning udgør således referencegruppen og har værdien 1. Hvis den relative risiko er højere end 1, betyder det, at socialt udsatte mænd eller kvinder har en øget risiko sammenlignet med henholdsvis mænd eller kvinder i den øvrige befolkning. Hvis den relative risiko

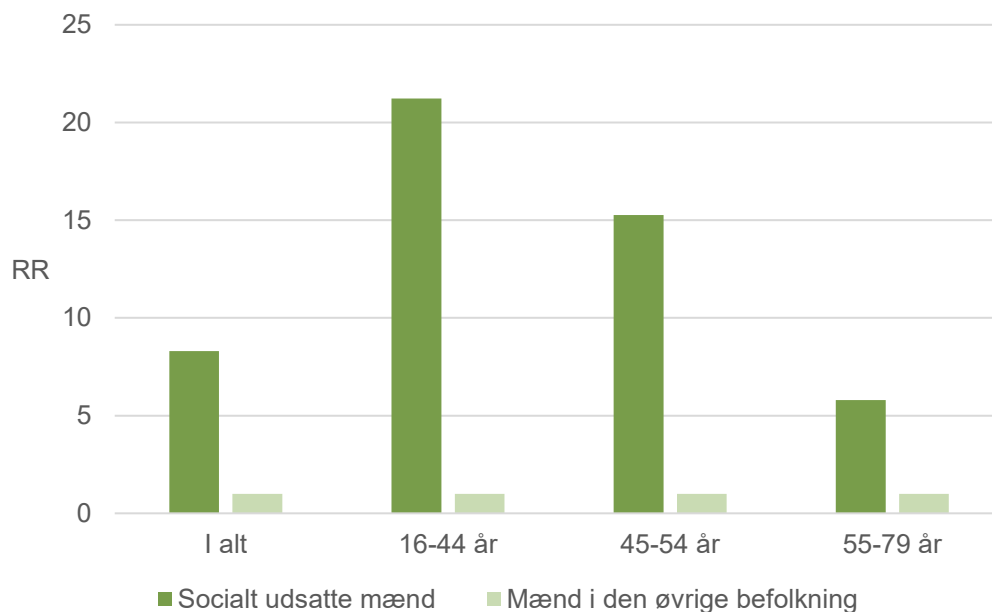
er lavere end 1, betyder det, at socialt udsatte mænd eller kvinder har en lavere risiko sammenlignet med henholdsvis mænd eller kvinder i den øvrige befolkning.

## Middellevetid og dødelighed

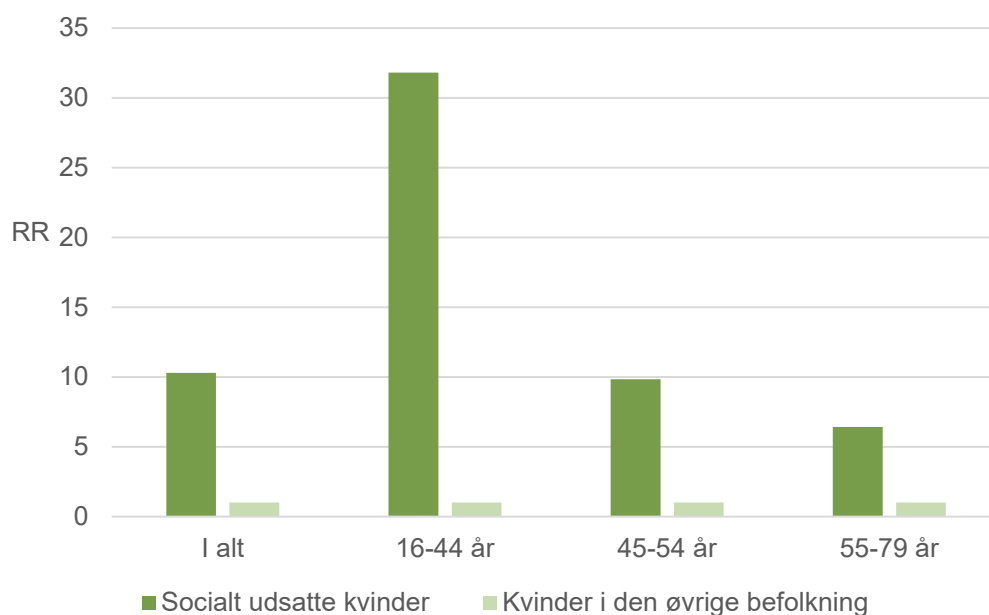
Middellevetiden er et udtryk for den levetid, som en nyfødt forventes at leve. I 2021 er middellevetiden blandt socialt udsatte mænd og kvinder henholdsvis 61 og 66 år. Det betyder, at den forventede levetid blandt socialt udsatte mænd er 18 år kortere end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinders forventede levetid er 17 år kortere end blandt kvinder i den øvrige befolkning. Den samlede middellevetid for socialt udsatte mennesker i 2021 er 64 år, hvilket er 17 år kortere end den øvrige befolknings.

Som det fremgår af figur 1.1 og figur 1.2, har socialt udsatte mennesker en markant højere dødelighed end den øvrige befolkning. Dette gælder både for socialt udsatte mænd og kvinder og på tværs af aldersgrupper. Dødeligheden blandt socialt udsatte mænd er således otte gange højere end blandt mænd i den øvrige befolkning, mens dødeligheden blandt socialt udsatte kvinder er ti gange højere end blandt kvinder i den øvrige befolkning.

**Figur 1.1** Overdødelighed (relativ risiko) blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. 2007-2021



**Figur 1.2** Overdødelighed (relativ risiko) blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. 2007-2021



Der ses især en høj dødelighed blandt unge (16-44-årige) mænd og kvinder, der lever i social udsathed (se figur 1.1 og figur 1.2). Dødeligheden blandt 16-44-årige socialt udsatte mænd og kvinder er således henholdsvis 21 og 32 gange højere end dødeligheden blandt 16-44-årige mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Dette er en del af forklaringen på socialt udsatte menneskers lavere middellevetid – jo yngre man dør, desto større betydning har det for den samlede middellevetid.

Når dødeligheden opgøres i forhold til forskellige belastende livsomstændigheder, som socialt udsatte mennesker lever under, viser undersøgelsen en forhøjet dødelighed blandt socialt udsatte mænd og kvinder med henholdsvis et alkoholoverforbrug og et stofbrug sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder uden henholdsvis et alkoholoverforbrug og et stofbrug. For både socialt udsatte mænd og kvinder ses en øget dødelighed blandt personer, der lever under to eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med personer, der ikke lever under nogen belastende livsomstændigheder.

Dødsårsagsmønstret blandt socialt udsatte mennesker er også markant anderledes end mønstret i den øvrige befolkning. Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd en markant højere risiko for at dø af stof- og alkoholrelaterede årsager samt af øvrige ikke-naturlige årsager, såsom ulykker, drab og selvmord. Ser man alene på dødsfald som følge af selvmord viser undersøgelsen, at socialt udsatte mænd har en næsten syv gange højere risiko for at dø af selvmord sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

Socialt udsatte kvinder har, ligesom socialt udsatte mænd, en markant højere risiko for at dø af stof- og alkoholrelaterede årsager samt af øvrige ikke-naturlige årsager såsom ulykker, drab og selvmord sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Derudover ses også en markant forhøjet dødelighed som følge af symptomer og unormale fund blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

## Kontakter til primærsektoren

Undersøgelsen viser, at socialt udsatte mennesker i alle aldersgrupper har en højere risiko for kontakt til alment praktiserende læge end den øvrige befolkning. Samlet set har socialt udsatte mænd og kvinder henholdsvis 52 % og 56 % højere risiko for kontakt til alment praktiserende læge sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.3 og figur 1.4).

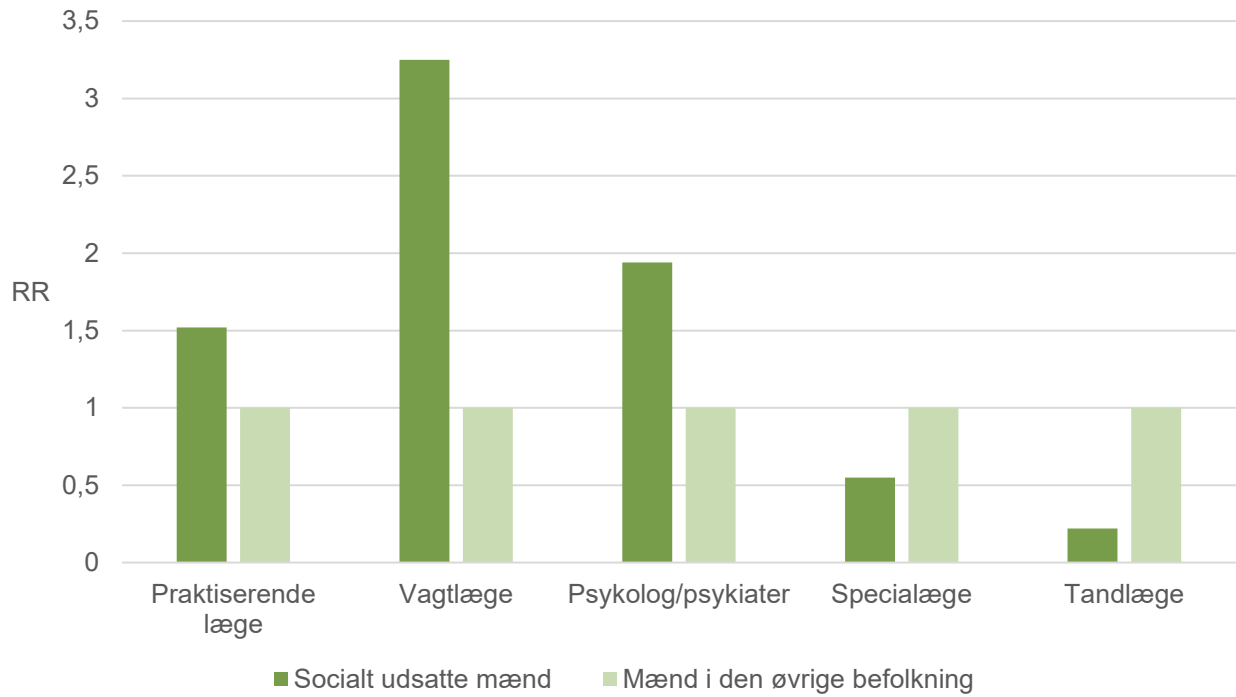
Når kontakter til primærsektoren opgøres i forhold til forskellige belastende livsomstændigheder, som socialt udsatte mennesker lever under, viser undersøgelsen, at socialt udsatte mænd og kvinder med en psykisk lidelse har en forhøjet risiko for kontakt til alment praktiserende læge sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder uden en psykisk lidelse. Socialt udsatte mænd med et stofbrug har ligeledes en øget risiko for kontakt til alment praktiserende læge sammenlignet med mænd uden et stofbrug. Omvendt har socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug og socialt udsatte mænd, der lever i hjemløshed, en formindsket risiko for kontakt til alment praktiserende læge sammenlignet med mænd, der ikke lever under disse belastende livsomstændigheder. Socialt udsatte mænd og kvinder, som lever under én eller flere belastende livsomstændigheder, har en forhøjet risiko for kontakt til alment praktiserende læge sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder, der ikke lever under nogen af de undersøgte belastende livsomstændigheder.

I forhold til brugen af andre sygesikringsydelser viser undersøgelsen, at socialt udsatte mænd og kvinder har øget risiko for kontakt til vagtlæge og psykolog/psykiater (se figur 1.3 og figur 1.4). Socialt udsatte mænd har eksempelvis lidt over tre gange højere risiko for kontakt til vagtlæge end mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinder har næsten fem gange højere risiko sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

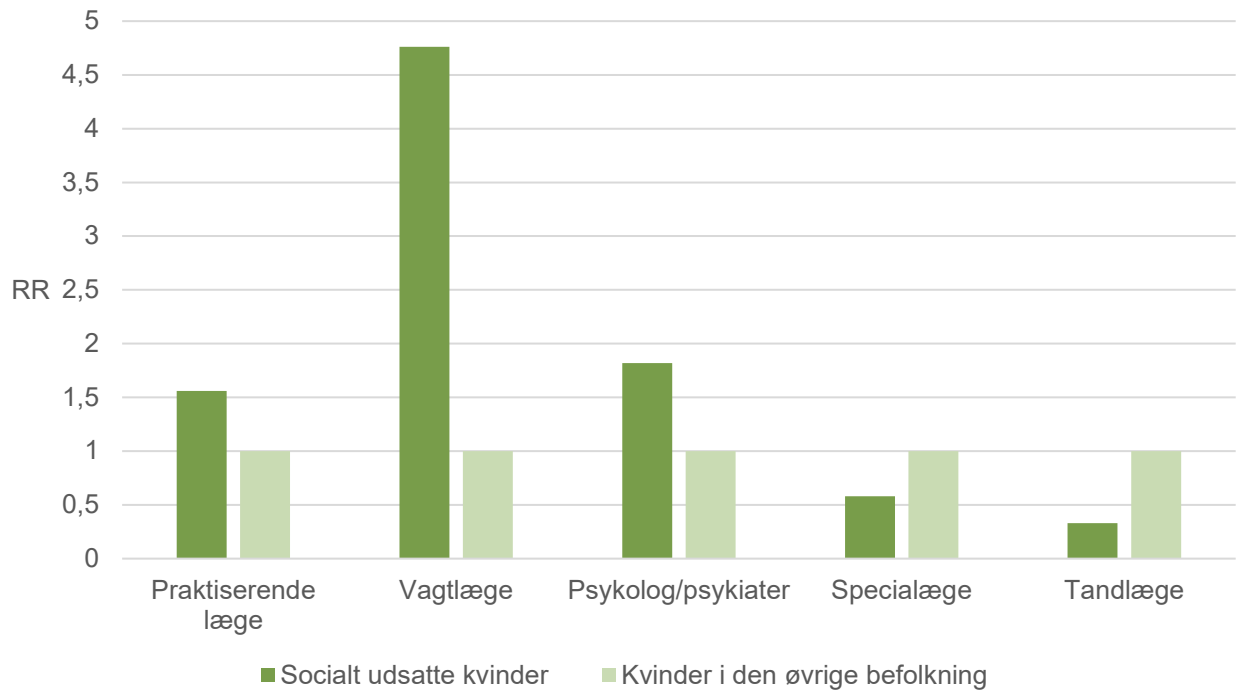
Omvendt har socialt udsatte mænd og kvinder en væsentligt lavere risiko for kontakt til speciallæge, tandlæge og terapeut. Eksempelvis har socialt udsatte mænd og kvinder henholdsvis 45 % og 42 % lavere risiko for kontakt til speciallæge sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.3 og figur 1.4). Socialt udsatte mænd og kvinder har desuden henholdsvis 78 % og 67 % lavere risiko for kontakt til tandlæge end mænd og kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.3 og figur 1.4).



**Figur 1.3** Relativ risiko for brug af sygesikringsydelser blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. 2007-2020



**Figur 1.4** Relativ risiko for brug af sygesikringsydelser blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. 2007-2020



## Kontakter til sekundærsektoren

Kontakter til sekundærsektoren omfatter i denne rapport hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og akutmodtagelsesbesøg på henholdsvis somatiske og psykiatriske afdelinger.

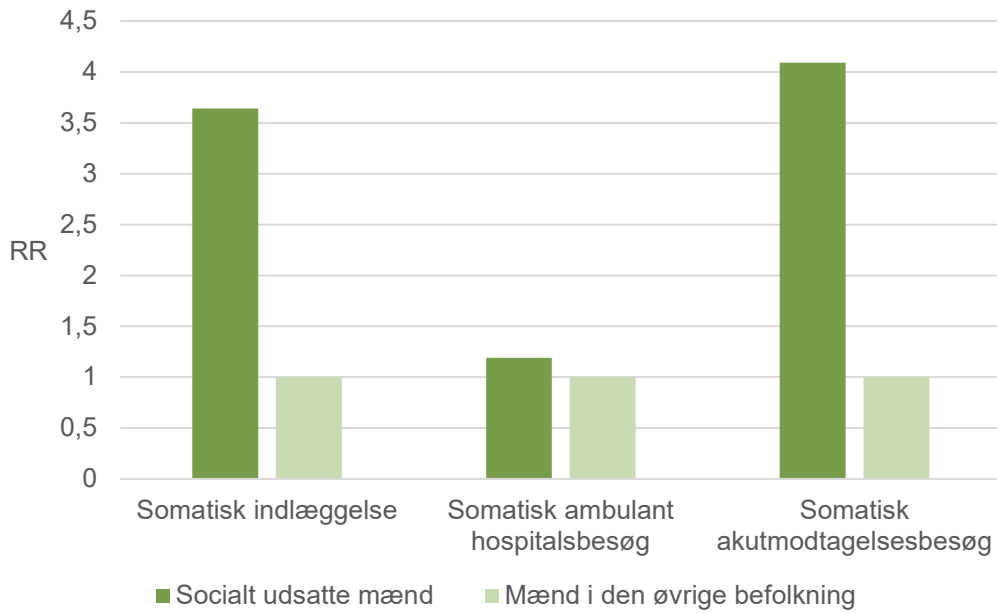
## Somatiske indlæggelser

Samlet set har socialt udsatte mænd tre og en halv gange højere risiko for somatisk indlæggelse end mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinder har tre gange højere risiko for somatisk indlæggelse end kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.5 og figur 1.6). Der ses en øget risiko for somatiske indlæggelser i alle aldersgrupper.

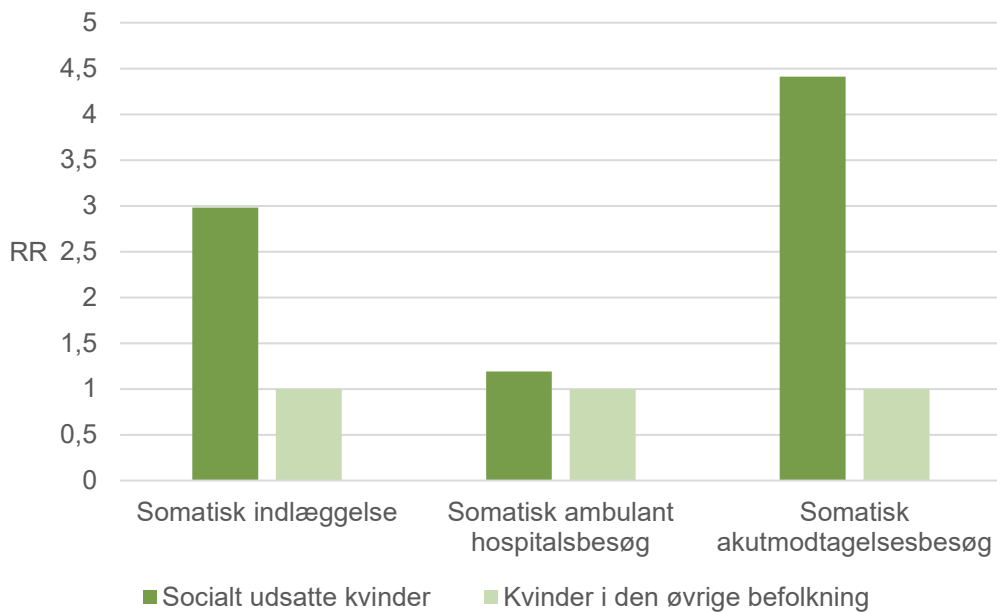
Socialt udsatte mænd og kvinder har en øget risiko for somatiske indlæggelser for de fleste sygdomsgrupper, og risikoen er særligt høj for indlæggelser grundet psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer (51 gange højere for socialt udsatte mænd og 48 gange højere for socialt udsatte kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning).

Blandt socialt udsatte mænd ses en øget risiko for somatiske indlæggelser uanset typen af belastende livsomstændigheder. Eksempelvis har socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug 74 % højere risiko for somatisk indlæggelse end mænd uden et alkoholoverforbrug. Socialt udsatte kvinder, der lever i hjemløshed, eller som har et stofbrug, har en øget risiko for somatisk indlæggelse sammenlignet med kvinder, der ikke lever under disse belastende livsomstændigheder. Ser man nærmere på betydningen af antallet af belastende livsomstændigheder, ses især en øget risiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd og kvinder, som lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med mænd og kvinder, der ikke lever under nogen af de undersøgte belastende livsomstændigheder.

**Figur 1.5** Relativ risiko for brug af somatisk sekundærsektor blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, 2007-2018



**Figur 1.6** Relativ risiko for brug af somatisk sekundærsektor blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning, 2007-2018



## Somatiske ambulante hospitalsbesøg

Samlet set har socialt udsatte mennesker 19 % højere risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med den øvrige befolkning (se figur 1.5 og figur 1.6). Socialt udsatte mennesker har en øget risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg for flere af de undersøgte sygdomsgrupper sammenlignet med den øvrige befolkning. Risikoen for ambulante hospitalsbesøg er særligt høj for infektionssygdomme, hvor risikoen for socialt udsatte mænd er 15 gange højere og for socialt udsatte kvinder 37 gange højere sammenlignet med den øvrige befolkning.

Ser man nærmere på betydningen af de belastende livsomstændigheder, ses det, at socialt udsatte mænd i hjemløshed har lavere risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever i hjemløshed. Desuden har socialt udsatte kvinder med et alkoholoverforbrug lavere risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med socialt udsatte kvinder uden et overforbrug af alkohol.

## Somatiske akutmodtagelsesbesøg

Socialt udsatte mænd og kvinder har lidt over fire gange højere risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.5 og figur 1.6). Den øgede risiko ses for alle aldersgrupper. Socialt udsatte mænd og kvinder har en øget risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg for de fleste sygdomsgrupper. Risikoen for somatiske akutmodtagelsesbesøg er særligt høj som følge af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer (68 gange højere for socialt udsatte mænd og 41 gange højere for socialt udsatte kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning).

Socialt udsatte mænd har en øget risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg uanset typen af belastende livsomstændigheder. Eksempelvis har socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug over dobbelt så stor risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med socialt udsatte mænd uden et alkoholoverforbrug. Socialt udsatte kvinder, der lever i hjemløshed har næsten dobbelt så høj risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke lever i hjemløshed. Der ses også en øget risiko blandt socialt udsatte kvinder med et alkoholoverforbrug og blandt kvinder, der lever i fattigdom, sammenlignet med kvinder, der ikke lever under disse belastende livsomstændigheder. Ser man på betydningen af antallet af belastende livsomstændigheder, ses det, at risikoen for somatiske akutmodtagelsesbesøg er næsten tre gange højere blandt socialt udsatte mænd og kvinder, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder, der ikke lever under nogen af de undersøgte belastende livsomstændigheder.

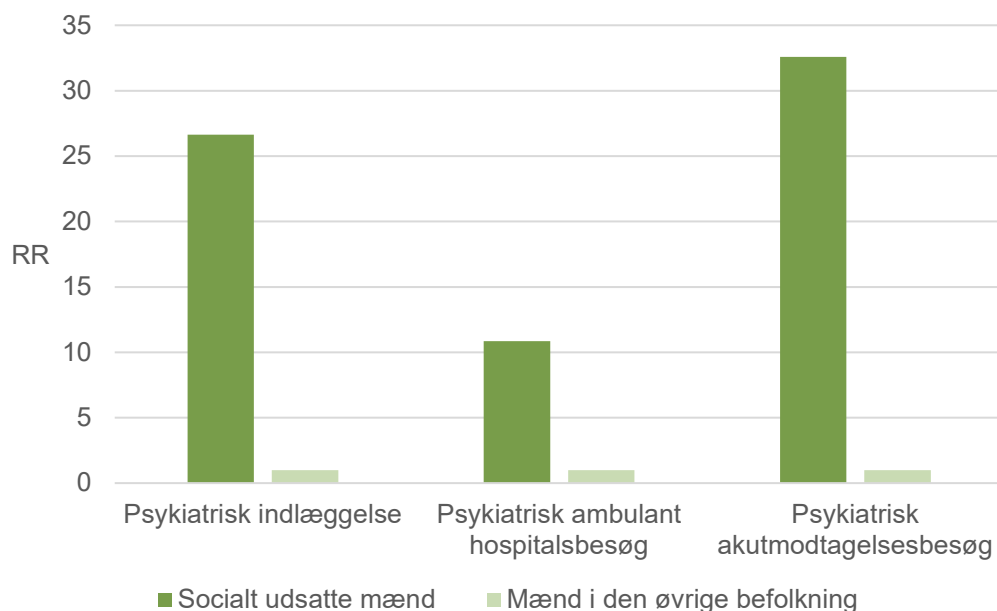
## Psykiatriske indlæggelser

Samlet set er socialt udsatte mænds risiko for psykiatriske indlæggelser 27 gange højere end mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinders risiko er 18 gange højere sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.7 og figur 1.8). For både socialt udsatte mænd og kvinder

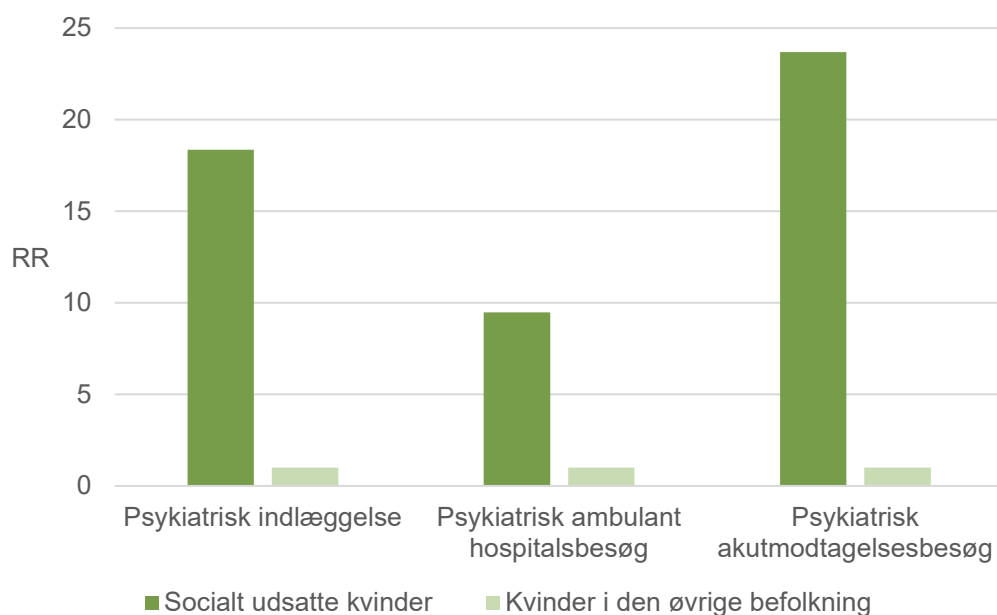
ses en øget risiko for psykiatriske indlæggelser for alle undersøgte sygdomsgrupper. Risikoen for psykiatriske indlæggelser er markant forhøjet for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer (henholdsvis 111 gange højere risiko blandt socialt udsatte mænd og 158 gange højere risiko blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning).

Ser man nærmere på betydningen af de belastende livsomstændigheder, ses det, at socialt udsatte mænd og kvinder med en psykisk lidelse har en øget risiko for psykiatriske indlæggelser sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder uden en psykisk lidelse. Socialt udsatte kvinder, der lever i hjemløshed, og socialt udsatte mænd med et stofbrug har ligeledes en øget risiko for psykiatriske indlæggelser sammenlignet med kvinder og mænd, der ikke lever under disse belastende livsomstændigheder. For socialt udsatte mænd stiger risikoen for psykiatriske indlæggelser gradvist med antallet af belastende livsomstændigheder. Risikoen for psykiatrisk indlæggelse er således knap seks gange højere for socialt udsatte mænd, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder, sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever under nogen af de undersøgte belastende livsomstændigheder. For socialt udsatte kvinder ses ikke samme gradvise tendens, men det ses dog, at risikoen for psykiatrisk indlæggelse er tre gange højere blandt socialt udsatte kvinder, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder, end for socialt udsatte kvinder, der ikke lever under nogen af de undersøgte belastende livsomstændigheder.

**Figur 1.7** Relativ risiko for brug af psykiatrisk sekundærsektor blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, 2007-2018



**Figur 1.8:** Relativ risiko for brug af psykiatrisk sekundærsektor blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. 2007-2018



## Tvang i psykiatrien

I rapporten belyses anvendelse af tvang i psykiatrien over for henholdsvis socialt udsatte personer og den øvrige befolkning. Rapporten viser, at hyppigheden af tvangsforanstaltninger i psykiatrien er højere blandt socialt udsatte kvinder (272 tvangsforanstaltninger per 1.000 personer per år) sammenlignet med socialt udsatte mænd (176 tvangsforanstaltninger per 1.000 personer per år). Socialt udsatte mænd har 52 gange højere risiko for at blive udsat for tvangsforanstaltninger sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinder har 44 gange højere risiko for at blive udsat for tvangsforanstaltninger sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

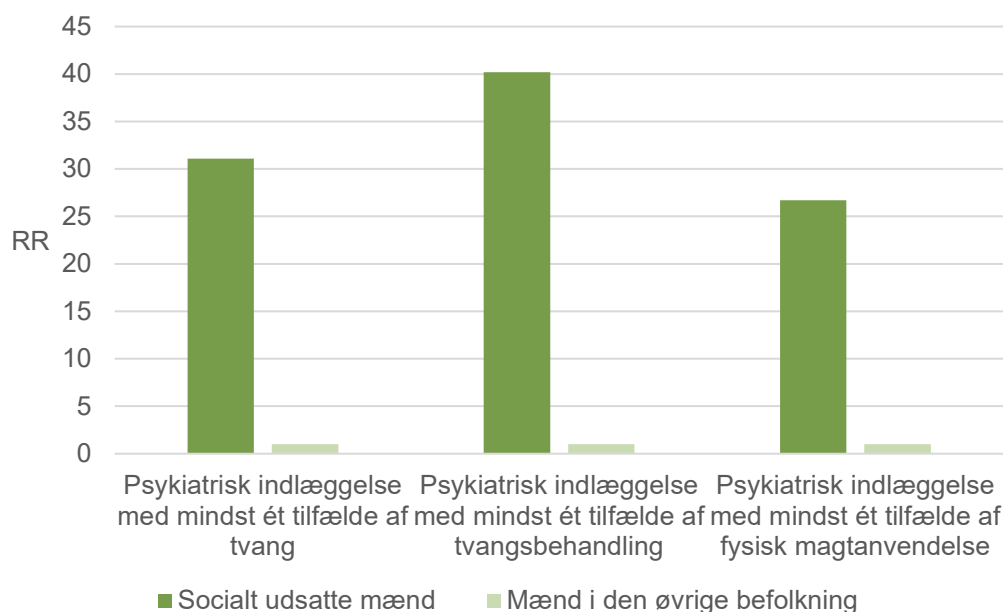
Når der ses på psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang, fremgår det, at socialt udsatte mænd har 31 gange højere risiko herfor sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinder har 22 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse med mindst ét tilfælde af tvang sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.9 og figur 1.10). Ser man nærmere på betydningen af de belastende livsomstændigheder, ses det, at socialt udsatte mænd med en psykisk lidelse og socialt udsatte mænd med et stofbrug har forhøjet risiko for en psykiatrisk indlæggelse med mindst ét tilfælde af tvang sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever under disse belastende livsomstændigheder.

Betragtes forskellige typer af tvangsforanstaltninger, viser undersøgelsen, at socialt udsatte mænd har 40 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse med mindst én tvangsbehandling sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning (se figur 1.9). Tvangsbehandling dækker blandt andet over tvangsmedicinering og tvangsbehandling med elektrochok. Socialt udsatte kvinder har mere end 32 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse med mindst én tvangsbehandling sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.10). I forhold til psykiatriske

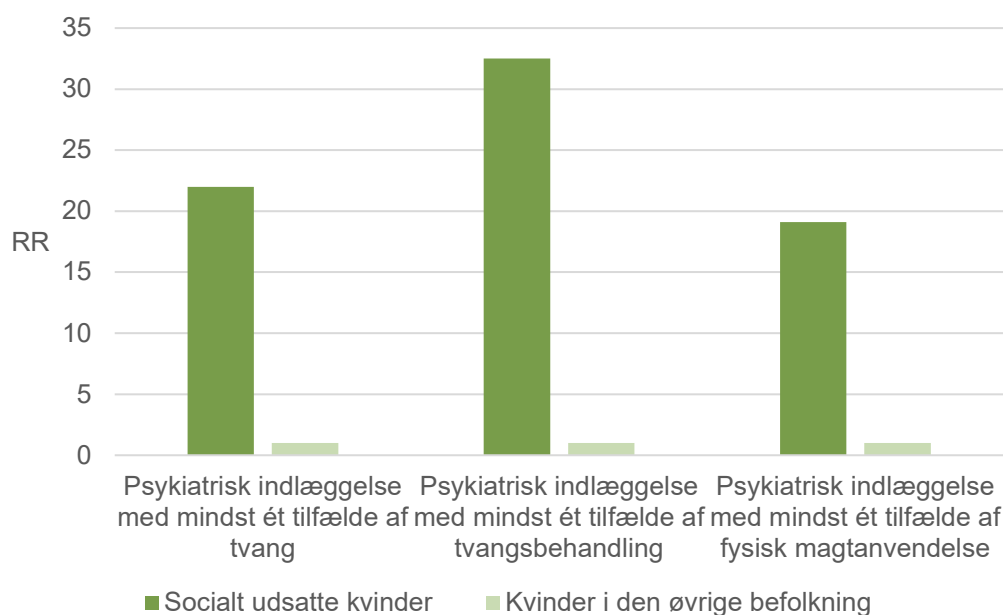
indlæggelser med mindst én fysisk magtanvendelse, som blandt andet dækker over tvangsfiksering med bælte, har socialt udsatte mænd over 26 gange højere risiko sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinder har 19 gange højere risiko end kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.9 og figur 1.10).

Analyserne omhandlende tvang i psykiatrien skal ses i lyset af, at socialt udsatte mennesker også indlægges hyppigere i psykiatrien end den øvrige befolkning.

**Figur 1.9** Relativ risiko for psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. 2007-2021



**Figur 1.10** Relativ risiko for psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. 2007-2021



## Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg

Samlet set har socialt udsatte mænd mere end 10 gange så høj risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinder har mere end ni gange så høj risiko sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning, hvilket fremgår af figur 1.7 og figur 1.8. Der ses en øget risiko i alle aldersgrupper. Når psykiatriske ambulante hospitalsbesøg opgøres på sygdomsgrupper, fremgår det, at socialt udsatte mænd og kvinder har en øget risiko for ambulante besøg som følge af næsten alle sygdomsgrupper. Den højeste risiko ses for sygdomsgruppen psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer, hvor risikoen for socialt udsatte mænd er 32 gange højere end mænd i den øvrige befolkning, og risikoen for socialt udsatte kvinder er 38 gange højere end kvinder i den øvrige befolkning.

Undersøgelsen viser desuden, at socialt udsatte mænd og kvinder med en psykisk lidelse har over fem gange højere risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder uden en psykisk lidelse. Der ses omvendt en lavere risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd med et alkoholoverbrug og mænd, som lever i hjemløshed, sammenlignet med mænd, der ikke lever under disse belastende livsomstændigheder. Endelig ses der en lavere risiko blandt socialt udsatte kvinder, der lever i fattigdom, sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke lever i fattigdom.



## Psykiatriske akutmodtagelsesbesøg

Samlet set er risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg omkring 33 gange højere for socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens risikoen er knap 24 gange højere for socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning (se figur 1.7 og figur 1.8). Der ses en øget risiko i alle aldersgrupper. Socialt udsatte mænd og kvinder har en øget risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg som følge af alle undersøgte sygdomsgrupper. For socialt udsatte mænd er risikoen særligt høj som følge af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer (over 200 gange højere risiko sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning). For socialt udsatte kvinder er risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg højest som følge af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol, hvor socialt udsatte kvinder har 106 gange højere risiko for et psykiatrisk akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

Når der sammenlignes mellem typer af belastende livsomstændigheder, ses det, at socialt udsatte mænd med en psykisk lidelse har fire gange højere risiko for psykiatrisk akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med socialt udsatte mænd uden en psykisk lidelse. Der ses også en øget risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mænd med et stofbrug sammenlignet med mænd uden et stofbrug. For socialt udsatte kvinder gælder, at kvinder i hjemløshed har over dobbelt så høj risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke lever i hjemløshed. Blandt socialt udsatte mænd stiger risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg gradvist med antallet af belastende livsomstændigheder. Risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg for socialt udsatte mænd, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder, er over 5 gange højere end for socialt udsatte mænd, der ikke lever under nogen af de undersøgte belastende livsomstændigheder. Blandt socialt udsatte kvinder ses derimod ingen væsentlig forskel i risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg mellem kvinder, der lever under én eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med kvinder, der ikke lever under nogen af de undersøgte belastende livsomstændigheder.

## Diskussion

I rapportens afsluttende kapitel diskuteres og perspektiveres undersøgelsens fund. Dette gøres blandt andet ved at inddrage andre studier af socialt udsatte menneskers dødelighed og brug af sundhedsvæsnets.

Samlet set dokumenterer denne undersøgelse en markant overdødelighed og et markant forhøjet brug af de fleste dele af sundhedsvæsnets blandt socialt udsatte mennesker sammenlignet med den øvrige befolkning. Dette skal ses i sammenhæng med, at socialt udsatte mennesker også har en markant højere sygelighed sammenlignet med den øvrige befolkning. Som fremhævet i rapportens afsluttende kapitel peger forskning dog på, at socialt udsatte menneskers merforbrug af sundhedsvæsnets ikke nødvendigvis er et udtryk for, at deres helbredsmæssige behov bliver imødekommet og afhjulpes. Tværtimod peger en række undersøgelser på, at socialt udsatte menneskers brug af sundhedsvæsnets også kan være sporadisk, fragmenteret og kompliceret.

## 2 Baggrund

I denne undersøgelse belyser vi socialt udsatte menneskers dødelighed og brug af sundhedsvæsnets i perioden fra 2007 til 2021 på baggrund af en række registre. Formålet med undersøgelsen er:

- 1) at beskrive og sammenligne socialt udsatte menneskers dødelighed, middellevetid og dødsårsagsmønstre med den øvrige danske befolkning
- 2) at belyse socialt udsatte menneskers brug af sundhedsvæsnets og foretage en sammenligning med den øvrige danske befolkning. I rapporten belyser vi både brugen af primærsektoren (almene praktiserende læge og en række andre sygesikringsydelser, som for eksempel speciallæge og tandlæge) og brugen af sekundærsektoren (somatiske og psykiatriske hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og besøg i akutmodtagelsen). Som en del af analysen af psykiatriske hospitalsindlæggelser belyser vi desuden brugen af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for socialt udsatte mennesker sammenlignet med den øvrige befolkning.

### Hvad vil det sige at leve i social udsathed?

Begrebet *social udsathed* er et flydende begreb, der ikke lader sig klart afgrænse eller definere. Begrebet dækker over mange forskellige livssituationer, men kan overordnet set forstås som en livssituation præget af flere sammensatte sociale og sundhedsrelaterede problemer. Disse problemer kan eksempelvis være problemer med rusmidler, arbejdsløshed, psykiske lidelser, mangel på socialt netværk, fattigdom og hjemløshed (Rådet for Socialt Udsatte 2021). Disse problemstillinger øger den enkeltes risiko for at blive ekskluderet fra eksempelvis uddannelsessystemet, arbejdsmarkedet, boligmarkedet og fra sociale aktiviteter og fællesskaber. Social udsathed skal desuden forstås som en proces, der kan variere over tid, og den enkelte vil typisk bevæge sig mellem varierende grader af social udsathed og marginalisering gennem forskellige livsfaser (Ahlmark et al. 2018, Pedersen 2018).

### Socialt udsatte mennesker i denne undersøgelse

I denne undersøgelse dækker betegnelsen 'socialt udsatte mennesker' bredt brugere af herberger, forsorgshjem, væresteder, varmestuer, natcaféer, botilbud og andre lignende tilbud. Oplysninger om socialt udsatte mennesker er indhentet via tre spørgeskemabaserede sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY UDSAT-undersøgelserne) i henholdsvis 2007, 2012 og 2017 (Pedersen et al. 2008, Pedersen et al. 2012, Ahlmark et al. 2018). Disse spørgeskemaundersøgelser var målrettet mennesker, der bruger herberger, væresteder og andre sociale tilbud, og ønsket var at nå bredt ud og indhente spørgeskemabesvarelser fra mennesker, der repræsenterer forskellige livssituationer og forskellige grader af social marginalisering. Respondenterne dækker dermed nogle af landets socialt udsatte mennesker, men dog langt fra alle – og ej heller et repræsentativt udsnit,

da et sådant ikke er muligt at bestemme. Dette skyldes, at betegnelsen 'socialt udsatte mennesker', som beskrevet tidligere, ikke er en fastdefineret og afgrænset gruppe.

Dødelighed og brug af sundhedsvæsnet beskrives ud fra nogle underinddelinger af social udsathed efter forskellige belastende livsomstændigheder, nemlig hjemløshed, fattigdom, psykisk lidelse, alkoholoverforbrug og stofbrug. Denne inddeling anvendes med henblik på at identificere, om nogle belastende livsomstændigheder er forbundet med større dødelighed og hyppigere brug af sundhedsvæsnet end andre. Denne inddeling bruges ligeledes til at belyse betydningen af at leve under flere belastende livsomstændigheder samtidig, hvilket er tilfældet for mange socialt udsatte mennesker. Dog er det vigtigt at understrege, at denne inddeling udelukkende er en metodisk kategorisering, som forsimples den komplekse livssituation, som kendetegner mange socialt udsatte menneskers liv. I metodekapitlet uddybes definitionen af de belastende livsomstændigheder.

### 3 Datakilder

I denne undersøgelse er der både anvendt spørgeskemadata og registerdata, som er blevet sammenkoblet via krypterede CPR-numre fra Det Centrale Personregister. Disse forskellige datakilder vil i dette afsnit blive beskrevet nærmere. CPR-numrene for socialt udsatte mennesker er indhentet gennem de tre SUSY UDSAT-undersøgelser.

#### **Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne for socialt udsatte mennesker**

Statens Institut for Folkesundhed, SDU har i samarbejde med Rådet for Socialt Udsatte gennemført SUSY UDSAT-undersøgelser i henholdsvis 2007, 2012 og 2017 (Pedersen et al. 2008, Pedersen et al. 2012, Ahlmark et al. 2018). Formålet med undersøgelserne har været at beskrive sundheds- og sygelighedstilstanden blandt socialt udsatte mennesker og sammenligne denne med tilstanden i den øvrige danske befolkning. Undersøgelserne er baseret på data fra spørgeskemaundersøgelser, hvor respondenterne er blevet rekrutteret gennem væresteder, herberger, forsorgshjem, permanente botilbud og andre sociale tilbud fordelt over hele landet. I undersøgelsen er der primært indsamlet oplysninger, der ikke findes i de nationale, administrative registre, herunder selvrappede oplysninger om helbred og trivsel.

Dataindsamlingen i forbindelse med SUSY UDSAT 2007 forløb fra april 2007 til november 2007. I forbindelse med SUSY UDSAT 2012 forløb dataindsamlingen fra april 2012 til juli 2012, mens den i forbindelse med SUSY UDSAT 2017 forløb fra maj 2017 til oktober 2017.

I forbindelse med alle de gennemførte spørgeskemaundersøgelser har det været frivilligt for respondenterne, hvorvidt de ønskede at oplyse deres CPR-nummer. I 2007 blev der modtaget 1.290 besvarelser, hvoraf 1.041 indeholdt et gyldigt CPR-nummer. I 2012 blev der modtaget 1.176 besvarelser, hvoraf 916 indeholdt et gyldigt CPR-nummer, mens der i 2017 blev modtaget 1.302 besvarelser indeholdende 932 gyldige CPR-numre. I denne undersøgelse indgår kun de respondenter, der har angivet et gyldigt CPR-nummer. Idet dataindsamlingen er foregået gennem udsendelse af spørgeskemaer til herberger og lignende, har det ikke været muligt at beregne en besvarelsesprocent for spørgeskemaundersøgelserne, da det ikke er kendt, hvor mange der har fået tilbudt at besvare spørgeskemaet.

Statens Institut for Folkesundhed, SDU har i samarbejde med Rådet for Socialt Udsatte tidligere gennemført analyser af socialt udsatte menneskers dødelighed og brug af sundhedsvæsnets baseret på CPR-numre indsamlet i forbindelse med SUSY UDSAT-undersøgelserne (Strøbæk et al. 2017, Davidsen et al. 2013).

## Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne

Statens Institut for Folkesundhed, SDU har siden 1987 regelmæssigt gennemført nationalt repræsentative spørgeskemaundersøgelser af danskernes sundhed og sygelighed (SUSY-undersøgelserne) (Ekholm et al. 2008). Formålet med SUSY-undersøgelserne er at kortlægge forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed samt forhold med betydning herfor i den voksne danske befolkning (16 år eller derover). Størstedelen af de informationer, der indsamles i forbindelse med undersøgelsen, findes ikke i de nationale administrative registre. Respondenternes besvarelser kan kobles med registerdata via deres CPR-numre.

I denne rapport anvendes Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2005 (SUSY-2005) som sammenligningsgruppe for SUSY UDSAT 2007, SUSY-2010 anvendes som sammenligningsgruppe for SUSY UDSAT 2012 og SUSY-2017 anvendes som sammenligningsgruppe for SUSY UDSAT 2017. Antallet af besvarelser samt besvarelsesprocenterne for SUSY-2005, SUSY-2010 og SUSY-2017 fremgår af tabel 3.1.

**Tabel 3.1** Antal besvarelser og besvarelsesprocenter i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 2005, 2010 og 2017

Undersøgelse	Antal besvarelser	Besvarelsesprocent
SUSY-2005	14.566	66,7
SUSY-2010	15.165	60,7
SUSY-2017	14.022	56,1

## Det Centrale Personregister

Alle personer med bopæl i Danmark bliver registreret i Det Centrale Personregister med et unikt personnummer (CPR-nummer). CPR-nummeret anvendes i alle de nationale registre, hvilket gør det muligt at koble data fra de forskellige registre (Pedersen, 2011). I denne undersøgelse kobles data mellem forskellige registre og spørgeskemaundersøgelserne SUSY UDSAT 2007, SUSY UDSAT 2012 samt SUSY UDSAT 2017 på baggrund af respondenternes personnummer.

## Dødsårsagsregistret

Dødsårsagsregistret rummer oplysninger om alle de dødsfald, der er forekommet i Danmark siden 1970. For hvert dødsfald er der blandt andet registreret datoen for dødsfaldet, den tilgrundliggende dødsårsag samt eventuelle medvirkende dødsårsager. I denne undersøgelse anvendes udelukkende den tilgrundliggende dødsårsag, hvilket betegner den sygdom, tilstand eller hændelse, der starter og er en forudsætning for den uafvendelige videre rækkefølge af tilstande, der fører til dødsfaldet (Sundhedsdatastyrelsen 2016).

## Sygesikringsregistret

Sygesikringsregistret indeholder registrering af sundhedsydelse inden for primærsektoren, hvilket blandt andet omfatter almen praksis, speciallæger, psykologer og tandlæger (Andersen et al. 2011). Registret omfatter udelukkende sundhedsydelser, der afregnes gennem det offentlige sygesikringssystem. Det betyder, at sundhedsfaglig hjælp tilbydes i indsatser uden for det etablerede sundhedsvæsen, eksempelvis i sundhedstilbud i NGO-regi, typisk ikke er en del af opgørelserne. I denne undersøgelse anvendes data fra sygesikringsregistret til at opgøre socialt udsatte menneskers kontakter til primærsektoren sammenlignet med den øvrige befolkning.

## Landspatientregistret

Landspatientregisteret (LPR) indeholder oplysninger om patientkontakter til offentlige og private sygehuse i Danmark (Lyngé et al. 2011). Heri er somatiske og psykiatriske indlæggelser, ambulante besøg og akutmodtagelsesbesøg registreret for perioden fra 1977 til marts 2019. For hver kontakt er det blandt andet registreret, hvilket sygehus og hvilken afdeling, hvorpå patientkontakten er foregået, tidspunktet for kontakten, herunder indlæggelses- og udskrivelsesdato ved indlæggelser, aktionsdiagnosen for kontakten samt eventuelle undersøgelser, behandlinger og operationer. I denne undersøgelse anvendes data fra LPR til at opgøre respondenternes somatiske og psykiatriske indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og akutmodtagelsesbesøg.

## Registret over Anvendelse af Tvang i Psykiatrien

Register over Anvendelse af Tvang i Psykiatrien (TIP) indeholder oplysninger om tvangsforanstaltninger anvendt over for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger i Danmark (Sundhedsdatastyrelsen 2021). Registret indeholder bl.a. oplysninger om typen af tvang, herunder eksempelvis frihedsberøvelse, tvangsbehandling, fiksering og fysisk magtanvendelse, samt hvor og hvornår tvangsforanstaltningen har fundet sted. I denne undersøgelse er TIP-registret anvendt til opgørelse af anvendelsen af tvang i forbindelse med psykiatriske indlæggelser blandt respondenterne.

## 4 Metode

I dette kapitel beskrives metoden for opgørelsen af socialt udsatte personers dødelighed og brug af sundhedsvæsnets.

### Population

Tabel 4.1 viser køns- og aldersfordelingen i populationen af socialt udsatte personer fra SUSY UDSAT 2007, SUSY UDSAT 2012 og SUSY UDSAT 2017. I alt indgår der 2.888 socialt udsatte mænd og kvinder i alderen 16-79 år. Det fremgår, at der er en betydeligt mindre andel kvinder end mænd i alle aldersgrupperne, og at kvinder samlet set udgør knap en tredjedel af den samlede population (30,3 %). Blandt både socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder er der flest respondenter i aldersgruppen 45-54 år, mens der er færrest respondenter i aldersgruppen 16-34 år blandt mænd og i aldersgruppen 55-79 år blandt kvinder.

**Tabel 4.1** Køns- og aldersfordeling blandt socialt udsatte personer. Antal og procent

	Mænd	Kvinder	I alt	Fordeling (%)	Andel kvinder (%)
16-34 år	360	236	596	20,6	39,6
35-44 år	500	230	730	25,3	31,5
45-54 år	651	251	902	31,2	27,8
55-79 år	501	159	660	22,9	24,1
I alt	2.012	876	2.888	100	30,3

Tabel 4.2 viser køns- og aldersfordelingen blandt personer, der deltog i SUSY-2005, SUSY-2010 og SUSY-2017. I det følgende betegnes denne population som 'den øvrige befolkning'. Det ses, at kønsfordelingen er nogenlunde ens i alle aldersgrupperne. Samlet ses der dog en mindre overvægt af kvinder, som udgør 53,0 % af populationen. Både blandt mænd og kvinder er der flest personer i aldersgruppen 55-79 år og færrest i aldersgruppen 35-44 år.

**Tabel 4.2** Køns- og aldersfordeling blandt personer fra SUSY-2005, SUSY 2010 og SUSY-2017. Antal og procent

	Mænd	Kvinder	I alt	Fordeling (%)	Andel kvinder (%)
16-34 år	4.199	5.042	9.241	22,2	54,6
35-44 år	3.332	3.878	7.210	17,3	53,8
45-54 år	3.881	4.235	8.116	19,5	52,2
55-79 år	8.135	8.923	17.058	41,0	52,3
I alt	19.547	22.078	41.625	100	53,0

Ved sammenligning af tabel 4.1 og 4.2 fremgår det, at køns- og aldersfordelingen varierer betydeligt på tværs af de to populationer. Det fremgår eksempelvis, at 22,9 % blandt de socialt udsatte personer er 55-79 år, mens denne andel ligger på 41,0 % i den øvrige befolkning.

## Belastende livsomstændigheder

I denne rapport opgøres socialt udsatte menneskers dødelighed og brug af sundhedsvæsnets forhold til forskellige typer af belastende livsomstændigheder. Dette omfatter alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom. Nærværende undersøgelse anvender besvarelserne fra spørgeskemaundersøgelserne SUSY UDSAT 2007, 2012 og 2017 til at underindele gruppen af socialt udsatte mennesker i typen af belastende livsomstændigheder. Bemærk, at én person kan leve med mere end én belastende livsomstændighed samtidig, og at underinddelingerne dermed ikke er gensidigt udelukkende. Definitionen af psykisk lidelse har ændret sig en anelse gennem årene. I forbindelse med SUSY UDSAT 2007 og SUSY UDSAT 2012 blev respondenter betegnet som havende en psykisk lidelse, hvis de havde svaret, at de havde en sindslidelse, led af kronisk angst eller depression eller havde en anden psykisk lidelse eller dårlige nerver (Pedersen et al. 2008, Pedersen et al. 2012). I forbindelse med SUSY UDSAT 2017 og i denne undersøgelse bliver respondenter betegnet som mennesker med en psykisk lidelse, hvis de har angivet, at de har en diagnosticeret sindslidelse (Ahlmark et al. 2018).

De forskellige belastende livsomstændigheder defineres på følgende måde:

- Personer med et alkoholoverforbrug: Personer, der har angivet, at de dagligt eller næsten dagligt drikker fem genstande eller mere ved samme lejlighed.
- Personer med en psykisk lidelse: Personer, der har angivet, at de har en diagnosticeret sindslidelse.
- Hjemløshed: Personer, der har angivet, at de den sidste måned har boet enten på herberg, pensionat eller forsorgshjem, eller som har boet på gaden eller ingen bolig har haft den sidste måned.
- Personer med et stofbrug: Personer, der har angivet, at de inden for den sidste måned har indtaget amfetamin, heroin, ketamin, LSD eller andre stoffer eller illegalt har indtaget metadon, subutex, benzodiazepiner eller serequel.
- Fattigdom: Personer, der har angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd.



Tabel 4.3 viser køns- og aldersfordelingen i den samlede population af socialt udsatte personer og i de forskellige grupper af belastende livsomstændigheder. Grupperingerne af de belastende livsomstændigheder er som nævnt ikke gensidigt udelukkende, hvilket betyder, at en person kan indgå i flere grupper samtidigt. Det fremgår, at andelen af mænd er større i alle grupper af belastende livsomstændigheder. Kønsforskellene er mest udtalt blandt personer med et alkoholoverforbrug og blandt personer, som lever i hjemløshed. Det ses endvidere, at der er en mindre andel af unge (16-34 år) og en større andel ældre (55-79 år) i gruppen med alkoholoverforbrug sammenlignet med de øvrige grupper af belastende livsomstændigheder.

**Tabel 4.3** Socialt udsatte personer fordelt efter køn, alder og belastende livsomstændigheder. Antal og procent

	Hele populationen		Alkoholoverforbrug		Psykisk lidelse		Hjemløshed		Stofbrug		Fattigdom	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Mænd	2.012	69,7	474	85,3	861	62,6	689	81,7	554	69,4	258	71,7
Kvinder	876	30,3	82	14,7	514	37,4	154	18,3	244	30,6	102	28,3
I alt	2.888	100	556	100	1.375	100	843	100	798	100	360	100
16-34 år	596	20,6	66	11,9	312	22,7	177	21,0	206	25,8	107	29,7
35-44 år	730	25,3	149	26,8	401	29,2	226	26,8	276	34,6	112	31,1
45-54 år	902	31,2	228	41,0	441	32,1	279	33,1	236	29,6	103	28,6
55-79 år	660	22,9	113	20,3	221	16,1	161	19,1	80	10,0	38	10,6
I alt	2.888	100	556	100	1.375	100	843	100	798	100	360	100

Tabel 4.4 viser andelen med en given belastende livsomstændighed ud af hele populationen af socialt udsatte personer. Lidt under halvdelen af populationen lever med en psykisk lidelse (47,6 %), mens 29,2 % lever i hjemløshed. I alt har 27,6 % et stofbrug, mens 19,3 % har et alkoholoverforbrug, og 12,5 % lever i fattigdom. Det fremgår endvidere, at den hyppigste belastende livsomstændighed for begge køn er psykisk lidelse. Blandt socialt udsatte mænd er hjemløshed samt alkoholoverforbrug og stofbrug også hyppigt forekommende, mens især stofbrug også er hyppigt forekommende blandt kvinderne.

**Tabel 4.4** Socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. Antal og procent

	Hele populationen	Alkoholoverforbrug		Psykisk lidelse		Hjemløshed		Stofbrug		Fattigdom	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Mænd	2.012	474	23,6	861	42,8	689	34,2	554	27,5	258	12,8
Kvinder	876	82	9,4	514	58,7	154	17,6	244	27,9	102	11,6
I alt	2.888	556	19,3	1.375	47,6	843	29,2	798	27,6	360	12,5

Endvidere inddeles socialt udsatte personer i grupper på baggrund af deres grad af udsathed. Graden af udsathed defineres ud fra antallet af tilstedeværende belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug, fattigdom). Grupperne er som følger:

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

Gruppen 'Ingen belastende livsomstændigheder' er en restgruppe, der består af personer, der ikke har angivet nogen af de oplyste former for belastende livsomstændigheder.

I tabel 4.5 ses fordelingen af socialt udsatte personer opdelt efter antallet af belastende livsomstændigheder baseret på data fra SUSY UDSAT 2007, SUSY UDSAT 2012 og SUSY UDSAT 2017. Blandt begge køn er der flest personer, der lever under én belastende livsomstændighed, mens det færreste antal lever under tre eller flere belastninger.

**Tabel 4.5** Socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. Antal

	Mænd	Kvinder
Ingen	382	183
1	732	351
2	491	209
3 eller flere	318	89

## Opgørelse af dødelighed og brug af sundhedsvæsn

Alle opgørelser er i denne rapport lavet separat for mænd og kvinder i alderen 16-79 år.

Til opgørelse af dødelighed og brug af sundhedsvæsn er der anvendt et follow-up studiedesign, hvor respondenterne følges fra tidspunktet for deres besvarelse af spørgeskemaet og så langt frem, som der er oplysninger i de anvendte registre.

Da de præcise datoer for, hvornår respondenterne har besvaret de udsendte spørgeskemaer, er ukendte, følges respondenterne gennem registrene fra midten af året, dvs. d. 1. juli, det år, hvor den pågældende respondent første gang har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen og så langt frem, som der er oplysninger i de anvendte registre. For dødelighed er dette til og med d. 31. december 2021, og for de tilgrundliggende dødsårsager er det til og med d. 31. december 2020. For kontakter til primærsektoren løber opfølgningstiden frem til og med d. 31. december 2020. Opfølgningstiden for somatiske og psykiatriske kontakter til sekundærsektoren løber frem til og med d. 31. december 2018, mens opfølgningstiden for tvangsforanstaltninger i forbindelse med psykiatriske indlæggelser opgøres til og med d. 31. december 2021.

Dødelighed og brug af sundhedsvæsn opgøres i denne rapport som henholdsvis antal, rater og rate-ratioer.

Raterne beregnes som  $1.000 * (\text{antal begivenheder}) / (\text{samlet risikotid})$  og fortolkes som antal begivenheder per 1.000 personer per år. Risikotid udtrykker den tid, et individ er i risiko for at opleve et givent udfald i løbet af opfølgingsperioden. Dermed er den samlede risikotid udtryk for, hvor lang tid respondenterne samlet set er i risiko for at opleve et givent udfald. Raterne anvendes for at kunne tage højde for, at opfølgingsperioden varierer betydeligt, afhængigt af hvilken SUSY UDSAT- eller SUSY-undersøgelse en given respondent har deltaget i. Således vil en respondent, der har deltaget i eksempelvis SUSY UDSAT 2007, bidrage med en markant længere risikotid end en respondent, der har deltaget i SUSY UDSAT 2017. Derudover vil det ikke være alle i studiepopulationen, der er i risiko for et givent udfald igennem hele opfølgingsperioden. Hvis en person eksempelvis dør i løbet af opfølgingsperioden, vil vedkommende ikke længere være i risiko for at blive indlagt. Ved opgørelser af indlæggelser vil personen således kun bidrage med risikotid fra tidspunktet for vedkommendes besvarelse af spørgeskemaet og frem til tidspunktet for dødsfaldet.

Til beregning af raterne blandt socialt udsatte mennesker bidrager alle socialt udsatte mennesker i undersøgelsen med risikotid, indtil de dør eller indtil udløbet af opfølgingsperioden, uanset om de oplever det udfald, der undersøges, eller ej. Ligeledes bidrager alle respondenter i den øvrige befolkning med risikotid til beregning af raterne i den øvrige befolkning, indtil de dør eller indtil udløbet af opfølgingsperioden, uanset om de oplever det givne udfald eller ej.

Rate-ratioerne beregnes ved at dividere raten for en given gruppe med raten for en anden gruppe. Herved fås forholdet mellem raterne i de to grupper. I denne rapport betegnes rate-ratioen 'relativ risiko' eller 'RR'.

Hvis den betragtede gruppe har en højere risiko (rate) end gruppen, der sammenlignes med, vil den relative risiko antage en værdi større end 1. I sådanne tilfælde omtales den relative risiko også som overrisiko i denne rapport. Er risikoen derimod lavere i den betragtede gruppe i forhold til sammenligningsgruppen, vil den relative risiko antage en værdi mindre end 1. En relativ risiko på præcis 1 betyder, at de to grupper har samme rate og dermed samme risiko.

For at vurdere, om den relative risiko er statistisk signifikant større eller mindre end 1, betragtes et 95 % konfidensinterval, som knytter sig til den relative risiko. Dette interval angiver inden for hvilken sikkerhedsgænse, at den relative risiko befinder sig. Fortolkningen af dette interval er, at gentages undersøgelsen mange gange, vil konfidensintervallet i 95 % af tilfældene omfatte den rigtige relative risiko. Den relative risiko er statistisk signifikant større eller mindre end 1, hvis 1 ikke er indeholdt i 95 % konfidensintervallet. Hvis 1 derimod er indeholdt i konfidensintervallet, er der ikke signifikant forskel på de betragtede grupperes risiko. Som eksempel kan nævnes, at den relative risiko for somatiske indlæggelser som følge af kræftsygdomme er 1,35 (med et 95 % konfidensinterval på 0,86-2,12) blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Idet 1 er indeholdt i konfidensintervallet, er risikoen for somatiske indlæggelser som følge af kræftsygdomme blandt socialt udsatte mænd ikke statistisk signifikant forskellig fra risikoen blandt mænd i den øvrige befolkning.

## Middellevetid

Til beregning af middellevetiden blandt socialt udsatte personer indgår henholdsvis overdødeligheden blandt socialt udsatte personer og dødeligheden i den øvrige befolkning. Overdødeligheden blandt socialt udsatte personer udtrykker forholdet mellem dødsraten blandt socialt udsatte personer og dødsraten i den øvrige befolkning (rate-ratio). Overdødeligheden beregnes samlet for socialt udsatte mennesker samt for henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder opdelt i 5-års aldersgrupper, idet dødelighed afhænger af både køn og alder, og idet køns- og aldersfordelingen som tidligere beskrevet er forskellig mellem SUSY UDSAT-populationen og den øvrige befolkning.

Middellevetiden blandt socialt udsatte personer i 2021 beregnes ved at gange køns- og aldersspecifikke dødsrater for den øvrige befolkning i 2021 med tilsvarende køns- og aldersspecifikke overdødeligheder blandt socialt udsatte personer. De anvendte køns- og aldersspecifikke overdødeligheder blandt socialt udsatte personer fremgår af tabel 4.6.

**Tabel 4.6** Overdødelighed (relativ risiko) blandt socialt udsatte personer opdelt efter køn og alder. 2021

Alder	Mænd	Kvinder
0-19 år	1	1
20-24 år	12	9
25-29 år	17	12
30-34 år	17	31
35-39 år	14	14
40-44 år	12	16
45-49 år	9	11
50-54 år	7	8
55-59 år	5	7
60-64 år	4	4
65-69 år	3	4
70-74 år	3	3
75-79 år	3	3
80+ år	1	1

## Statistisk model

Aldersfordelingen blandt socialt udsatte personer og personer i den øvrige befolkning varierer betydeligt, hvilket også fremgår af tabel 4.1 og tabel 4.2. Idet alder har stor betydning for dødelighed og brug af sundhedsvæsnets, er det ved sammenligning af de to populationer væsentligt at tage højde for denne forskel i alderssammensætning. Derfor anvendes en statistisk model, hvori der netop tages højde for dette.

Som det vil fremgå af de følgende afsnit, er raten for de forskellige begivenheder meget forskellig. For at opstille en model, der kan beskrive de forskellige begivenheder og give et godt skøn over usikkerheden på rate-ratioen, bruges følgende fremgangsmåde: Den samlede opfølgningstid for hver person opdeles i intervaller af en længde på ét år. Har en person en opfølgningstid på for eksempel 2,4 år, betragtes intervallerne 0-1 år, 1-2 år og 2-3 år. Inden for hvert interval tælles antallet af begivenheder, som herefter analyseres i en Poisson-model med korrelerede data. Som forklarende variable anvendes 'gruppen', alder, 'undersøgelse' og tidsinterval. 'Gruppen' betegner enten en af de fem belastende livsomstændigheder blandt socialt udsatte personer (for eksempel hjemløshed ja/nej), antal belastende livsomstændigheder (0, 1, 2,  $\geq 3$ ) eller social udsathed (ja/nej). 'Undersøgelse' betegner undersøgelsesnummer, hvor SUSY UDSAT 2007 og SUSY-2005 betragtes som den første undersøgelse, SUSY UDSAT 2012 og SUSY-2010 betragtes som den anden undersøgelse og SUSY UDSAT 2017 og SUSY-2017 betragtes som den tredje undersøgelse. Grupperne, der er markeret med understregning, betegner sammenligningsgrupperne, hvor den relative risiko pr. definition er én.

Ud fra den ovenfor beskrevne model er det muligt at estimere den relative risiko samt et 95 % konfidensinterval (95 % CI), som er tilknyttet de relative risici.

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

## Definition af dødsårsager, sygesikringsydelse samt somatiske og psykiatriske sygdomsgrupper

Dødeligheden opgøres dels ud fra CPR-registeret og dels ud fra Dødsårsagsregisteret. Dødsårsagerne grupperes på baggrund af den tilgrundliggende dødsårsag efter ICD-10 diagnosekoderne vist i tabel 4.7.

**Tabel 4.7** Diagnoser til opgørelse af dødelighed

Dødsårsager	ICD-10-kode
Infektionssygdomme	A00-B99
Kræftsygdomme	C00-C97
Kredsløbssygdomme	I00-I99
Sygdomme i åndedrætsorganer	J00-J97
Alkoholrelaterede årsager	F10, K70, K73-K74, K85-K86, X45, X65, Y15
Stofrelaterede årsager	F11-F19, X40-X44, X60-X64, Y10-Y14
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	R00-R99
Øvrige naturlige årsager <sup>1</sup>	Resten af A00-R99
Øvrige ikke-naturlige årsager <sup>2</sup>	Resten af V01-Y89
Selv mord <sup>3</sup>	X60-X84

<sup>1</sup> Fx nervesygdomme, muskel- og skeletsygdomme

<sup>2</sup> Ulykker, drab og selvmord

<sup>3</sup> Kategorien 'selvmord' omfatter samtlige typer af selvmord, herunder også alkoholrelaterede og stofrelaterede selvmord. ICD-10-koderne i selvmordskategorien indgår ligeledes i dødsårsagerne 'alkoholrelaterede årsager', 'stofrelaterede årsager' og 'øvrige ikke-naturlige årsager'.

Kontakter til primærsektoren identificeres på baggrund af Sygesikringsregisteret og indeholder kontakter til alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger, terapeuter samt psykologer/psykiatere. Sygesikringsydelseerne defineres ud fra specialekoderne i tabel 4.8.

**Tabel 4.8** Specialekoder til opgørelse af sygesikringsydelse

Sygesikringsydelse	ICD-10-kode
Alment praktiserende læge	80
Vagtlæge	81-84, 89
Speciallæge	1-25, 25, 27-34, 36-41
Laboratorieundersøgelser	42-49
Tandlæge	50
Terapeuter	51-62, 64-65
Psykolog/psykiater	24, 26, 35, 63

Somatiske kontakter til sekundærsektoren (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og akutmodtagelsesbesøg) opgøres ud fra Landspatientregisteret. De somatiske kontakter opgøres på baggrund af ICD-10 diagnosekoderne A00-Z99. Der laves yderligere opgørelser af de somatiske kontakter grupperet efter sygdomsgrupperne vist i tabel 4.9 nedenfor. Alle grupperinger er lavet på baggrund af aktionsdiagnosen.

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

Sygdomsgruppe	ICD-10-kode
Infektionssygdomme	A00-B99
Kræftsygdomme	C00-C48
Sygdomme i blod og bloddannende organer	D50-D89
Stofskiftesygdomme	E00-E99
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer	F00-F99
Sygdomme i nervesystemet	G00-G99
Sygdomme i øjne	H00-H59
Sygdomme i ører	H60-H99
Sygdomme i kredsløbsorganer	I00-I99
Sygdomme i åndedrætsorganer	J00-J99
Sygdomme i fordøjelsesorganer	K00-K99
Sygdomme i hud og underhud	L00-L99
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	M00-M99
Sygdomme i urin- og kønsorganer	N00-N99
Svangerskab, fødsel og barsel	O00-P99
Medfødte misdannelser	Q00-Q99
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	R00-R99
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	S00-T99
Andre faktorer	Z00-Z99



Analyserne af de somatiske kontakter til sekundærsektoren opgøres yderligere ud fra en række specifikke sygdomsgrupper, der vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte personer. De specifikke somatiske sygdomsgrupper er defineret ud fra ICD-10 diagnosekoderne i tabel 4.10.

**Tabel 4.10** Diagnoser til opgørelse af somatiske kontakter til sekundærsektoren fordelt på specifikke sygdomsgrupper

Specifik sygdomsgruppe	ICD 10-kode
<b>Infektionssygdomme</b>	
Tuberkulose	A15-A19
Blodforgiftning	A40-A41
Viral leverbetændelse	B15-B19
HIV	B20-B24
<b>Rusmiddelrelaterede tilstande</b>	
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	F10
Afhængighedssyndrom <sup>1</sup>	F10.2
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	F11-F19
Sygdomme i lever <sup>2</sup>	K70-K77
Sygdomme i bugspytkirtlen <sup>3</sup>	K85-K86
Forgiftninger med rusmidler, lægemidler og tekniske og miljømæssige gifte	T36-T65
<b>Læsioner</b>	
Hovedlæsioner	S00-S09
Læsion af håndled og hånd	S60-S69
Læsion af knæ og underben	S80-S89
Læsion af ankel og fod	S90-S99
<b>Kroniske sygdomme</b>	
Diabetes	E10-E14
Iskæmisk hjertesygdom	I20-I25
KOL	J40-J44

<sup>1</sup> Denne afreporteres udelukkende for somatiske og psykiatriske indlæggelser

<sup>2</sup> Fx alkoholisk leversygdom, toksisk leversygdom, kronisk leverbetændelse, fibrose i lever og skrumpeliver mm.

<sup>3</sup> Fx betændelse i bugspytkirtlen

Psykiatriske kontakter til sekundærsektoren (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og akutmodtagelsesbesøg) opgøres på baggrund af Landspatientregisteret. De psykiatriske kontakter opgøres på baggrund af ICD-10 diagnosekoderne F00-F99. Der laves yderligere analyser af specifikke psykiatriske sygdomsgrupper, som vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte personer. De specifikke sygdomsgrupper er vist i tabel 4.11. Grupperingen er foretaget på baggrund af aktionsdiagnosen.

**Tabel 4.11** Diagnoser til opgørelse af psykiatriske kontakter til sekundærsektoren fordelt efter sygdomsgrupper

Specifik sygdomsgruppe	ICD 10-kode
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	F10
Afhængighedssyndrom <sup>1</sup>	F10.2
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	F11-F19
Skizofreni/psykoser	F20-F29.9
Depression (let, moderat, svær)	F32-F33
Angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner <sup>2</sup>	F40-F44

<sup>1</sup>Denne afrapporteres udelukkende for somatiske og psykiatriske indlæggelser

<sup>2</sup>Fx PTSD, akut belastningsreaktion mm.

## 5 Dødelighed

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

### 5.1 Middellevetid

Middellevetiden er et udtryk for den levetid, som en nyfødt forventes at leve. Af tabel 5.1.1. fremgår det, at middellevetiden for socialt udsatte mennesker i 2021 samlet set er 64 år, mens den er 81 år i den øvrige befolkning. Det betyder, at socialt udsatte menneskers forventede levetid i gennemsnit er 17 år kortere end den øvrige befolknings. Det fremgår endvidere, at middellevetiden for socialt udsatte mennesker i 2009 var 57 år, mens den i 2015 var 61 år. Socialt udsatte menneskers forventede levetid i 2009 var således 22 år kortere end den øvrige befolknings, mens den forventede levetid i 2015 var 19 år kortere end den øvrige befolknings. Det vil sige, at socialt udsatte menneskers middellevetid er steget over årene fra 57 til 64 år, og forskellen mellem socialt udsatte menneskers middellevetid og den øvrige befolknings er mindsket fra 22 til 17 år.

**Tabel 5.1.1** Middellevetid for socialt udsatte personer og den øvrige befolkning for årene 2009, 2015 og 2021

Årstal	Socialt udsatte mennesker	Den øvrige befolkning	Forskel i middellevetid
2009	57 år	79 år	22 år
2015	61 år	80 år	19 år
2021	64 år	81 år	17 år

Når der opdeles på køn, ses det, at socialt udsatte mænds middellevetid i 2021 er 61 år, mens den er 79 år blandt mænd i den øvrige befolkning. Tilsvarende er middellevetiden blandt socialt udsatte kvinder på 66 år, mens den er på 83 år blandt kvinder i den øvrige befolkning. Dette betyder, at socialt udsatte mænd og kvinders forventede levetid i gennemsnit er henholdsvis 18 og 17 år kortere end den forventede levetid blandt mænd og kvinder i den øvrige befolkning. I 2015 var den forventede levetid blandt socialt udsatte mænd 19 år kortere end blandt mænd i den øvrige befolkning, og for socialt udsatte kvinder var den forventede levetid 17 år kortere end for kvinder i den øvrige befolkning.

## 5.2 Dødelighed

I tabel 5.2.1 ses antallet af dødsfald og dødsraten blandt socialt udsatte mennesker i perioden 2007-2021 samt overdødeligheden (RR) i forhold til den øvrige befolkning. I alt var der 625 dødsfald blandt socialt udsatte mænd og 163 dødsfald blandt socialt udsatte kvinder i perioden 2007-2021. For begge køn ses størstedelen af dødsfaldene i aldersgruppen 45-54 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer, der i hver aldersgruppe er i risiko for at dø. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes dødsrater per 1.000 personer per år. Det ses, at dødsraten stiger med alderen for både socialt udsatte mænd og kvinder. De relative risici (RR) belyser overdødeligheden blandt socialt udsatte mennesker i forhold til den øvrige befolkning, hvoraf der ses en betydelig overdødelighed for begge køn og i samtlige aldersgrupper. Der ses en overdødelighed på henholdsvis 8,30 for socialt udsatte mænd og 10,30 for socialt udsatte kvinder i forhold til den øvrige befolkning. Dette betyder, at dødeligheden er henholdsvis otte gange højere blandt socialt udsatte mænd og 10 gange højere blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Dødeligheden er især høj blandt 16-44-årige socialt udsatte mænd og kvinder, idet de har en henholdsvis 21 og 32 gange højere risiko for at dø sammenlignet med 16-44-årige mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Denne markante overdødelighed i den yngste aldersgruppe er et udtryk for, at dødeligheden blandt de 16-44-årige i den øvrige befolkning er væsentligt lavere end for socialt udsatte mennesker.

**Tabel 5.2.1** Dødsfald blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2021. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
16-44 år	158	19	21,23	(12,39-36,37)	52	12	31,82	(9,99-50,67)
45-54 år	244	39	15,26	(10,36-22,48)	62	27	9,83	(5,97-16,16)
55-79 år	223	52	5,79	(4,80-6,98)	49	37	6,42	(4,28-9,64)
I alt	625	33	8,30	(7,13-9,65)	163	20	10,30	(7,85-13,50)

Tabel 5.2.2 viser dødeligheden blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter belastende livsomstændigheder. Da en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, kan samme person indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal dødsfald i tabel 5.2.2 svarer derfor ikke til det samlede antal dødsfald i tabel 5.2.1. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes dødsrater per 1.000 personer per år til at belyse dødeligheden. Til beregningen af overdødeligheden (RR) i tabel 5.2.2 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen for socialt udsatte mennesker med et alkoholoverforbrug er socialt udsatte mennesker uden et alkoholoverforbrug.

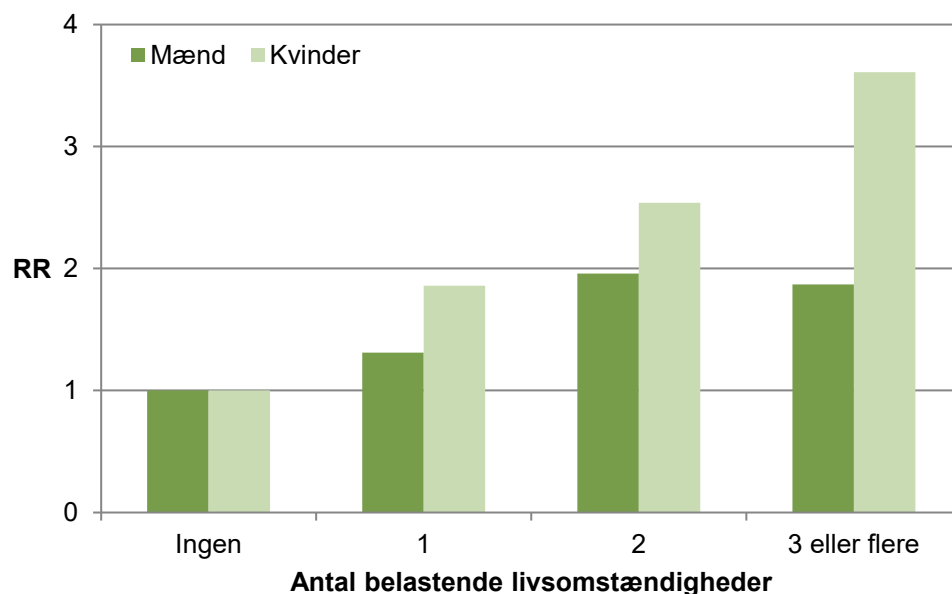
Det fremgår af tabel 5.2.2, at dødsraten er højest blandt socialt udsatte mænd og kvinder med et alkoholoverforbrug. For både socialt udsatte mænd og kvinder ses en overdødelighed (RR) blandt personer med henholdsvis et alkoholoverforbrug og et stofbrug sammenlignet med personer uden et alkoholoverforbrug og uden et stofbrug. Der ses ingen forskel i dødeligheden for de øvrige belastende

livsomstændigheder.

**Tabel 5.2.2** Dødsfald blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2021. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkohol-overforbrug	227	47	1,82	(1,44-2,31)	29	38	3,60	(2,15-6,03)
Psykisk lidelse	279	33	1,04	(0,84-1,30)	98	20	0,75	(0,48-1,18)
Hjemløshed	217	33	1,19	(0,94-1,50)	36	25	1,59	(0,94-2,67)
Stofbrug	164	31	1,32	(1,01-1,72)	61	26	1,95	(1,21-3,15)
Fattigdom	71	29	1,14	(0,79-1,64)	20	19	1,60	(0,79-3,22)

Figur 5.2.1 viser overdødeligheden blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke lever under nogen belastende livsomstændigheder. For både socialt udsatte mænd og kvinder ses samme mønster, nemlig at dødeligheden er højere blandt personer, der lever under henholdsvis to eller flere belastende livsomstændigheder, end blandt personer, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. Dødeligheden blandt socialt udsatte mænd, der lever under henholdsvis to eller tre eller flere belastende livsomstændigheder, er således næsten dobbelt så stor som for socialt udsatte mænd, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. For socialt udsatte kvinder, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder, ses en overdødelighed på 3,61 sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. Der ses ingen betydelig forskel i dødelighed mellem socialt udsatte mænd og kvinder, der lever under henholdsvis én eller ingen belastende livsomstændigheder.

**Figur 5.2.1.** Overdødelighed (relativ risiko) blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2021

Tabel 5.2.3 viser overdødeligheden blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter dødsårsager, hvor overdødeligheden (RR) er beregnet i forhold til den øvrige befolkning. Det ses, at socialt udsatte mænd og kvinder har en markant forhøjet risiko for at dø af alle de inkluderede dødsårsager sammenlignet med den øvrige befolkning. For både socialt udsatte mænd og kvinder ses det, at en betydelig del af dødsfaldene er stof- og alkoholrelaterede, og det er også for disse dødsårsager, at dødeligheden er markant højere sammenlignet med den øvrige befolkning. For socialt udsatte mænd er dødeligheden knap 23 gange højere og 78 gange højere for henholdsvis alkohol- og stofrelaterede dødsfald sammenlignet med den øvrige befolkning. For socialt udsatte kvinder er dødeligheden 29 og 116 gange højere for henholdsvis alkohol- og stofrelaterede dødsfald sammenlignet med den øvrige befolkning. Det fremgår endvidere, at dødeligheden som følge af øvrige ikke-naturlige årsager (fx ulykker, drab og selvmord) er markant forhøjet for både socialt udsatte mænd (RR = 6,99) og socialt udsatte kvinder (RR = 14,14) sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Betragtes dødsfald som følge af selvmord selvstændigt ses det, at dødeligheden er næsten syv gange højere blandt socialt udsatte mænd (RR = 6,85) end blandt mænd i den øvrige befolkning. For enkelte af dødsårsagerne har det ikke været muligt at beregne overdødeligheden.

**Table 5.2.3** Dødsfald blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og dødsårsager. 2007-2020. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd			Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI	Antal	RR	95 % CI
Infektionssygdomme	18	-	-	13	-	-
Kræftsygdomme	97	2,31	(1,79-2,97)	28	3,06	(2,02-4,62)
Kredsløbssygdomme	76	3,47	(2,62-4,59)	19	5,67	(3,15-10,22)
Sygdomme i åndedrætsorganer	36	5,65	(3,77-8,46)	17	-	-
Alkoholrelaterede årsager	135	22,92	(16,38-32,08)	19	29,17	(14,13-60,20)
Stofrelaterede årsager	79	78,18	(38,20-160,00)	23	116,20	(47,55-283,73)
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	21	4,24	(2,28-7,87)	8	9,84	(4,56-21,21)
Øvrige naturlige årsager <sup>1</sup>	50	3,98	(2,82-5,60)	10	3,87	(1,86-8,01)
Øvrige ikke-naturlige årsager <sup>2</sup>	43	6,99	(4,56-10,72)	9	14,14	(6,69-29,89)
Selv mord <sup>3</sup>	21	6,85	(3,65-12,85)	≤5	-	-

<sup>1</sup> Fx nervesygdomme, muskel- og skeletsygdomme

<sup>2</sup> Fx ulykker, drab og selvmord

<sup>3</sup> Kategorien 'selvmord' omfatter samtlige typer af selvmord, herunder også alkoholrelaterede og stofrelaterede selvmord. ICD-10-koderne i selvmordskategorien indgår ligeledes i dødsårsagerne 'alkoholrelaterede årsager', 'stofrelaterede årsager' og 'øvrige ikke-naturlige årsager'.

## 6 Kontakter til primærsektoren

I dette kapitel belyses socialt udsatte personers brug af primærsektoren sammenholdt med den øvrige befolkning. Endvidere belyses socialt udsatte personers brug af primærsektoren opdelt på tilstedeværelsen af udvalgte belastende livsomstændigheder. I denne rapport omfatter primærsektoren følgende sygesikringsydelse: alment praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger, laboratorieundersøgelser, tandlæger, terapeuter og psykologer/psykiatere. Sundhedsfaglig hjælp tilbudt i indsatser uden for det etablerede sundhedsvæsen, eksempelvis i sundhedstilbud i NGO-regi, indgår ikke i opgørelserne nedenfor, eftersom disse ydelser typisk ikke registreres i Sygesikringsregistret.

### 6.1 Kontakt til alment praktiserende læger

Tabel 6.1.1 viser kontakter til alment praktiserende læger blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. Det fremgår af tabellen, at der i alt forekommer 178.174 kontakter til alment praktiserende læger blandt socialt udsatte mænd og 119.255 kontakter blandt socialt udsatte kvinder. Både blandt mænd og kvinder ses det største antal kontakter i aldersgruppen 45-54 år. Antallet af personer, der indgår i de forskellige aldersgrupper og således har kunnet tage kontakt til en alment praktiserende læge, varierer dog. For at tage højde for antallet af personer i de forskellige aldersgrupper anvendes rater per 1.000 personer per år, der udtrykker hyppigheden af lægekontakter. Af raten fremgår det, at hyppigheden af lægekontakter stiger med stigende alder blandt både mænd og kvinder.

For at kunne sammenligne forekomsten af lægekontakter med den øvrige befolkning anvendes den relative risiko (RR). Heraf fremgår det, at socialt udsatte personer i alle aldersgrupper har en højere risiko for tage kontakt til en alment praktiserende læge end den øvrige befolkning. Samlet set har socialt udsatte mænd og kvinder henholdsvis 52 % og 56 % højere risiko for kontakt til alment praktiserende læger sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning.



**Tabel 6.1.1** Kontakter til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2020. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
16-34 år	24.225	7.242	1,88	(1,60-2,22)	27.470	11.636	1,30	(1,15-1,46)
35-44 år	43.814	8.447	1,80	(1,59-2,04)	31.680	14.705	1,65	(1,45-1,88)
45-54 år	63.964	10.220	1,64	(1,48-1,81)	36.461	15.890	1,82	(1,58-2,10)
55-79 år	46.171	10.832	1,17	(1,05-1,30)	23.644	18.010	1,66	(1,46-1,87)
I alt	178.174	9.351	1,52	(1,43-1,62)	119.255	14.682	1,56	(1,46-1,68)

Tabel 6.1.2 viser kontakter til alment praktiserende læger blandt socialt udsatte personer fordelt efter tilstedeværelsen af en given belastende livsomstændighed. Idet en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, vil den samme person kunne indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 6.1.2 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 6.1.1. For at tage højde for antallet af personer i de forskellige grupper anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af kontakter til alment praktiserende læge. Det fremgår af tabellen, at den højeste rate for både mænd og kvinder ses blandt socialt udsatte personer med en psykisk lidelse.

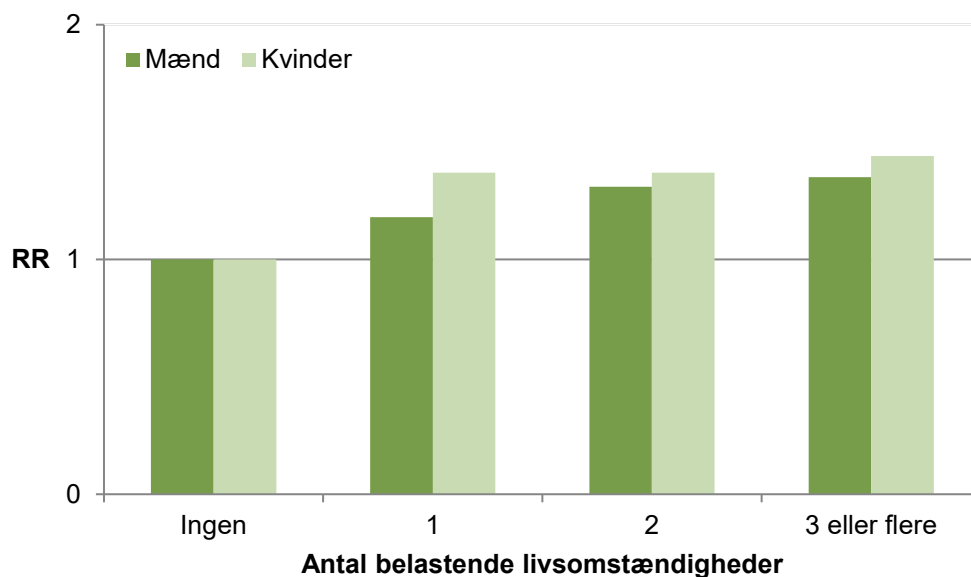
Den relative risiko (RR) i tabel 6.1.2 angiver risikoen for kontakt til alment praktiserende læger for socialt udsatte personer, der lever under en given livsomstændighed, sammenlignet med socialt udsatte personer uden den givne livsomstændighed. Af tabellen fremgår det, at socialt udsatte mænd og kvinder med en psykisk lidelse har henholdsvis 66 % og 49 % højere risiko for at have kontakt til en alment praktiserende læge sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder uden en psykisk lidelse. Det fremgår ligeledes, at socialt udsatte mænd med et stofbrug har 25 % højere risiko for kontakt til alment praktiserende læge sammenlignet med socialt udsatte mænd uden et stofbrug, mens der ikke ses en forskel blandt socialt udsatte kvinder med et stofbrug.

Socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug og socialt udsatte mænd, der lever i hjemløshed, har en relativ risiko på henholdsvis 0,85 og 0,75, hvilket indikerer, at disse grupper har en 15 % og 25 % lavere risiko for kontakt til alment praktiserende læge i forhold til mænd i sammenligningsgrupperne. For socialt udsatte mænd, der lever i fattigdom, ses der ingen forskel i risikoen sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever i fattigdom. På samme måde ses der for de resterende typer af belastende livsomstændigheder blandt kvinder hverken en øget eller mindsket risiko for kontakt til alment praktiserende læge i forhold til sammenligningsgrupperne.

**Table 6.1.2** Kontakter til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2020. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkohol-overforbrug	40.166	8.283	0,85	(0,75-0,98)	11.140	14.648	1,02	(0,77-1,36)
Psykisk lidelse	98.339	11.620	1,66	(1,48-1,86)	82.878	16.555	1,49	(1,30-1,71)
Hjemløshed	49.075	7.437	0,75	(0,67-0,84)	20.477	14.226	0,97	(0,82-1,15)
Stofbrug	55.037	10.466	1,25	(1,08-1,43)	35.352	14.787	1,01	(0,86-1,18)
Fattigdom	25.125	10.200	1,16	(0,98-1,38)	13.571	12.928	0,93	(0,77-1,13)

Figur 6.1.1 viser den relative risiko for kontakt til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte personer opdelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom). Sammenligningsgruppen er socialt udsatte personer, der ikke lever under nogen af de oplyste belastende livsomstændigheder. Det fremgår af figuren, at den relative risiko er højere for socialt udsatte personer, der lever under én eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med socialt udsatte personer, der ikke lever under nogen belastende livsomstændigheder.

**Figur 6.1.1** Relativ risiko (RR) for kontakt til alment praktiserende læge blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2020

## 6.2 Brug af sygesikringsydelse

Tabel 6.2.1 viser kontakter til primærsektoren blandt socialt udsatte personer opdelt efter køn og en række udvalgte sygesikringsydelse.

Det fremgår af tabellen, at der for begge køn er flest kontakter til alment praktiserende læger. I alt er der henholdsvis 178.174 kontakter blandt socialt udsatte mænd og 119.255 kontakter blandt socialt udsatte kvinder. Sammenlignet med den øvrige befolkning ses der en overrisiko for kontakt til alment praktiserende læger, vagtlæger og psykologer/psykiatere både blandt socialt udsatte mænd og kvinder. Omvendt ses der en lavere risiko for brug af speciallæge, laboratorieundersøgelser, tandlæger og terapeuter blandt socialt udsatte mænd og en lavere risiko for speciallæger, tandlæger og terapeuter blandt socialt udsatte kvinder. Eksempelvis har socialt udsatte mænd og kvinder henholdsvis en 45 % og 42 % lavere risiko for kontakt til en speciallæge sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Der ses også en markant lavere risiko for kontakt til tandlæge, hvor socialt udsatte mænd og kvinder har henholdsvis en 78 % og 67 % lavere risiko sammenlignet med mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 6.2.1** Brug af sygesikringsydelse blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2020. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd			Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI	Antal	RR	95 % CI
Alment praktiserende læge	178.174	1,52	(1,43-1,62)	119.255	1,56	(1,46-1,68)
Vagtlæge	9.502	3,25	(2,70-3,90)	8.586	4,76	(3,78-6,01)
Speciallæge	7.292	0,55	(0,45-0,66)	5.371	0,58	(0,48-0,69)
Laboratorieundersøgelser	55	0,42	(0,21-0,85)	31	0,59	(0,28-1,22)
Tandlæge	4.060	0,22	(0,20-0,24)	2.765	0,33	(0,29-0,37)
Terapeut	16.235	0,48	(0,34-0,68)	7.167	0,33	(0,24-0,45)
Psykolog/psykiater	3.432	1,94	(1,49-2,53)	4.161	1,82	(1,40-2,37)

## 7 Kontakter til sekundærsektoren

I dette kapitel belyses socialt udsatte menneskers kontakter til sekundærsektoren. Socialt udsatte menneskers kontakt til sekundærsektoren sammenlignes både med den øvrige befolkning og med socialt udsatte mennesker, som ikke har samme livsomstændigheder. Sekundærsektoren omfatter i denne rapport hospitalsindlæggelser, ambulante hospitalsbesøg samt akutmodtagelsesbesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger.

### 7.1 Somatiske indlæggelser

Tabel 7.1.1 viser somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter køn og alder for perioden 2007-2018. Der er i alt 11.795 og 4.708 somatiske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2018. For begge køn ses den største andel af indlæggelserne i aldersgruppen 45-54 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for en indlæggelse. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år. Det ses, at indlæggeshyppigheden for begge køn er størst blandt de 45-54-årige. Når der sammenlignes med den øvrige befolkning, ses det, at socialt udsatte mænd og kvinder i alle aldersgrupper har en øget risiko for somatisk indlæggelse. Samlet set har socialt udsatte mænd tre og en halv gange højere risiko for somatisk indlæggelse end mænd i den øvrige befolkning, og socialt udsatte kvinder har tre gange højere risiko for somatisk indlæggelse end kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.1.1** Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
16-34 år	1.209	361	4,86	(3,75-6,30)	1.166	494	2,48	(1,55-3,96)
35-44 år	2.993	577	6,00	(4,44-8,10)	1.290	599	4,07	(3,03-5,48)
45-54 år	4.810	769	4,59	(3,85-5,48)	1.469	640	3,99	(3,03-5,26)
55-79 år	2.783	653	2,11	(1,75-2,55)	783	596	2,43	(1,89-3,13)
I alt	11.795	619	3,64	(3,27-4,07)	4.708	580	2,98	(2,52-3,52)

Tabel 7.1.2 viser somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter køn og tilstedeværelsen af udvalgte belastende livsomstændigheder. Da en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, kan samme person indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 7.1.2 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 7.1.1. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelse anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af somatiske indlæggelser. Til beregning af den relative risiko (RR) i tabel 7.1.2 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholoverforbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholoverforbrug.

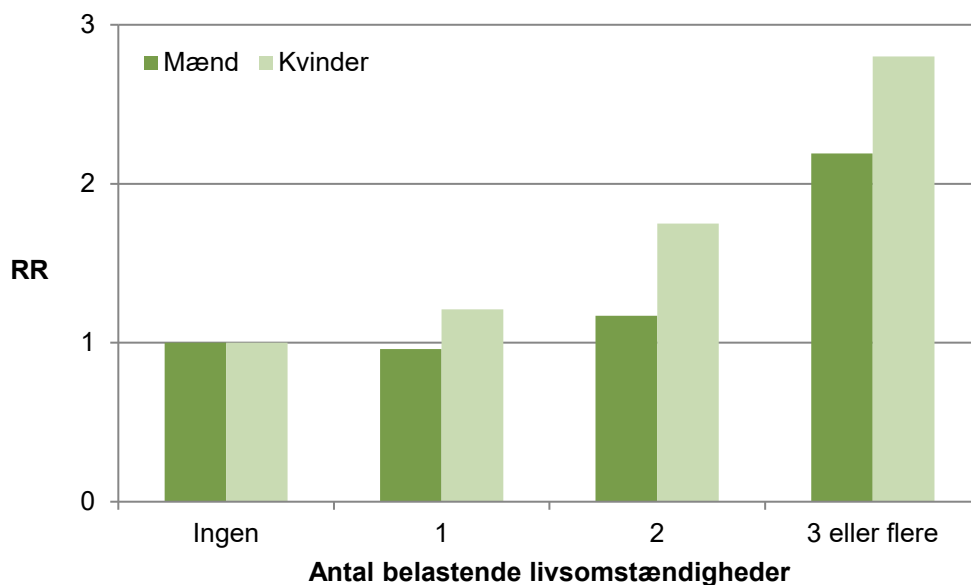
Det fremgår af tabel 7.1.2, at indlæggelsesraten for socialt udsatte mænd er højest blandt personer med et alkoholoverforbrug, mens den for socialt udsatte kvinder er højest blandt personer, der lever i hjemløshed. For socialt udsatte mænd ses en øget risiko for somatiske indlæggelser blandt alle grupperne af belastende livsomstændigheder. Det ses fx, at socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug har 74 % højere risiko for somatisk indlæggelse end socialt udsatte mænd uden et alkoholoverforbrug. For socialt udsatte kvinder ses kun en overrisiko for grupperne hjemløshed og stofbrug. Eksempelvis har socialt udsatte kvinder, der lever i hjemløshed, en 97 % højere risiko for somatisk indlæggelse end socialt udsatte kvinder, der ikke lever i hjemløshed.

**Tabel 7.1.2** Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkoholoverforbrug	4.291	885	1,74	(1,40-2,17)	589	775	1,33	(0,75-2,36)
Psykisk lidelse	5.892	696	1,35	(1,11-1,63)	3.108	621	1,26	(0,95-1,69)
Hjemløshed	4.468	677	1,23	(1,02-1,49)	1.395	969	1,97	(1,30-2,98)
Stofbrug	3.709	705	1,28	(1,02-1,60)	1.841	770	1,51	(1,06-2,15)
Fattigdom	1.862	756	1,37	(1,03-1,84)	668	636	1,22	(0,86-1,72)

Figur 7.1.1 viser den relative risiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom). Sammenligningsgruppen er socialt udsatte mennesker, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. Det ses, at socialt udsatte mænd, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder, har mere end dobbelt så stor risiko for somatisk indlæggelse sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. Blandt socialt udsatte kvinder ses en øget risiko for somatiske indlæggelser for kvinder, der lever under henholdsvis to eller tre eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. Der ses ingen forskel i risikoen for somatisk indlæggelse for det øvrige antal belastende livsomstændigheder.

**Figur 7.1.1** Relativ risiko (RR) for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2018



Tabel 7.1.3 og 7.1.4 viser somatiske indlæggelser fordelt efter sygdomsgrupper for henholdsvis socialt udsatte mænd (tabel 7.1.3) og socialt udsatte kvinder (tabel 7.1.4) i perioden 2007-2018. Den relative risiko for somatiske indlæggelser (RR) er beregnet i forhold til den øvrige befolkning.

Det fremgår af tabel 7.1.3, at der blandt socialt udsatte mænd er flest somatiske indlæggelser på grund af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer (2.153 indlæggelser) og på grund af læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger (1.514 indlæggelser). Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd en øget risiko for somatiske indlæggelser for størstedelen af sygdomsgrupperne. Risikoen er særligt høj for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer, hvor socialt udsatte mænd har knap 51 gange så høj risiko for somatisk indlæggelse som mænd i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.1.3** Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgrupper. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
Infektionssygdomme	544	5,04	(4,19-6,07)
Kræftsygdomme	356	1,35	(0,86-2,12)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	102	2,65	(1,69-4,16)
Stofskiftesygdomme	263	2,08	(1,07-4,01)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer	2.153	50,62	(36,93-69,38)
Sygdomme i nervesystemet	287	2,84	(1,97-4,09)
Sygdomme i øjne	33	2,47	(0,98-6,21)
Sygdomme i ører	13	1,01	(0,48-2,10)
Sygdomme i kredsløbsorganer	943	1,90	(1,48-2,45)
Sygdomme i åndedrætsorganer	1.089	4,63	(3,53-6,08)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	1.089	3,55	(2,80-4,51)
Sygdomme i hud og underhud	286	5,34	(4,03-7,08)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	323	1,76	(1,31-2,38)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	187	1,26	(0,90-1,75)
Medfødte misdannelser	9	1,11	(0,33-3,71)
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	1.254	3,85	(3,30-4,49)
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	1.514	4,87	(4,32-5,50)
Andre faktorer	1.341	3,37	(2,72-4,19)

Tabel 7.1.4 viser, at de fleste somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder sker, ligesom for socialt udsatte mænd, på grund af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer (617 indlæggelser) og læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger (562 indlæggelser). Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder en overrisiko for somatiske indlæggelser for alle sygdomsgrupper, med undtagelse af kræft, sygdomme i nervesystemet, sygdomme i ører, medfødte misdannelser samt svangerskab, fødsel og barsel. Risikoen er særligt høj for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer, hvor socialt udsatte kvinder har knap 48 gange så høj risiko for somatisk indlæggelse sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Table 7.1.4** Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgrupper. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI
Infektionssygdomme	477	15,28	(8,96-26,06)
Kræftsygdomme	121	1,03	(0,68-1,56)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	44	3,70	(2,23-6,13)
Stofskiftesygdomme	119	2,89	(1,98-4,20)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer	617	47,96	(28,59-80,47)
Sygdomme i nervesystemet	59	1,33	(0,88-2,01)
Sygdomme i øjne	12	2,44	(1,03-5,77)
Sygdomme i ører	8	1,23	(0,51-2,96)
Sygdomme i kredsløbsorganer	291	3,02	(2,25-4,07)
Sygdomme i åndedrætsorganer	408	5,11	(3,67-7,11)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	388	3,03	(2,44-3,75)
Sygdomme i hud og underhud	150	9,20	(5,45-15,51)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	136	1,57	(1,15-2,14)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	160	1,73	81,34-2,22)
Svangerskab, fødsel og barsel	120	0,46	(0,36-0,59)
Medfødte misdannelser	7	1,88	(0,77-4,59)
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	519	3,36	(2,77-4,09)
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	562	5,22	(4,30-6,34)
Andre faktorer	504	2,53	(2,07-3,09)



Tabel 7.1.5 og 7.1.6 viser somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mennesker for perioden 2007-2018 fordelt efter specifikke sygdomsgrupper (infektionssygdomme, rusmiddelrelaterede tilstande, læsioner og kroniske sygdomme), som vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte mennesker. Den relative risiko for somatiske indlæggelser (RR) er beregnet i forhold til den øvrige befolkning.

Det fremgår af tabel 7.1.5, at der blandt socialt udsatte mænd er flest somatiske indlæggelser som følge af rusmiddelrelaterede tilstande. I denne sygdomsgruppe er der flest indlæggelser på grund af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (1.975 indlæggelser). Inden for sygdomsgruppen infektionssygdomme er der flest indlæggelser, der skyldes blodforgiftning (112 indlæggelser). I sygdomsgruppen læsioner er der flest indlæggelser på grund af hovedlæsioner (271 indlæggelser), og blandt kroniske sygdomme er det KOL og iskæmisk hjertesygdom, som forårsager de fleste indlæggelser.

Der ses en betydelig overrisiko for somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd for samtlige sygdomsgrupper, når der sammenlignes med mænd i den øvrige befolkning. Risikoen er særligt høj for de rusmiddelrelaterede tilstande, hvor socialt udsatte mænd eksempelvis har 78 gange højere risiko for en somatisk indlæggelse med psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Det fremgår også, at socialt udsatte mænd har 66 gange højere risiko for en somatisk indlæggelse som følge af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Betragtes alene somatiske indlæggelser på grund af alkoholafhængighedssyndrom, er risikoen også markant forhøjet for socialt udsatte mænd (RR=91,36) sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

Overrisikoen er ligeledes markant for infektionssygdomme som HIV (RR=64,56), viral leverbetændelse (RR=29,06) og forgiftninger (RR=26,98). Disse meget høje relative risici er et udtryk for, at indlæggelseshyppigheden for disse sygdomme i den øvrige befolkning generelt er lav sammenlignet med socialt udsatte mennesker.

**Tabel 7.1.5** Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
<b>Infektionssygdomme</b>			
Tuberkulose	39	-	-
Blodforgiftning	112	3,49	(2,57-4,74)
Viral leverbetændelse	49	29,06	(14,08-59,95)
HIV	55	64,56	(16,74-249,07)
<b>Rusmiddelrelaterede tilstande</b>			
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	1.975	66,31	(45,54-96,55)
Afhængighedssyndrom	794	91,36	(55,23-151,12)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	103	78,32	(30,92-198,37)
Sygdomme i lever <sup>1</sup>	286	13,55	(8,15-22,54)
Sygdomme i bugspytkirtlen <sup>2</sup>	188	8,69	(4,47-16,91)
Forgiftninger	452	26,98	(20,29-35,89)
<b>Læsioner</b>			
Hovedlæsioner	271	8,72	(6,83-11,12)
Læsion af håndled og hånd	37	1,54	(1,02-2,35)
Læsion af knæ og underben	117	3,48	(2,60-4,67)
Læsion af ankel og fod	24	4,33	(2,39-7,84)
<b>Kroniske sygdomme</b>			
Diabetes	88	2,79	(1,36-5,71)
Iskæmisk hjertesygdom	334	2,15	(1,20-3,86)
KOL	325	7,38	(4,11-13,25)

<sup>1</sup> fx alkoholisk leversygdom, toksisk leversygdom, kronisk leverbetændelse, fibrose i lever og skrumpelever mm.

<sup>2</sup> fx betændelse i bugspytkirtlen

Det fremgår af tabel 7.1.6, at der blandt socialt udsatte kvinder ligeledes er flest somatiske indlæggelser som følge af rusmiddelrelaterede tilstande. I denne sygdomsgruppe er der flest indlæggelser på grund af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (534 indlæggelser). I sygdomsgruppen infektionssygdomme er der flest indlæggelser på grund af HIV (220 indlæggelser), mens hovedlæsioner er den hyppigste indlæggelsesårsag i sygdomsgruppen læsioner (48 indlæggelser). Endelig er der i sygdomsgruppen kroniske sygdomme flest somatiske indlæggelser på grund af KOL (122 indlæggelser).

Der ses en betydelig overrisiko for somatiske indlæggelser for samtlige sygdomsgrupper blandt socialt udsatte kvinder i forhold til kvinder i den øvrige befolkning. Risikoen er særligt høj for indlæggelser på grund af rusmiddelrelaterede tilstande. Eksempelvis indlægges socialt udsatte kvinder 77 gange oftere på grund af psykiske lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Betragtes alene somatiske

indlæggelser på grund af alkoholafhængighedssyndrom, er risikoen også markant forhøjet for socialt udsatte kvinder (RR=106,03) sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

Overrisikoen for somatiske indlæggelser er desuden markant for blodforgiftning (RR=10,66), KOL (RR=8,08) og hovedlæsioner (RR=7,53). Disse høje relative risici er et udtryk for, at indlæggeshyppigheden for disse sygdomme i den øvrige befolkning generelt er lav sammenlignet med socialt udsatte mennesker.

**Tablet 7.1.6.** Somatiske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI
<b>Infektionssygdomme</b>			
Tuberkulose	12	-	-
Blodforgiftning	80	10,66	(6,18-18,01)
Viral leverbetændelse	13	-	-
HIV	220	-	-
<b>Rusmiddelrelaterede tilstande</b>			
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	534	76,55	(39,51-148,33)
Afhængighedssyndrom	211	106,03	(50,32-223,42)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	33	70,63	(28,50-174,99)
Sygdomme i lever <sup>1</sup>	86	11,96	(5,50-26,01)
Sygdomme i bugspytkirtlen <sup>2</sup>	23	5,47	(2,56-11,68)
Forgiftninger	239	19,54	(13,16-29,00)
<b>Læsioner</b>			
Hovedlæsioner	48	7,53	(4,64-12,21)
Læsion af håndled og hånd	13	2,66	(1,46-4,85)
Læsion af knæ og underben	31	2,31	(1,44-3,71)
Læsion af ankel og fod	14	-	-
<b>Kroniske sygdomme</b>			
Diabetes	22	2,74	(1,06-7,06)
Iskæmisk hjertesygdom	23	1,22	(0,56-2,67)
KOL	122	8,08	(4,05-16,15)

<sup>1</sup> fx alkoholisk leversygdom, toksisk leversygdom, kronisk leverbetændelse, fibrose i lever og skrumpelever mm.

<sup>2</sup> fx betændelse i bugspytkirtlen

## 7.2 Somatiske ambulante hospitalsbesøg

Tabel 7.2.1 viser somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. Det fremgår af tabellen, at der i alt forekommer 42.208 ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd og 26.134 besøg blandt socialt udsatte kvinder i perioden 2007-2018. Både blandt socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder ses det største antal ambulante besøg i aldersgruppen 45-54 år.

Antallet af personer, der indgår i de forskellige aldersgrupper og således er i risiko for et ambulante hospitalsbesøg, varierer dog. For at tage højde for antallet af personer i de forskellige aldersgrupper anvendes rater per 1.000 personer per år, der udtrykker hyppigheden af ambulante hospitalsbesøg. Af raten fremgår det, at hyppigheden af ambulante hospitalsbesøg stiger med stigende alder både blandt socialt udsatte mænd og kvinder.

For at kunne sammenligne hyppigheden af ambulante hospitalsbesøg med den øvrige befolkning anvendes den relative risiko (RR). Heraf fremgår det, at socialt udsatte mænd og kvinder i de fleste aldersgrupper ser ud til at have en beskedent overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg. Både socialt udsatte mænd og kvinder har samlet set 19 % højere risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.2.1** Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
16-34 år	3.934	1.176	1,27	(1,05-1,53)	6.887	2.917	1,16	(0,97-1,39)
35-44 år	8.925	1.721	1,23	(1,03-1,49)	6.425	2.982	1,38	(1,16-1,63)
45-54 år	15.420	2.464	1,30	(1,12-1,51)	7.893	3.440	1,20	(1,03-1,41)
55-79 år	13.929	3.268	1,01	(0,84-1,21)	4.929	3.755	1,07	(0,88-1,30)
I alt	42.208	2.215	1,19	(1,08-1,30)	26.134	3.218	1,19	(1,09-1,30)

Tabel 7.2.2 viser somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter tilstedeværelsen af en given belastende livsomstændighed. Idet en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, vil den samme person kunne indgå i flere grupper samtidigt. Derfor svarer det samlede antal somatiske ambulante hospitalsbesøg i tabel 7.2.2 ikke til det samlede antal ambulante besøg i tabel 7.2.1.

Det fremgår af tabellen, at det største antal somatiske ambulante besøg ses blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder med en psykisk lidelse. Antallet af personer, der indgår i de forskellige grupper og således er i risiko for et ambulante hospitalsbesøg, varierer dog. For at tage højde for, at antallet af personer i de forskellige grupper varierer, anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af somatiske ambulante hospitalsbesøg. Det fremgår af tabellen, at den laveste rate for somatiske ambulante hospitalsbesøg for socialt udsatte mænd ses blandt personer, der lever i hjemløshed, mens den laveste rate for socialt udsatte kvinder ses blandt personer med et alkoholoverforbrug.

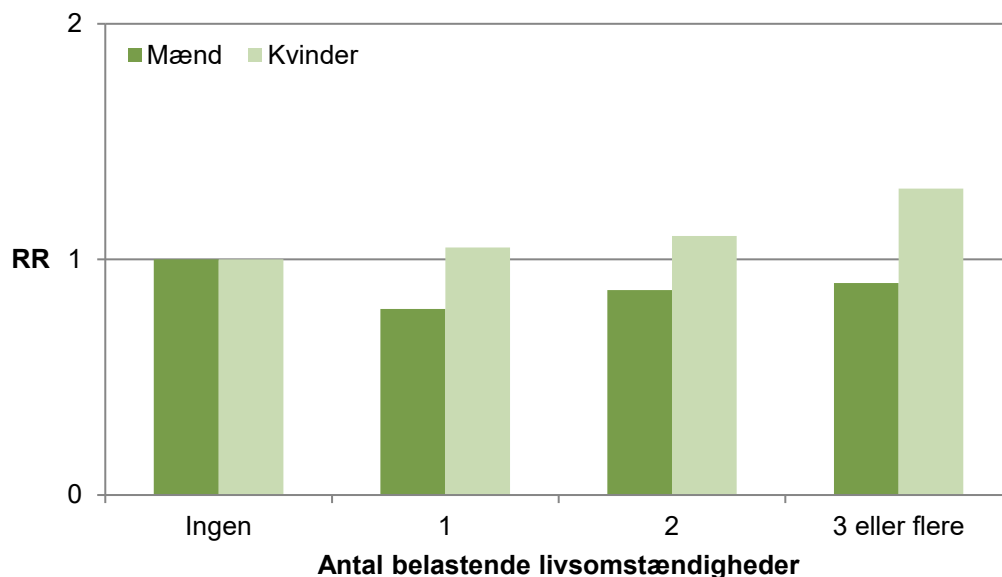
Den relative risiko (RR) i tabel 7.2.2 angiver risikoen for somatisk ambulante hospitalsbesøg for socialt udsatte mænd og kvinder med en given belastende livsomstændighed sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder uden den givne belastende livsomstændighed. Der ses ikke nogen overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg for nogen af typerne af livsomstændigheder. Det fremgår imidlertid, at den relative risiko for socialt udsatte mænd, der lever i hjemløshed, og socialt udsatte kvinder, der har et alkoholoverforbrug, har en værdi under 1, hvilket indikerer en lavere risiko sammenlignet med sammenligningsgruppen. Således har socialt udsatte mænd, der lever i hjemløshed, en 25 % lavere risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever i hjemløshed. Ligeledes har socialt udsatte kvinder, der har et alkoholoverforbrug, en 34 % lavere risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke har et alkoholoverforbrug.

**Tabel 7.2.2** Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkoholoverforbrug	10.080	2.079	0,93	(0,78-1,11)	1.707	2.245	0,66	(0,50-0,87)
Psykisk lidelse	18.242	2.156	1,07	(0,90-1,26)	16.295	3.255	1,13	(0,95-1,34)
Hjemløshed	11.269	1.708	0,75	(0,64-0,87)	5.141	3.572	1,19	(0,95-1,50)
Stofbrug	11.467	2.181	1,16	(0,98-1,37)	8.770	3.668	1,18	(0,98-1,42)
Fattigdom	5.355	2.174	1,15	(0,95-1,40)	3.526	3.359	1,15	(0,89-1,49)

Figur 7.2.1 viser den relative risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mennesker opdelt efter antallet af tilstedeværende belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom). Sammenligningsgruppen er socialt udsatte personer, der ikke lever under nogen af de oplyste belastende livsomstændigheder. Der ses ingen væsentlige forskelle mellem grupperne, hverken for socialt udsatte mænd eller socialt udsatte kvinder.

**Figur 7.2.1** Relativ risiko (RR) for somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2018



Tabel 7.2.3 og tabel 7.2.4 viser somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe.

Det fremgår af tabel 7.2.3, at det største antal ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd skyldes 'andre faktorer' (12.216 besøg), som dækker over tilfælde, hvor andre omstændigheder end fx sygdom og ulykke er årsag til kontakten med sundhedsvæsnets. Dette kunne eksempelvis være socioøkonomiske og psykosociale forhold, eller at en person møder op for at blive undersøgt uden at være syg. Endvidere ses et betydeligt antal ambulante hospitalsbesøg som følge af infektionssygdomme (4.504 besøg), kræft (3.985 besøg) og sygdomme i kredsløbsorganer (2.940 besøg). Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd en særligt høj risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg som følge af infektionssygdomme (RR = 14,50) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer (RR = 5,24). For enkelte af de resterende sygdomsgrupper ses der en lettere forøget risiko for ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens der for andre sygdomme ikke ses nogen overrisiko. For sygdomme i ører og sygdomme i knogler, muskler og bindevæv ses der imidlertid en betydeligt lavere risiko for ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

**Tablet 7.2.3** Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
Infektionssygdomme	4.504	14,50	(10,62-19,80)
Kræftsygdomme	3.985	0,95	(0,74-1,23)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	254	0,68	(0,41-1,14)
Stofskiftesygdomme	2.678	1,15	(0,80-1,66)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer	742	5,24	(2,55-10,80)
Sygdomme i nervesystemet	1.207	0,92	(0,69-1,22)
Sygdomme i øjne	865	0,83	(0,63-1,08)
Sygdomme i ører	332	0,56	(0,40-0,80)
Sygdomme i kredsløbsorganer	2.940	1,12	(0,89-1,41)
Sygdomme i åndedrætsorganer	1.006	1,26	(0,90-1,75)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	2.034	1,24	(0,98-1,58)
Sygdomme i hud og underhud	1.123	1,74	(1,11-2,74)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	1.793	0,47	(0,37-0,61)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	1.807	0,96	(0,39-2,35)
Medfødte misdannelser	148	0,96	(0,34-2,71)
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	2.212	1,28	(1,09-1,49)
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	2.362	1,65	(1,35-2,02)
Andre faktorer	12.216	1,25	(1,13-1,37)

Af tabel 7.2.4 fremgår det, at det største antal somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder skyldes 'andre faktorer' (9.305 besøg), som dækker over tilfælde hvor andre omstændigheder end fx sygdom og ulykke er årsag til kontakten med sundhedsvæsnets. Dette kunne eksempelvis være socioøkonomiske og psykosociale forhold, eller at en person møder op for at blive undersøgt uden at være syg. Endvidere ses et betydeligt antal ambulante hospitalsbesøg som følge af infektionssygdomme (3.039 besøg), kræftsygdomme (1.744 besøg) og sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (1.593 besøg).

Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder en særligt høj risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg som følge af infektionssygdomme (RR = 36,69) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer (RR = 5,23). Endvidere har socialt udsatte kvinder en forøget risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg som følge af sygdomme i kredsløbsorganer, sygdomme i hud og underhud samt læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Omvendt ses der en betydeligt lavere risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg som følge af

sygdomme i knogler, muskler og bindevæv og sygdomme i urin- og kønsorganer blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. For de resterende sygdomme ses ingen forskel.

**Tablet 7.2.4** Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI
Infektionssygdomme	3.039	36,69	(26,52-50,76)
Kræftsygdomme	1.744	0,77	(0,51-1,15)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	154	1,42	(0,71-2,85)
Stofskiftesygdomme	1.414	1,26	(0,91-1,74)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer	271	5,23	(2,64-10,37)
Sygdomme i nervesystemet	725	1,13	(0,79-1,60)
Sygdomme i øjne	504	0,99	(0,69-1,43)
Sygdomme i ører	171	0,82	(0,51-1,33)
Sygdomme i kredsløbsorganer	982	1,52	(1,05-2,19)
Sygdomme i åndedrætsorganer	495	1,34	(0,92-1,97)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	1.043	1,24	(0,98-1,57)
Sygdomme i hud og underhud	921	2,56	(1,61-4,08)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	1.593	0,71	(0,57-0,87)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	933	0,67	(0,52-0,86)
Svangerskab, fødsel og barsel	566	1,22	(0,75-2,01)
Medfødte misdannelser	59	0,92	(0,40-2,13)
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	1.214	1,23	(0,97-1,56)
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	1.000	1,60	(1,27-2,02)
Andre faktorer	9.305	1,08	(0,96-1,22)



Tabel 7.2.5 og 7.2.6 viser somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder fordelt efter specifikke sygdomsgrupper, som vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte.

Det fremgår af tabel 7.2.5, at det største antal somatiske ambulante hospitalsbesøg ses inden for sygdomsgruppen infektionssygdomme, hvor viral leverbetændelse er årsag til 2.701 besøg. Endvidere ses der også et betydeligt antal ambulante hospitalsbesøg som følge af diabetes (2.345 besøg).

De relative risici (RR) viser risikoen blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Det fremgår, at der er en betydelig overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg som følge af infektionssygdomme og rusmiddelrelaterede tilstande blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Risikoen er særligt høj for infektionssygdommene tuberkulose (RR = 57,71) og viral leverbetændelse (72,85).

**Tabel 7.2.5** Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
<b>Infektionssygdomme</b>			
Tuberkulose	301	57,71	(21,16-157,45)
Blodforgiftning	21	-	-
Viral leverbetændelse	2.701	72,85	(40,76-130,23)
HIV	1.308	14,63	(7,54-28,42)
<b>Rusmiddelrelaterede tilstande</b>			
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	687	8,70	(3,09-24,46)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	16	-	-
Sygdomme i lever <sup>1</sup>	554	6,75	(3,86-11,81)
Sygdomme i bugspytkirtlen <sup>2</sup>	308	7,38	(2,82-19,26)
Forgiftninger med rusmidler, lægemidler og tekniske og miljømæssige gifte	61	3,21	(1,16-8,93)
<b>Læsioner</b>			
Hovedlæsioner	136	1,63	(0,98-2,70)
Læsion af håndled og hånd	269	1,32	(0,85-2,07)
Læsion af knæ og underben	484	1,45	(1,02-2,06)
Læsion af ankel og fod	91	1,70	(0,99-2,92)
<b>Kroniske sygdomme</b>			
Diabetes	2.345	1,43	(0,94-2,18)
Iskæmisk hjertesygdom	489	0,91	(0,54-1,51)
KOL	576	2,76	(1,70-4,49)

<sup>1</sup> fx alkoholisk leversygdom, toksisk leversygdom, kronisk leverbetændelse, fibrose i lever og skrumpelever mm.

<sup>2</sup> fx betændelse i bugspytkirtlen

Af tabel 7.2.6 fremgår det, at det største antal somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder ses inden for infektionssygdommene HIV (1.489 besøg) og viral leverbetændelse (1.224 besøg). De relative risici (RR) viser risikoen blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Af tabellen fremgår det, at der er en markant overrisiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg som følge af HIV (RR = 675,39), viral leverbetændelse (RR = 87,69) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (RR = 41,55) blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.2.6** Somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI
<b>Infektionssygdomme</b>			
Tuberkulose	122	-	-
Blodforgiftning	19	-	-
Viral leverbetændelse	1.224	87,69	(44,45-173,01)
HIV	1.489	675,39	(265,38-1718,84)
<b>Rusmiddelrelaterede tilstande</b>			
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	171	41,55	(8,55-202,06)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	11	-	-
Sygdomme i lever <sup>1</sup>	172	4,85	(2,59-9,11)
Sygdomme i bugspytkirtlen <sup>2</sup>	23	3,76	(1,01-14,02)
Forgiftninger med rusmidler, lægemidler og tekniske og miljømæssige gifte	15	3,41	(1,30-8,93)
<b>Læsioner</b>			
Hovedlæsioner	51	2,63	(1,59-4,34)
Læsion af håndled og hånd	144	1,96	(1,14-3,37)
Læsion af knæ og underben	164	1,16	(0,77-1,75)
Læsion af ankel og fod	25	1,16	(0,58-2,35)
<b>Kroniske sygdomme</b>			
Diabetes	678	1,48	(0,84-2,61)
Iskæmisk hjertesygdom	34	0,49	(0,17-1,43)
KOL	250	3,02	(1,61-5,65)

<sup>1</sup> fx alkoholisk leversygdom, toksisk leversygdom, kronisk leverbetændelse, fibrose i lever og skrumpelever mm.

<sup>2</sup> fx betændelse i bugspytkirtlen

### 7.3 Somatiske akutmodtagelsesbesøg

Tabel 7.3.1 viser somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter køn og alder for perioden 2007-2018. Tabellen viser, at der i alt var 10.281 og 4.129 somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden. For begge aldersgrupper ses den største andel af somatiske akutmodtagelsesbesøg i aldersgruppen 45-54 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år, som er et udtryk for hyppigheden af somatiske akutmodtagelsesbesøg. Det ses, at hyppigheden er størst blandt socialt udsatte mænd i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år. Blandt socialt udsatte kvinder er hyppigheden af somatiske akutmodtagelsesbesøg størst i aldersgruppen 45-54 år.

Der ses en øget risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mennesker i alle aldersgrupper sammenlignet med den øvrige befolkning. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko på 4,09 og socialt udsatte kvinder en overrisiko på 4,41 sammenlignet med henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Dette betyder, at risikoen for somatiske akutmodtagelsesbesøg er lidt over fire gange højere blandt socialt udsatte mænd og kvinder end blandt mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.3.1** Somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
16-34 år	1.706	510	3,47	(2,84-4,24)	1.158	491	4,03	(2,97-5,48)
35-44 år	3.106	599	4,94	(3,94-6,19)	1.079	501	4,71	(3,44-6,45)
45-54 år	3.816	610	5,23	(4,52-6,05)	1.336	582	5,69	(4,18-7,74)
55-79 år	1.653	388	3,04	(2,56-3,62)	556	424	3,66	(2,77-4,85)
I alt	10.281	540	4,09	(3,71-4,51)	4.129	508	4,41	(3,76-5,18)

Tabel 7.3.2 viser somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder for perioden 2007-2018. Da en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, kan samme person indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal akutmodtagelsesbesøg i tabel 7.3.2 svarer derfor ikke til det samlede antal akutmodtagelsesbesøg i tabel 7.3.1. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af somatiske akutmodtagelsesbesøg. Til beregning af den relative risiko (RR) i tabel 7.3.2 er øvrige socialt udsatte personer, som ikke lever under den pågældende belastende livsomstændighed, anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen for socialt udsatte kvinder med et alkoholoverforbrug er socialt udsatte kvinder uden et alkoholoverforbrug.

Blandt socialt udsatte mænd er raten for somatiske akutmodtagelsesbesøg højest blandt personer, der lever i fattigdom, mens raten blandt socialt udsatte kvinder er højest for personer, der lever i

hjemløshed. Derudover fremgår det, at socialt udsatte mænd på tværs af alle typer af belastende livsomstændigheder har en overrisiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med mænd uden den givne livsomstændighed. Eksempelvis er risikoen for et somatisk akutmodtagelsesbesøg dobbelt så stor for socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug sammenlignet med socialt udsatte mænd uden et alkoholoverforbrug (RR = 2,01). For socialt udsatte kvinder er risikoen for et somatisk akutmodtagelsesbesøg næsten dobbelt så stor blandt kvinder, der lever i hjemløshed, sammenlignet med kvinder, der ikke lever i hjemløshed (RR = 1,90). Derudover ses en let forøget risiko blandt kvinder med et alkoholoverforbrug og blandt kvinder, der lever i fattigdom.

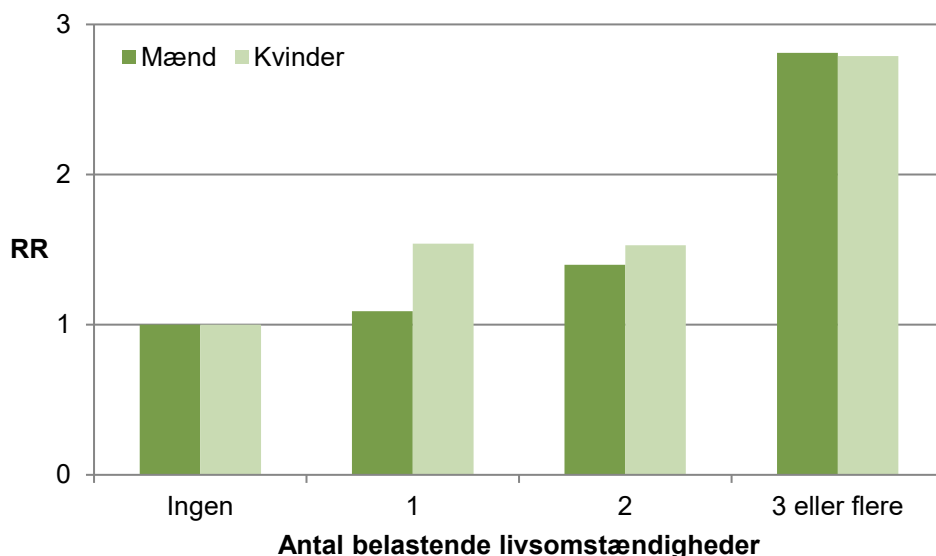
**Tablet 7.3.2** Somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkoholoverforbrug	3.947	814	2,01	(1,65-2,45)	589	775	1,65	(1,07-2,55)
Psykisk lidelse	5.181	612	1,34	(1,12-1,60)	2.684	536	1,18	(0,86-1,62)
Hjemløshed	4.252	644	1,38	(1,16-1,64)	1.179	819	1,90	(1,27-2,85)
Stofbrug	3.752	714	1,44	(1,17-1,77)	1.384	579	1,15	(0,83-1,60)
Fattigdom	2.121	861	1,73	(1,31-2,29)	678	646	1,36	(1,01-1,82)

Figur 7.3.1 viser den relative risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte mennesker, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder.

Blandt socialt udsatte mænd ses en øget risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg ved tilstedeværelsen af to eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever under nogen belastende livsomstændigheder. Blandt socialt udsatte kvinder ses en øget risiko uanset antallet af belastende livsomstændigheder sammenlignet med dét ikke at leve under nogen belastende livsomstændigheder. Det ses også, at risikoen for somatiske akutmodtagelsesbesøg er næsten tre gange højere blandt socialt udsatte mænd og kvinder, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder (henholdsvis RR=2,81 og RR=2,79) sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder, der ikke lever under nogen belastende livsomstændigheder.

**Figur 7.3.1** Relativ risiko (RR) for somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2018



Tabel 7.3.3. og tabel 7.3.4 viser somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2018 fordelt efter sygdomsgruppe. Den relative risiko (RR) er beregnet i forhold til mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Af tabel 7.3.3 fremgår det, at der blandt socialt udsatte mænd er flest somatiske akutmodtagelsesbesøg på grund af læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger (3.886 akutmodtagelsesbesøg) og på grund af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer (1.211 besøg). Der ses også en betydelig andel akutmodtagelsesbesøg på grund af 'andre faktorer' (2.734 besøg), som dækker over tilfælde, hvor andre omstændigheder end fx sygdom og ulykke er årsag til kontakten med sundhedsvæsnets net. Dette kunne eksempelvis være socioøkonomiske og psykosociale forhold, eller at en person møder op for at blive undersøgt uden at være syg. Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd en overrisiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg for samtlige sygdomsgrupper med undtagelse af sygdomme i øjne og ører. Særligt markant er overrisikoen for somatiske akutmodtagelsesbesøg for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer, hvor socialt udsatte mænd har 68 gange højere risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

**Table 7.3.3** Somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
Infektionssygdomme	140	5,17	(3,88-6,88)
Kræftsygdomme	≤5	-	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer	10	3,18	(1,37-7,41)
Stofskiftesygdomme	63	4,03	(2,62-6,19)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer	1.211	68,29	(41,77-111,65)
Sygdomme i nervesystemet	122	7,08	(4,75-10,57)
Sygdomme i øjne	27	1,09	(0,63-1,88)
Sygdomme i ører	10	1,54	(0,48-4,97)
Sygdomme i kredsløbsorganer	173	2,94	(2,25-3,84)
Sygdomme i åndedrætsorganer	269	4,77	(3,11-7,32)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	201	5,57	(4,18-7,42)
Sygdomme i hud og underhud	258	6,91	(5,30-9,00)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	188	2,60	(2,07-3,26)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	55	2,16	(1,37-3,43)
Medfødte misdannelser	<5	-	-
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	922	4,48	(3,90-5,16)
Læsioner, forgiftning og visse andre følger af ydre påvirkninger	3.886	2,79	(2,56-3,04)
Andre faktorer	2.734	5,75	(5,06-6,53)

Table 7.3.4 viser somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. Blandt socialt udsatte kvinder ses, ligesom for socialt udsatte mænd, at de fleste somatiske akutmodtagelsesbesøg skyldes læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger (1.600 akutmodtagelsesbesøg). Desuden skyldes en del somatiske akutmodtagelsesbesøg, ligesom hos socialt udsatte mænd, 'andre faktorer' (1.139 besøg), som dækker over tilfælde hvor andre omstændigheder end fx sygdom og ulykke er årsag til kontakten med sundhedsvæsnets. Dette kunne eksempelvis være socioøkonomiske og psykosociale forhold, eller at en person møder op for at blive undersøgt uden at være syg. Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder en overrisiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg for samtlige sygdomsgrupper med undtagelse af sygdomme i øjne og sygdomsgruppen svangerskab, fødsel og barsel. Socialt udsatte kvinders overrisiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg er særligt markant for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer. For denne sygdomsgruppe er socialt udsatte kvinders risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg knap 41 gange højere sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Table 7.3.4** Somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2015. Antal og relativ risiko (RR)

	Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI
Infektionssygdomme	58	5,94	(3,99-8,84)
Kræftsygdomme	≤5	-	-
Sygdomme i blod og bloddannende organer	≤5	-	-
Stofskiftesygdomme	25	5,91	(3,05-11,47)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller stoffer	238	40,60	(26,48-62,26)
Sygdomme i nervesystemet	28	3,77	(2,33-6,09)
Sygdomme i øjne	17	1,68	(0,77-3,66)
Sygdomme i ører	13	3,80	(1,34-10,80)
Sygdomme i kredsløbsorganer	57	3,47	(2,20-5,49)
Sygdomme i åndedrætsorganer	176	6,60	(4,25-10,25)
Sygdomme i fordøjelsesorganer	83	6,04	(4,13-8,83)
Sygdomme i hud og underhud	121	10,33	(6,51-16,39)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	72	2,85	(2,12-3,83)
Sygdomme i urin- og kønsorganer	54	3,19	(2,06-4,94)
Svangerskab, fødsel og barsel	12	1,65	(0,78-3,53)
Medfødte misdannelser	≤5	-	-
Symptomer og unormale fund, ikke andetsteds klassificeret	423	4,95	(4,05-6,06)
Læsioner, forgiftning og visse andre følger af ydre påvirkninger	1.600	3,30	(2,79-3,89)
Andre faktorer	1.139	5,89	(4,57-7,59)

Table 7.3.5 og 7.3.6 viser somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder for perioden 2007-2018 fordelt efter specifikke sygdomsgrupper (rusmiddelrelaterede sygdomme, læsioner, forgiftning og visse andre følger af ydre påvirkninger samt kroniske sygdomme), der vurderes at være særligt udbredte blandt socialt udsatte mennesker. Der vises ingen resultater for sygdomsgruppen infektionssygdomme, da der kun er få somatiske akutmodtagelsesbesøg som følge af sygdommene i denne gruppe. Den relative risiko (RR) for somatiske akutmodtagelsesbesøg er beregnet i forhold til henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Det fremgår af tabel 7.3.5, at der inden for sygdomsgruppen rusmiddelrelaterede tilstande er flest akutmodtagelsesbesøg på grund af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (1.106 akutmodtagelsesbesøg). Inden for sygdomsgruppen læsioner er der flest somatiske akutmodtagelsesbesøg som følge af hovedlæsioner (1.099 akutmodtagelsesbesøg). Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning ses det, at socialt udsatte mænd har en overrisiko (RR) for somatiske akutmodtagelsesbesøg for alle sygdomsgrupper, hvor det har været muligt at beregne den relative risiko. Risikoen blandt socialt udsatte mænd i forhold til mænd i den øvrige befolkning er særligt høj for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af



alkohol (RR=83,45) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer (RR=79,16). Der ses endvidere en markant overrisiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg på grund af forgiftninger, hvor socialt udsatte mænds risiko herfor er 20 gange højere sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning (RR = 20,07).

**Tablet 7.3.5** Somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
<b>Rusmiddelrelaterede sygdomme</b>			
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	1106	83,45	(47,01-148,13)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	47	79,16	(24,89-251,78)
Sygdomme i lever <sup>1</sup>	20	-	-
Sygdomme i bugspytkirtlen <sup>2</sup>	13	-	-
Forgiftninger	356	20,07	(15,19-26,53)
<b>Læsioner</b>			
Hovedlæsioner	1099	4,95	(4,31-5,69)
Læsion af håndled og hånd	585	1,53	(1,35-1,75)
Læsion af knæ og underben	289	2,00	(1,69-2,37)
Læsioner af ankel og fod	250	1,38	(1,16-1,63)
<b>Kroniske sygdomme</b>			
Diabetes	13	5,29	(2,24-12,49)
Iskæmisk hjertesygdom	31	3,82	(1,73-8,48)
KOL	101	9,33	(3,72-23,36)

<sup>1</sup> fx alkoholisk leversygdom, toksisk leversygdom, kronisk leverbetændelse, fibrose i lever og skrumpelever mm.

<sup>2</sup> fx betændelse i bugspytkirtlen

Tablet 7.3.6 viser somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter specifikke sygdomsgrupper for perioden 2007-2018. I sygdomsgruppen læsioner ses der blandt socialt udsatte kvinder, ligesom for socialt udsatte mænd, flest somatiske akutmodtagelsesbesøg grundet hovedlæsioner (309 akutmodtagelsesbesøg). Under rusmiddelrelaterede tilstande ses flest somatiske akutmodtagelsesbesøg som følge af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (181 akutmodtagelsesbesøg) samt forgiftninger (146 akutmodtagelsesbesøg). Sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning har socialt udsatte kvinder en overrisiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg for samtlige sygdomsgrupper, hvor det har været muligt at beregne en relativ risiko. Risikoen er særligt høj for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (RR=54,11) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser som følge af brug af stoffer (RR=34,60). Der ses også en betydelig overrisiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg grundet forgiftninger (RR = 16,73) og KOL (RR = 14,91) blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.



**Table 7.3.6** Somatiske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter specifikke sygdomsgrupper. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
<b>Rusmiddelrelaterede sygdomme</b>			
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	181	54,11	(31,14-94,03)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	17	34,60	(12,15-98,50)
Sygdomme i lever <sup>1</sup>	≤5	-	-
Sygdomme i bugspytkirtlen <sup>2</sup>	≤5	-	-
Forgiftninger	146	16,73	(11,00-25,46)
<b>Læsioner</b>			
Hovedlæsioner	309	6,41	(4,74-8,65)
Læsion af håndled og hånd	260	2,29	(1,83-2,87)
Læsion af knæ og underben	158	2,79	(2,15-3,61)
Læsioner af ankel og fod	194	2,09	(1,64-2,67)
<b>Kroniske sygdomme</b>			
Diabetes	≤5	-	-
Iskæmisk hjertesygdom	6	2,45	(0,74-8,16)
KOL	59	14,91	(5,34-41,65)

<sup>1</sup> fx alkoholisk leversygdom, toksisk leversygdom, kronisk leverbetændelse, fibrose i lever og skrumpelever mm.<sup>2</sup> fx betændelse i bugspytkirtlen

## 7.4 Psykiatriske indlæggelser

Tabel 7.4.1 viser psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter køn og alder for perioden 2007-2018. Der er i alt 2.475 og 1.021 psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden 2007-2018. Blandt socialt udsatte mænd ses den største andel af indlæggelser i aldersgruppen 45-54 år, mens den største andel indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder findes i aldersgruppen 35-44 år. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der er inden for hver aldersgruppe, og derfor på, hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for en psykiatrisk indlæggelse. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år. Blandt socialt udsatte mænd er indlæggelseshyppigheden på psykiatriske afdelinger højest blandt den yngste aldersgruppe (16-34 år), mens den blandt socialt udsatte kvinder er højest blandt de 35-44-årige. Der ses endvidere en markant overrisiko for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mennesker i alle aldersgrupper, når der sammenlignes med den øvrige befolkning. Samlet set har socialt udsatte mænd en overrisiko for psykiatriske indlæggelser på 26,63, mens socialt udsatte kvinder har en overrisiko på 18,35. Dette betyder, at socialt udsatte mænds psykiatriske indlæggelseshyppighed er knap 27 gange højere sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinders psykiatriske indlæggelseshyppighed er 18 gange højere sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.4.1** Psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
16-34 år	554	166	32,28	(21,10-49,37)	290	123	11,06	(4,78-25,60)
35-44 år	671	129	17,69	(9,53-32,82)	370	172	27,29	(16,11-46,24)
45-54 år	880	141	29,33	(18,96-45,37)	260	113	19,97	(8,69-45,89)
55-79 år	370	87	19,41	(11,07-34,02)	101	77	17,19	(9,31-31,75)
I alt	2.475	130	26,63	(20,56-34,49)	1.021	126	18,35	(11,63-28,98)

Tabel 7.4.2 viser psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. Da en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, kan samme person indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 7.4.2 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 7.4.1. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af de psykiatriske indlæggelser. Til beregningen af den relative risiko (RR) i tabel 7.4.2 er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte personer med et alkoholoverforbrug er socialt udsatte personer uden et alkoholoverforbrug.

Tabel 7.4.2 viser, at socialt udsatte mænd med en psykisk lidelse har den højeste psykiatriske indlæggelsesrate, mens den højeste psykiatriske indlæggelsesrate blandt kvinderne ses hos socialt udsatte kvinder, der lever i hjemløshed. Både blandt socialt udsatte mænd og kvinder ses en

overrisiko for psykiatrisk indlæggelse blandt personer med en psykisk lidelse sammenlignet med personer uden en psykisk lidelse. For socialt udsatte mænd ses endvidere en overrisiko blandt personer med et stofbrug. For socialt udsatte kvinder ses det, at kvinder, der lever i hjemløshed, har en 86 % højere risiko for psykiatrisk indlæggelse end kvinder, der ikke lever i hjemløshed. For de øvrige typer af belastende livsomstændigheder ses ingen forskel i risikoen for psykiatrisk indlæggelse.

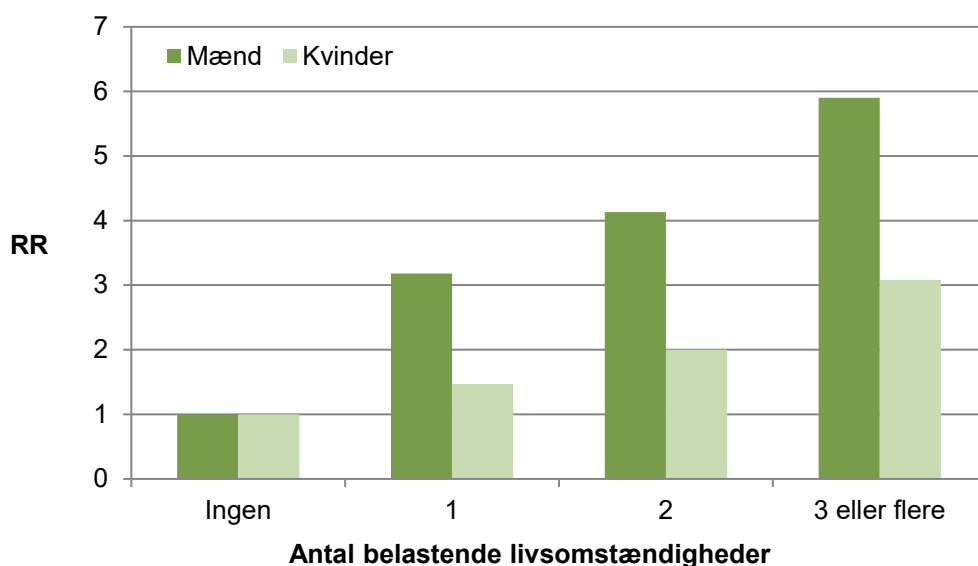
**Tabel 7.4.2** Psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændighed. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkoholoverforbrug	634	131	1,13	(0,81-1,57)	126	166	1,52	(0,73-3,19)
Psykisk lidelse	1.880	222	3,87	(2,89-5,19)	796	159	2,19	(1,26-3,79)
Hjemløshed	913	138	1,15	(0,85-1,55)	287	199	1,86	(1,09-3,15)
Stofbrug	868	165	1,38	(1,02-1,85)	309	129	1,10	(0,67-1,83)
Fattigdom	329	134	1,00	(0,70-1,43)	131	125	1,03	(0,54-1,94)

Figur 7.4.1 viser den relative risiko for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke er lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder.

For socialt udsatte mænd ses det, at risikoen for psykiatriske indlæggelser stiger gradvist med antallet af belastende livsomstændigheder. Risikoen for psykiatrisk indlæggelse er således knap seks gange højere for socialt udsatte mænd, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder, sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. For socialt udsatte kvinder ses ikke samme gradvise tendens, men det ses dog, at risikoen for psykiatrisk indlæggelse er tre gange højere blandt socialt udsatte kvinder, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder, end for socialt udsatte kvinder, der ikke lever under nogen af de belastende livsomstændigheder. Der ses ingen forskel i risikoen for psykiatrisk indlæggelse mellem socialt udsatte kvinder, der lever under henholdsvis én eller to belastende livsomstændigheder og kvinder, der ikke lever under nogen belastende livsomstændigheder.

**Figur 7.4.1** Relativ risiko (RR) for psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2018



Tabel 7.4.3 og 7.4.4 viser psykiatriske indlæggelser blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe for perioden 2007-2018. Den relative risiko for psykiatrisk indlæggelse er beregnet i forhold til henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Af tabel 7.4.3 fremgår det, at der er flest psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd på grund af skizofreni/psykoser (925 indlæggelser) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (731 indlæggelser). Sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd en overrisiko for psykiatriske indlæggelser for alle sygdomsgrupper. Der ses en særligt høj risiko for psykiatriske indlæggelser som følge af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer (RR=111,34) og for psykiatriske indlæggelser som følge af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (RR = 66,78), herunder en markant overrisiko for psykiatrisk indlæggelse grundet alkoholafhængighedssyndrom (RR=71,60). Dette betyder fx, at socialt udsatte mænd har 111 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse grundet psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer og 72 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse grundet alkoholafhængighedssyndrom sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.4.3** Psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	731	66,78	(40,78-109,35)
Afhængighedssyndrom	483	71,60	(41,45-123,70)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	278	111,34	(60,87-203,65)
Skizofreni/psykoser	925	37,34	(20,56-67,83)
Depression (let, moderat, svær)	47	2,53	(1,44-4,48)
Angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner <sup>1</sup>	110	8,43	(5,63-12,63)

<sup>1</sup>Fx PTSD, akut belastningsreaktion mm.

Tabel 7.4.4 viser, at der, ligesom for socialt udsatte mænd, er flest psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder på grund af skizofreni/psykoser (298 indlæggelser) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (211 indlæggelser). Socialt udsatte kvinder har en overrisiko for psykiatrisk indlæggelse for alle sygdomsgrupper sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Risikoen for psykiatriske indlæggelser er særligt høj for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer (RR=157,74), for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (RR = 62,52) og for alkoholafhængighedssyndrom (RR = 74,19). Dette betyder fx, at socialt udsatte kvinder har 158 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse grundet psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer og 74 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse grundet alkoholafhængighedssyndrom sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.4.4** Psykiatriske indlæggelser blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	211	62,52	(34,58-113,03)
Afhængighedssyndrom	151	74,19	(36,41-151,16)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	73	157,74	(41,39-601,22)
Skizofreni/psykoser	298	37,96	(17,84-79,12)
Depression (let, moderat, svær)	36	3,78	(1,94-7,36)
Angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner <sup>1</sup>	101	9,61	(5,18-17,85)

<sup>1</sup>Fx PTSD, akut belastningsreaktion mm.

## 7.5 Tvang i psykiatrien

I dette kapitel belyses og sammenlignes anvendelse af tvang i psykiatrien over for henholdsvis socialt udsatte personer og den øvrige befolkning. Endvidere belyses anvendelse af tvang i psykiatrien blandt socialt udsatte personer på baggrund af tilstedeværelsen af belastende livsomstændigheder.

Tvangsforanstaltninger belyses i det følgende som et samlet mål, der dækker over følgende fire overordnede former for tvang:

1. Frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangstilbageførsel til en afdeling)
2. Tvangsbehandling (tvangsmedicinering, tvangsbehandling med elektrochok, tvangsernæring, tvangsbehandling af legemlig lidelse, tvangsmedicinering som følge af beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning)
3. Fysisk magtanvendelse (tvangsfiksering med bælte, fiksering med remme, fiksering med handsker, fastholdelse, aflåsning af afdelingens yderdør, indgivelse af beroligende medicin, personlig skærmning over 24 timer)
4. Beskyttelsesforanstaltninger (beskyttelsesfikseringer med stofbælte eller lignende, personlige alarmsystemer, særlige dørlåse og anden beskyttelse).

### 7.5.1 Tilfælde af tvangsforanstaltninger i psykiatrien

Tabel 7.5.1.1 viser tilfælde af tvangsforanstaltninger blandt socialt udsatte personer opdelt på køn i perioden 2007-2021. Det fremgår, at der har været 3.350 tilfælde af tvangsforanstaltninger blandt socialt udsatte mænd, mens der har været 2.206 tilfælde af tvangsforanstaltninger blandt socialt udsatte kvinder. Antallet af mænd og kvinder og dermed antallet, der har været i risiko for tvangsforanstaltninger, varierer dog. For at kunne sammenligne forekomsten blandt socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder anvendes derfor rater per 1.000 personer per år, der udtrykker hyppigheden af tvangsforanstaltninger. Af raten fremgår det, at hyppigheden af tvangsforanstaltninger er højere blandt socialt udsatte kvinder (272 tvangsforanstaltninger per 1.000 personer per år) sammenlignet med socialt udsatte mænd (176 tvangsforanstaltninger per 1.000 personer per år).

For at kunne sammenligne hyppigheden af tvangsforanstaltninger blandt socialt udsatte personer med hyppigheden blandt den øvrige befolkning anvendes den relative risiko (RR). Heraf fremgår det, at socialt udsatte mænd har en overrisiko på 51,7, hvilket betyder, at socialt udsatte mænd har omkring 52 gange højere risiko for at blive udsat for tvangsforanstaltninger sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Den tilsvarende overrisiko for socialt udsatte kvinder ligger på 44,2, hvilket betyder, at socialt udsatte kvinder har omkring 44 gange højere risiko for tvangsforanstaltninger sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Disse analyser skal ses i lyset af, at socialt udsatte mennesker også indlægges hyppigere i psykiatrien end den øvrige befolkning.

**Tabel 7.5.1.1** Tilfælde af tvangsforanstaltninger i psykiatrien blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn. 2007-2021. Antal, rate og relativ risiko (RR)

Mænd				Kvinder			
Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
3.350	176	51,7	(25,00-106,90)	2.206	272	44,2	(15,38-126,74)

Tabel 7.5.1.2 viser tilfælde af tvangsforanstaltninger blandt socialt udsatte personer fordelt efter tilstedeværelsen af en given belastende livsomstændighed. Idet en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, vil den samme person kunne indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal tvangsforanstaltninger i tabel 7.5.1.2 svarer derfor ikke til det samlede antal tvangsforanstaltninger i tabel 7.5.1.1. For at tage højde for antallet af personer i de forskellige grupper anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af tvangsforanstaltninger. Det fremgår af tabellen, at den højeste rate for socialt udsatte mænd ses blandt personer med en psykisk lidelse, mens den højeste rate for socialt udsatte kvinder ses blandt personer, der lever i hjemløshed.

Den relative risiko (RR) i tabel 7.5.1.2 angiver risikoen for tvangsforanstaltninger blandt socialt udsatte personer med en given livsomstændighed sammenlignet med socialt udsatte personer uden den pågældende livsomstændighed. Af tabellen fremgår det, at der ikke ses nogen forskel i risikoen for tvangsforanstaltninger blandt socialt udsatte personer med en given livsomstændighed, når de sammenlignes med socialt udsatte personer uden den pågældende livsomstændighed.

**Tabel 7.5.1.2** Tvangsforanstaltninger i psykiatrien blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2021. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkohol-overforbrug	774	160	1,31	(0,36-4,86)	171	225	0,84	(0,21-3,30)
Psykisk lidelse	2.394	283	3,12	(0,95-10,21)	1.658	331	2,13	(0,57-7,98)
Hjemløshed	1.498	227	1,39	(0,58-3,38)	1.036	720	4,13	(0,92-18,50)
Stofbrug	1.204	229	1,30	(0,57-2,96)	1.195	500	3,51	(0,89-13,91)
Fattigdom	396	161	0,67	(0,23-1,95)	115	110	0,31	(0,06-1,72)

## 7.5.2 Psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang

Tabel 7.5.2.1 viser antal og relativ risiko for psykiatriske indlæggelser, hvor der er forekommet mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte personer opdelt på køn. Det fremgår af tabellen, at der i perioden 2007-2021 har været 421 psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte mænd og 183 psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte kvinder. Antallet af mænd og kvinder og dermed antallet, der har været i risiko for en psykiatrisk indlæggelse, hvori der er forekommet mindst én tvangsforanstaltning, varierer dog. For at kunne sammenligne forekomsten blandt socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder, anvendes derfor rater per 1.000 personer per år, der udtrykker hyppigheden af psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang. Af raten fremgår det, at hyppigheden af psykiatriske indlæggelser, hvor der er forekommet mindst én tvangsforanstaltning, er stort set ens blandt socialt udsatte mænd (22 psykiatriske indlæggelser med tvang per 1.000 personer) og socialt udsatte kvinder (23 psykiatriske indlæggelser med tvang per 1.000 personer).

For at kunne sammenligne hyppigheden af psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte personer med hyppigheden blandt den øvrige befolkning anvendes den relative risiko (RR).

Det fremgår i tabel 7.5.2.1, at socialt udsatte mænd har en overrisiko på 31,1, hvilket betyder, at socialt udsatte mænd har omkring 31 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse, hvori der indgår mindst ét tilfælde af tvang, sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Den tilsvarende overrisiko for socialt udsatte kvinder ligger på 22,0, hvilket betyder, at socialt udsatte kvinder har 22 gange højere risiko for psykiatriske indlæggelser, hvori der indgår mindst ét tilfælde af tvang, sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Disse analyser skal ses i lyset af, at socialt udsatte mennesker også indlægges hyppigere i psykiatrien end den øvrige befolkning.

**Tabel 7.5.2.1** Psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn. 2007-2021. Antal, rate og relativ risiko (RR)

Mænd				Kvinder			
Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
421	22	31,1	(20,61-46,96)	183	23	22,0	(11,40-42,46)

Tabel 7.5.2.2 viser indlæggelser, hvor der er forekommet mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte personer fordelt efter tilstedeværelsen af en given belastende livsomstændighed. Idet en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, vil den samme person kunne indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal indlæggelser med tvang i tabel 7.5.2.2 svarer således ikke til det samlede antal indlæggelser med tvang i tabel 7.5.2.1. For at tage højde for antallet af personer i de forskellige grupper anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af indlæggelser, hvori der indgår tvang. Det fremgår af tabellen, at den højeste rate for socialt udsatte mænd ses blandt personer med et stofbrug (37 psykiatriske indlæggelser med tvang per 1.000 personer), mens den højeste rate for socialt udsatte kvinder ses blandt personer, der lever i hjemløshed (45 psykiatriske indlæggelser med tvang per 1.000 personer).



Den relative risiko (RR) i tabel 7.5.2.2 angiver risikoen for en psykiatrisk indlæggelse, hvori der forekommer mindst ét tilfælde af tvang, blandt socialt udsatte personer med en given belastende livsomstændighed sammenlignet med socialt udsatte personer uden den pågældende belastende livsomstændighed.

Det fremgår, at socialt udsatte mænd med en psykisk lidelse og socialt udsatte mænd med et stofbrug har mere end dobbelt så høj risiko for en psykiatrisk indlæggelse med mindst ét tilfælde af tvang sammenlignet med socialt udsatte mænd uden henholdsvis en psykisk lidelse og et stofbrug. For de resterende grupper ses der ingen forskelle i risikoen for psykiatriske indlæggelser, hvori der indgår mindst ét tilfælde af tvang.

**Tabel 7.5.2.2** Psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2021. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkohol-overforbrug	98	20	1,24	(0,79-1,97)	19	25	1,32	(0,48-3,58)
Psykisk lidelse	282	33	2,49	(1,64-3,78)	109	22	0,96	(0,34-2,69)
Hjemløshed	182	28	1,43	(0,92-2,23)	65	45	2,46	(0,98-6,16)
Stofbrug	192	37	2,08	(1,35-3,21)	59	25	1,31	(0,50-3,44)
Fattigdom	57	23	0,90	(0,53-1,54)	22	21	0,86	(0,32-2,31)

### 7.5.3 Typer af tvangsforanstaltninger

I det følgende fokuseres der på to specifikke former for tvangsforanstaltninger, henholdsvis tvangsbehandling og fysisk magtanvendelse.

Tabel 7.5.3.1 viser antal og relativ risiko for psykiatriske indlæggelser, hvor der forekommer mindst ét tilfælde af tvangsbehandling blandt socialt udsatte personer opdelt efter køn. Tvangsbehandling dækker over følgende former for tvang: tvangsmedicinering, tvangsbehandling med elektrochok, tvangsernæring, tvangsbehandling af en legemlig lidelse og tvangsmedicinering som følge af beslutning om tvungen opfølgning efter udskrivning. Det fremgår af tabellen, at der i perioden 2007-2021 har været 58 psykiatriske indlæggelser, hvor der er forekommet mindst ét tilfælde af tvangsbehandling blandt socialt udsatte mænd, mens der blandt socialt udsatte kvinder har været 24 psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvangsbehandling.

Antallet af mænd og kvinder og dermed antallet, der har været i risiko for psykiatriske indlæggelser, hvor der er forekommet mindst ét tilfælde af tvangsbehandling, varierer dog. For at kunne sammenligne forekomsten blandt socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder, anvendes derfor rater per 1.000 personer per år, der udtrykker hyppigheden af psykiatriske indlæggelser, hvor der forekommer tvangsbehandling. Af raten fremgår det, at hyppigheden er ens for socialt udsatte mænd og kvinder.

For at kunne sammenligne hyppigheden af psykiatriske indlæggelser, hvor der forekommer mindst ét tilfælde af tvangsbehandling, blandt socialt udsatte personer med hyppigheden blandt den øvrige befolkning anvendes den relative risiko (RR).

Det fremgår af tabel 7.5.3.1, at socialt udsatte mænd har en overrisiko på 40,2, hvilket betyder, at socialt udsatte mænd har lidt mere end 40 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse med mindst ét tilfælde af tvangsbehandling sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Den tilsvarende overrisiko for socialt udsatte kvinder ligger på 32,5, hvilket betyder, at socialt udsatte kvinder har mere end 32 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse med mindst ét tilfælde af tvangsbehandling sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Disse analyser skal ses i lyset af, at socialt udsatte mennesker også indlægges hyppigere i psykiatrien end den øvrige befolkning.

**Tabel 7.5.3.1** Psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvangsbehandling blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn. 2007-2021. Antal, rate og relativ risiko (RR)

Mænd				Kvinder			
Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
58	3	40,2	(19,8-81,8)	24	3	32,5	(10,5-100,3)

Tabel 7.5.3.2 viser antal og relativ risiko for psykiatriske indlæggelser, hvor der forekommer mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse, blandt socialt udsatte personer opdelt på køn. Dette dækker over tvangsfiksering med bælte, fiksering med remme, fiksering med handsker, fastholdelse, aflåsning af afdelingens yderdør, indgivelse af akut beroligende medicin og personlig skærmning af over 24 timers varighed. Det fremgår af tabellen, at der i perioden 2007-2021 har været 224 psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse blandt socialt udsatte mænd, mens der blandt socialt udsatte kvinder har været 98 psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse.

Antallet af mænd og kvinder (og dermed antallet, der har været i risiko for en psykiatriske indlæggelse med mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse) varierer dog. For at kunne sammenligne forekomsten blandt socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder anvendes derfor rater per 1.000 personer per år, der udtrykker hyppigheden af psykiatriske indlæggelser, hvor der er forekommet mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse. Af raten fremgår det, at hyppigheden af psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse for både socialt udsatte mænd og kvinder ligger på ca. 12 tilfælde per 1.000 personer.

For at kunne sammenligne hyppigheden af psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse blandt socialt udsatte personer med hyppigheden blandt den øvrige befolkning anvendes den relative risiko (RR).

Det fremgår af tabel 7.5.3.2, at socialt udsatte mænd har en overrisiko på 26,7, hvilket betyder, at socialt udsatte mænd har omkring 27 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse med mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Den tilsvarende overrisiko for socialt udsatte kvinder ligger på 19,1, hvilket betyder, at socialt udsatte kvinder har 19 gange højere risiko for en psykiatrisk indlæggelse, hvor der forekommer mindst ét

tilfælde af fysisk magtanvendelse sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning. Disse analyser skal ses i lyset af, at socialt udsatte mennesker også indlægges hyppigere i psykiatrien end den øvrige befolkning.

**Tabel 7.5.3.2** Psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af fysisk magtanvendelse blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn. 2007-2021. Antal, rate og relativ risiko (RR)

Mænd				Kvinder			
Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
224	11,8	26,7	(15,8-45,1)	98	12,1	19,1	(8,91-40,7)

## 7.6 Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg

Tabel 7.6.1 viser psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter køn og alder. Det fremgår af tabellen, at der i alt forekommer 15.900 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd og 12.694 besøg blandt socialt udsatte kvinder.

Både blandt socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder ses det største antal psykiatriske ambulante besøg i aldersgruppen 35-44 år.

Antallet af personer, der indgår i de forskellige aldersgrupper og således er i risiko for et psykiatrisk ambulante hospitalsbesøg, varierer, hvorfor der endvidere anvendes rater per 1.000 personer per år som udtryk for hyppigheden af psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Af raten fremgår det, at hyppigheden af psykiatriske ambulante hospitalsbesøg falder med stigende alder blandt socialt udsatte mænd, mens den højeste rate for socialt udsatte kvinder ses blandt de 35-44-årige, hvorefter raten ligeledes falder med stigende alder.

For at kunne sammenligne forekomsten af psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med den øvrige befolkning anvendes den relative risiko (RR). Heraf fremgår det, at socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder i alle aldersgrupper har en markant overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Samlet set har socialt udsatte mænd mere end 10 gange så høj risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens socialt udsatte kvinder har mere end 9 gange så høj risiko sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.6.1** Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
16-34 år	3.919	1.172	10,19	(6,95-18,45)	4.354	1.844	6,62	(4,51-9,74)
35-44 år	5.353	1.032	11,44	(7,01-21,40)	5.508	2.557	15,73	(7,17-34,50)
45-54 år	4.395	702	9,93	(5,25-24,73)	1.854	808	6,72	(3,82-11,82)
55-79 år	2.233	524	9,62	(5,74-18,06)	978	745	12,33	(5,12-29,70)
I alt	15.900	835	10,84	(8,47-13,88)	12.694	1.563	9,48	(6,48-13,87)

Tabel 7.6.2 viser psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter tilstedeværelsen af en given belastende livsomstændighed. Idet en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, vil den samme person kunne indgå i flere grupper samtidigt. Derfor svarer det samlede antal psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i tabel 7.6.2 ikke til det samlede antal besøg i tabel 7.6.1.

Det fremgår af tabellen, at det største antal besøg ses blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder med en psykisk lidelse (henholdsvis 13.250 besøg og 11.263 besøg).

Antallet af personer, der indgår i de forskellige grupper og således er i risiko for et psykiatrisk ambulante besøg, varierer dog. For at tage højde for, at antallet af personer i de forskellige grupper

varierer, anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Det fremgår af tabellen, at den højeste rate for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg ses blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder med en psykisk lidelse.

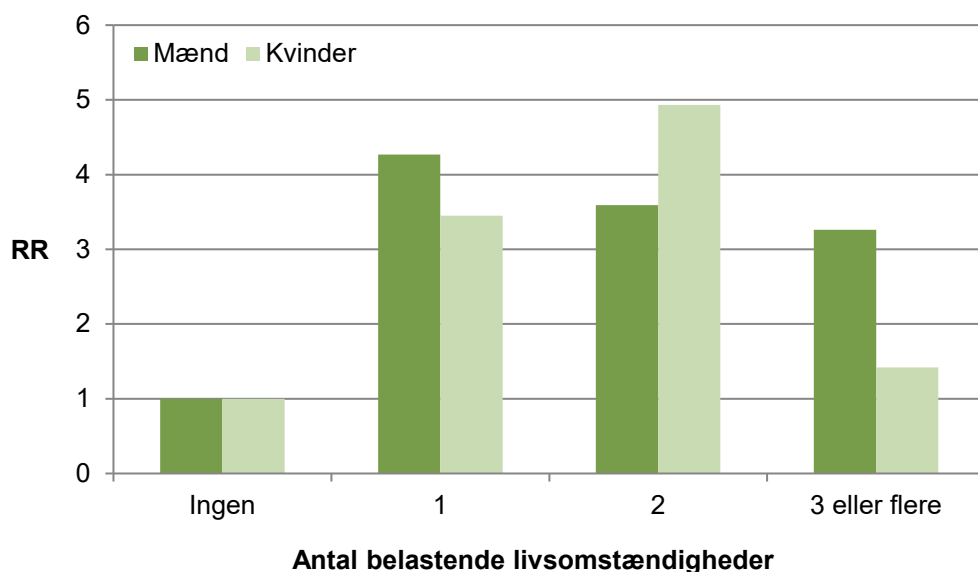
Den relative risiko (RR) i tabel 7.6.2 angiver risikoen for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg for socialt udsatte mænd og kvinder med en given belastende livsomstændighed sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder uden den pågældende belastende livsomstændighed. Det fremgår, at socialt udsatte mænd og kvinder med en psykisk lidelse har en overrisiko på henholdsvis 5,95 og 5,05 sammenlignet med socialt udsatte mænd og kvinder uden en psykisk lidelse. Det fremgår endvidere, at risikoen for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg er betydeligt lavere for socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug (RR = 0,48) og socialt udsatte mænd, der lever i hjemløshed (RR = 0,65) sammenlignet med socialt udsatte mænd uden et alkoholoverforbrug og mænd, som ikke lever i hjemløshed. For socialt udsatte kvinder, der lever i fattigdom, ses ligeledes en lavere risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke lever i fattigdom (RR = 0,42). For de resterende typer af livsomstændigheder ses der ingen betydelige forskelle i risikoen for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.

**Tablet 7.6.2** Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkoholoverforbrug	2.139	441	0,48	(0,30-0,78)	813	1.069	0,67	(0,18-2,51)
Psykisk lidelse	13.250	1.566	5,95	(3,93-9,02)	11.263	2.250	5,05	(2,57-9,93)
Hjemløshed	3.952	599	0,65	(0,44-0,95)	2.255	1.567	0,98	(0,53-1,80)
Stofbrug	4.171	793	0,82	(0,55-1,21)	3.764	1.574	0,92	(0,33-2,60)
Fattigdom	2.184	887	0,94	(0,61-1,44)	817	778	0,42	(0,21-0,84)

Figur 7.6.1 viser den relative risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte opdelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom). Sammenligningsgruppen er socialt udsatte personer, der ikke lever under nogen af de oplyste belastende livsomstændigheder. Det fremgår af figuren, at risikoen er højere for socialt udsatte mænd, der lever under én eller flere belastende livsomstændigheder sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. For socialt udsatte kvinder ses en øget risiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder, der lever under henholdsvis én eller to belastende livsomstændigheder sammenlignet med kvinder, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. Der er ingen forskel i risikoen for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg mellem socialt udsatte kvinder, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder og kvinder, der ikke lever under nogen belastende livsomstændigheder.

**Figur 7.6.1** Relativ risiko (RR) for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2018



Tabel 7.6.3 og tabel 7.6.4 viser psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder i perioden 2007-2018 fordelt efter sygdomsgruppe.

Af tabel 7.6.3 fremgår det, at det største antal psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd skyldes skizofreni/psykoser (9.461 besøg). Det fremgår endvidere, at der generelt er en markant overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Den højeste overrisiko ses for sygdomsgruppen psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer, hvor risikoen for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg er mere end 32 gange højere blandt socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.6.3** Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	664	28,68	(9,22-89,23)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	602	32,28	(8,74-119,18)
Skizofreni/psykoser	9.461	19,69	(12,05-32,19)
Depression (let, moderat, svær)	692	2,85	(1,43-5,65)
Angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner <sup>1</sup>	1.441	8,98	(5,11-15,81)

<sup>1</sup>Fx PTSD, akut belastningsreaktion mm.

Blandt socialt udsatte kvinder ses der, ligesom blandt socialt udsatte mænd, flest psykiatriske ambulante hospitalsbesøg som følge af skizofreni/psykoser (6.249 besøg). Ligeledes ses der en betydelig overrisiko for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg for alle sygdomsgrupper med undtagelse af depression. Den højeste overrisiko ses for sygdomsgruppen psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer, hvor risikoen er mere end 38 gange højere blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Tablet 7.6.4** Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	242	36,07	(7,11-182,97)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	181	38,49	(9,09-162,93)
Skizofreni/psykoser	6.249	22,98	(10,45-50,56)
Depression (let, moderat, svær)	297	1,10	(0,63-1,92)
Angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner <sup>1</sup>	886	4,56	(2,93-7,12)

<sup>1</sup>Fx PTSD, akut belastningsreaktion mm.

## 7.7 Psykiatriske akutmodtagelsesbesøg

Tabel 7.7.1 viser forekomsten af psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mænd og kvinder fordelt efter køn og alder i perioden 2007-2018. Der er i alt 3.214 og 1.387 psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og kvinder i perioden. Den største andel af akutmodtagelsesbesøg ses i aldersgruppen 45-54 år for både mænd og kvinder. Der kan dog være stor forskel på, hvor mange personer der i hver aldersgruppe er under risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år. Blandt socialt udsatte mænd ses de højeste hyppigheder af psykiatriske akutmodtagelsesbesøg i aldersgrupperne 16-34 år, 35-44 år og 45-54 år. Blandt socialt udsatte kvinder er hyppigheden størst blandt de 45-54-årige. Ved en sammenligning med den øvrige befolkning ses det, at socialt udsatte mennesker har en markant overrisiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg på tværs af køn og alder. Samlet set er risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg mere end 32 gange højere for socialt udsatte mænd sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning, mens risikoen er næsten 24 gange højere for socialt udsatte kvinder sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.7.1** Psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og alder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
16-34 år	613	183	26,46	(15,88-44,09)	302	128	10,69	(5,57-20,52)
35-44 år	907	175	19,93	(12,14-32,71)	399	185	21,20	(12,43-36,17)
45-54 år	1.225	196	44,15	(28,52-68,35)	496	216	41,14	(17,51-96,69)
55-79 år	469	110	26,10	(15,86-42,96)	190	145	31,39	(15,61-63,12)
I alt	3.214	169	32,59	(24,63-43,13)	1.387	171	23,68	(14,97-37,47)

Tabel 7.7.2 viser psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter køn og typen af belastende livsomstændigheder. Da en person kan leve under flere belastende livsomstændigheder, kan samme person indgå i flere grupper samtidigt. Det samlede antal kontakter i tabel 7.7.2 svarer derfor ikke til det samlede antal kontakter i tabel 7.7.1. For at tage højde for gruppernes forskellige størrelser anvendes rater per 1.000 personer per år til at belyse hyppigheden af de psykiatriske akutmodtagelsesbesøg. Til beregningen af den relative risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg er øvrige socialt udsatte personer uden den givne belastende livsomstændighed anvendt som sammenligningsgruppe. Dette betyder for eksempel, at sammenligningsgruppen til socialt udsatte kvinder med et alkoholoverforbrug er socialt udsatte kvinder uden et alkoholoverforbrug.

Af tabel 7.7.2 fremgår det, at socialt udsatte mænd med en psykisk lidelse har den højeste rate for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg. For socialt udsatte kvinder er raten højest blandt kvinder, der lever i hjemløshed. Der ses en øget risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mænd med en psykisk lidelse sammenlignet med socialt udsatte mænd uden en psykisk lidelse. Endvidere ses en øget risiko blandt socialt udsatte mænd med et stofbrug sammenlignet



med socialt udsatte mænd uden et stofbrug. Blandt socialt udsatte kvinder ses en øget risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt kvinder, der lever i hjemløshed, når der sammenlignes med socialt udsatte kvinder, der ikke lever i hjemløshed. For de resterende livsomstændigheder ses ingen betydelige forskelle i risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg.

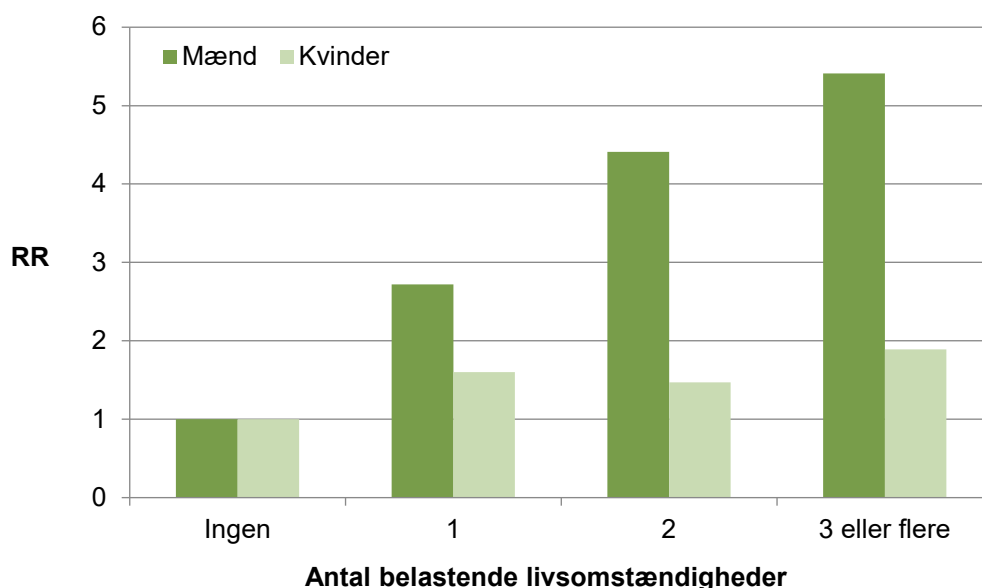
**Tabel 7.7.2** Psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og belastende livsomstændigheder. 2007-2018. Antal, rate og relativ risiko (RR)

	Mænd				Kvinder			
	Antal	Rate	RR	95 % CI	Antal	Rate	RR	95 % CI
Alkoholoverforbrug	891	183	1,23	(0,87-1,76)	117	154	0,93	(0,52-1,67)
Psykisk lidelse	2.450	290	4,01	(2,99-5,37)	956	191	1,39	(0,71-2,72)
Hjemløshed	1.174	178	1,13	(0,83-1,52)	447	311	2,29	(1,21-4,34)
Stofbrug	1.175	223	1,48	(1,03-2,11)	310	130	0,71	(0,43-1,18)
Fattigdom	413	168	0,93	(0,66-1,30)	146	139	0,88	(0,50-1,55)

Figur 7.7.1 viser den relative risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mennesker fordelt efter antallet af belastende livsomstændigheder (alkoholoverforbrug, psykisk lidelse, hjemløshed, stofbrug og fattigdom). Her er sammenligningsgruppen socialt udsatte personer, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder.

Blandt socialt udsatte mænd stiger risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg gradvist med antallet af belastende livsomstændigheder. Risikoen for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg for socialt udsatte mænd, der lever under tre eller flere belastende livsomstændigheder, er over 5 gange højere end for socialt udsatte mænd, der ikke lever under nogen af de nævnte belastende livsomstændigheder. Blandt socialt udsatte kvinder ses derimod ingen væsentlige forskelle mellem gruppernes risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg.

**Figur 7.7.1** Relativ risiko (RR) for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte personer fordelt efter køn og antal belastende livsomstændigheder. 2007-2018



Tabel 7.7.3 og tabel 7.7.4 viser psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt henholdsvis socialt udsatte mænd og socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe for perioden 2007-2018. Den relative risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg er beregnet i forhold til henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning.

Af tabel 7.7.3 fremgår det, at der blandt socialt udsatte mænd er flest psykiatriske akutmodtagelsesbesøg grundet psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (1.170 akutmodtagelsesbesøg) og grundet skizofreni/psykoser (770 akutmodtagelsesbesøg). For alle fem sygdomsgrupper ses det, at socialt udsatte mænd har en overrisiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning. Risikoen er særligt høj for akutmodtagelsesbesøg grundet psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer (RR = 201,32), hvor socialt udsatte mænd har 201 gange højere risiko sammenlignet med mænd i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.7.3** Psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte mænd fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Mænd		
	Antal	RR	95 % CI
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	1.170	66,37	(28,86-152,65)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	227	201,32	(96,66-419,29)
Skizofreni/psykoser	770	43,65	(23,18-82,16)
Depression (let, moderat, svær)	33	2,45	(1,46-4,11)
Angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner <sup>1</sup>	214	9,69	(6,41-14,67)

<sup>1</sup>Fx PTSD, akut belastningsreaktion mm.

Tabel 7.7.4 viser, at socialt udsatte kvinder har flest psykiatriske akutmodtagelsesbesøg på grund af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (387 akutmodtagelsesbesøg) og grundet skizofreni/psykoser (207 akutmodtagelsesbesøg). Når der sammenlignes med kvinder i den øvrige befolkning, ses det, at socialt udsatte kvinder har en overrisiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg for alle fem sygdomsgrupper. Risikoen er særligt høj for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg grundet psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol (RR=105,97) og psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer (RR=80,11). Det vil sige, at socialt udsatte kvinder har 106 gange højere risiko for psykiatrisk akutmodtagelsesbesøg grundet psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol og 80 gange højere risiko for psykiatrisk akutmodtagelsesbesøg grundet psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer sammenlignet med kvinder i den øvrige befolkning.

**Tabel 7.7.4** Psykiatriske akutmodtagelsesbesøg blandt socialt udsatte kvinder fordelt efter sygdomsgruppe. 2007-2018. Antal og relativ risiko (RR)

	Kvinder		
	Antal	RR	95 % CI
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol	387	105,97	(41,51-270,52)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af stoffer	53	80,11	(20,54-312,40)
Skizofreni/psykoser	207	39,06	(12,43-122,73)
Depression (let, moderat, svær)	35	4,15	(2,33-7,39)
Angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner <sup>1</sup>	156	11,98	(8,04-17,86)

<sup>1</sup>Fx PTSD, akut belastningsreaktion mm.

## 8 Diskussion

### Opsummering af de vigtigste resultater

Denne rapport dokumenterer en markant overdødelighed samt et markant forhøjet brug af de fleste dele af sundhedsvæsnets blandt socialt udsatte mennesker sammenlignet med den øvrige befolkning. Overordnet set viser rapporten en markant forøget dødelighed både blandt socialt udsatte mænd og kvinder og på tværs af alle aldersgrupper sammenlignet med den øvrige befolkning. Dødeligheden er særligt høj blandt unge (16-44-årige) mænd og kvinder, der lever i social udsathed. I forhold til brug af primærsektoren finder vi, at socialt udsatte mennesker har en øget risiko for kontakt til alment praktiserende læge, vagtlæge og psykolog/psykiater, men en lavere risiko for kontakt til speciallæge, tandlæge og terapeut sammenlignet med den øvrige befolkning. I forhold til brug af sekundærsektoren ses det overordnet, at socialt udsatte mennesker har en markant højere risiko for somatiske indlæggelser og somatiske akutmodtagelsesbesøg, men kun en let forhøjet risiko for somatisk ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med den øvrige befolkning. Socialt udsatte mennesker har også en markant øget risiko for psykiatriske indlæggelser, psykiatriske akutmodtagelsesbesøg og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med den øvrige befolkning. Endelig ses en markant øget risiko for at blive udsat for tvangsforanstaltninger blandt socialt udsatte mennesker sammenlignet med den øvrige befolkning, hvilket skal ses i lyset af, at socialt udsatte mennesker også indlægges hyppigere i psykiatrien end den øvrige befolkning.

Undersøgelsen viser endvidere en vis variation i dødelighed og brug af sundhedsvæsnets på tværs af typerne af belastende livsomstændigheder, som socialt udsatte mennesker kan leve under:

**Psykisk lidelse:** Socialt udsatte mænd og kvinder med en psykisk lidelse har en øget risiko for kontakt til alment praktiserende læge, for psykiatriske indlæggelser og for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med mænd og kvinder uden en psykisk lidelse. Socialt udsatte mænd med en psykisk lidelse har desuden en øget risiko for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg og for psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang sammenlignet med socialt udsatte mænd uden en psykisk lidelse.

**Stofbrug:** Socialt udsatte mænd med et stofbrug har en øget dødelighed og har øget risiko for kontakt til alment praktiserende læge, for somatiske indlæggelser, somatiske akutmodtagelsesbesøg, psykiatriske indlæggelser, for psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang og for psykiatriske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med socialt udsatte mænd uden et stofbrug. Socialt udsatte kvinder med et stofbrug har øget dødelighed og en øget risiko for somatiske indlæggelser sammenlignet med socialt udsatte kvinder uden et stofbrug.

**Hjemløshed:** Socialt udsatte mænd, der lever i hjemløshed, har en lavere risiko for kontakt til alment praktiserende læge, for somatisk ambulante hospitalsbesøg og for psykiatriske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med socialt udsatte mænd, der ikke lever i hjemløshed. Socialt udsatte kvinder, der lever i hjemløshed, har øget risiko for somatiske indlæggelser, somatiske

akutmodtagelsesbesøg, psykiatriske indlæggelser og psykiatriske akutmodtagelsesbesøg sammenlignet med socialt udsatte kvinder, der ikke lever i hjemløshed.

**Alkoholoverforbrug:** Socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug har en øget risiko for somatiske indlæggelser og somatiske akutmodtagelsesbesøg, mens de har en lavere risiko for kontakt til alment praktiserende læge og for psykiatrisk ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med mænd uden et alkoholoverforbrug. Socialt udsatte kvinder med et alkoholoverforbrug har en øget risiko for somatiske akutmodtagelsesbesøg og en lavere risiko for somatiske ambulante hospitalsbesøg sammenlignet med socialt udsatte kvinder uden et alkoholoverforbrug.

Overordnet set peger undersøgelsens fund vedrørende typen af belastende livsomstændigheder således på, at socialt udsatte mænd og kvinder med en psykisk lidelse har et merforbrug af især den psykiatriske sekundærsektor. Derudover har især socialt udsatte mænd med et stofbrug og socialt udsatte kvinder, der lever i hjemløshed, et merforbrug af store dele af såvel somatisk som psykiatrisk sekundærsektor. Endelig ses der for visse typer af belastende livsomstændigheder et lavere forbrug af især alment praktiserende læge og psykiatrisk ambulante hospitalsbesøg. Dette gælder for socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug og socialt udsatte mænd, der lever i hjemløshed.

I det følgende diskuteres og perspektiveres rapportens fund, blandt andet ved at inddrage andre studier af socialt udsatte menneskers sygelighed, dødelighed og brug af sundhedsvæsnets. Det er imidlertid vigtigt at understrege, at definitionen og grupperingen af socialt udsatte mennesker som undersøgelsespopulation varierer på tværs af studier. Nogle undersøgelser fokuserer på enkelte grupper af socialt udsatte personer, som fx mennesker, der lever i hjemløshed, eller mennesker med stofbrugsrelaterede psykiske lidelser, mens andre baserer sig på en bredere population af socialt udsatte mennesker. Dette kan vanskeliggøre en sammenligning på tværs af studier. I den følgende perspektivering til andre studier vil vi derfor præcisere de enkelte studiers undersøgelsespopulation.

## En markant oversygelighed

Fundene i denne rapport skal ses i sammenhæng med, at tidligere undersøgelser har dokumenteret, at socialt udsatte mennesker har en markant oversygelighed sammenlignet med den øvrige befolkning. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, har sammen med Rådet for Socialt Udsatte i henholdsvis 2007, 2012 og 2017 gennemført undersøgelser af socialt udsatte menneskers sundhed, sygelighed og trivsel – de såkaldte SUSY UDSAT-undersøgelser (SUndheds- og SYgelighedsundersøgelser blandt socialt udsatte mennesker) (Pedersen et al. 2008, Pedersen et al. 2012, Ahlmark et al. 2018). Disse undersøgelser er spørgeskemabaserede undersøgelser foretaget blandt socialt udsatte brugere af herberger, væresteder, varmestuer og andre sociale tilbud i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte gennemfører i skrivende stund den fjerde undersøgelse i rækken, SUSY UDSAT 2022, som offentliggøres i 2023.

SUSY UDSAT-undersøgelserne viser samstemmende, at socialt udsatte mennesker på næsten alle sammenlignelige mål for sundhed, sygelighed og trivsel er dårligere stillet end den øvrige befolkning. Det gælder eksempelvis i forhold til helbredsrelateret livskvalitet, generel trivsel – herunder vold og seksuelle overgreb – sundhedsadfærd, sygelighed og sociale relationer (Pedersen et al. 2008, Pedersen et al. 2012, Ahlmark et al. 2018). Undersøgelserne dokumenterer ydermere, at

sundhedstilstanden og trivslen generelt forværres, jo flere belastende livsomstændigheder man lever under (Ahlmark et al. 2018). Den seneste undersøgelse, SUSY UDSAT 2017, viser desuden, at sundheds- og sygelighedstilstanden overordnet set ikke har forbedret sig i perioden fra 2007 til 2017 (Ahlmark et al. 2018).

Nyere, internationale systematiske litteraturstudier understøtter disse fund vedrørende socialt udsatte menneskers markante sygelighed, herunder hvordan fx mennesker med rusmiddelrelaterede psykiske lidelser og mennesker, der lever i hjemløshed, belastes af en række både fysiske og psykiske sygdomme (Aldridge et al. 2018, Gutwenski et al. 2021). Eksempelvis estimeres forekomsten af psykiske lidelser (uanset diagnose) blandt mennesker i hjemløshed i højindkomstlande til 76,2 % (Gutwenski et al. 2021).

Socialt udsatte menneskers markante oversygelighed sammenlignet med den øvrige befolkning afspejles i denne rapport ved et betydeligt merforbrug af sundhedsvæsnets ydelser og i sidste ende ved en markant forkortet middellevetid og en markant højere dødelighed.

## Dødelighed og middellevetid

I denne rapport finder vi, at dødeligheden er henholdsvis otte gange højere blandt socialt udsatte mænd og 10 gange højere blandt socialt udsatte kvinder sammenlignet med henholdsvis mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte mennesker en markant forhøjet risiko for at dø af alle undersøgte dødsårsager, men risikoen er især forhøjet for alkohol- og stofrelaterede dødsårsager samt for selvmord og øvrige ikke-naturlige dødsårsager, som fx ulykker og drab.

Vi finder endvidere, at socialt udsatte mænd og kvinders forventede levetid i 2021 i gennemsnit er henholdsvis 18 og 17 år kortere end den forventede levetid blandt mænd og kvinder i den øvrige befolkning. Samlet set er den forventede levetid blandt socialt udsatte mennesker i 2021 17 år kortere end blandt den øvrige befolkning. Som vist i rapporten er socialt udsatte menneskers middellevetid steget fra 57 år i 2009 til 64 år i 2021, og forskellen mellem socialt udsatte menneskers middellevetid og den øvrige befolknings middellevetid er således mindsket fra 22 år i 2009 til 17 år i 2021. En forskel i forventet levetid på 17 år mellem socialt udsatte mennesker og den øvrige befolkning vidner om en fortsat markant social ulighed i sundhed.

Lignende fund vedrørende socialt udsatte menneskers dødelighed og middellevetid ses i andre danske og nordiske studier. Et dansk studie fra 2011 finder ligeledes en markant overdødelighed og en lav forventet levetid blandt mennesker, der lever i hjemløshed (defineret på baggrund af det danske hjemløseregister) sammenlignet med den øvrige befolkning (Nielsen et al. 2011). Eksempelvis viser studiet, at sammenlignet med den øvrige befolkning var den forventede levetid ved alder 15-24 år 21,6 år kortere for mænd i hjemløshed og 17,4 år kortere for kvinder i hjemløshed (Nielsen et al. 2011).

Et andet registerbaseret studie blandt mennesker i hjemløshed i Danmark viser forhøjede dødsrater som følge af henholdsvis selvmord og utilsigtede ulykker, særligt for mænd i hjemløshed. Hjemløshed var her ligeledes defineret på baggrund af det danske hjemløseregister. Studiet viser endvidere, at mænd i hjemløshed har en højere risiko for at dø af selvmord og utilsigtede ulykker

end kvinder i hjemløshed, og at psykiske lidelser som fx skizofreni og rusmiddelrelaterede psykiske lidelser er stærkt forbundne med en øget risiko for at dø af selvmord og utilsigtede ulykker (Nilsson et al. 2013).

Et nordisk studie fra 2013 baseret på data fra Danmark, Sverige og Finland viser en øget dødelighed som følge af blandt andet sygdom (alle diagnoser) og selvmord blandt patienter med alvorlige psykiske lidelser, herunder rusmiddelrelaterede psykiske lidelser (Nordentoft et al. 2013). I dette studie finder man endvidere, at den forventede levetid blandt patienter med en alvorlig psykisk lidelse er omkring 15 år kortere for kvinder og 20 år kortere for mænd sammenlignet med den øvrige befolkning (Nordentoft et al. 2013). Betragtes kun studiets danske data, fremgår det, at den korteste forventede levetid ses blandt patienter med rusmiddelrelaterede psykiske lidelser sammenlignet med patienter med andre psykiske lidelser. Dette gælder både for mænd og kvinder. Det fremgår således, at den forventede levetid for mænd med en rusmiddelrelateret psykisk lidelse er 52,1 år, mens den for kvinder med en rusmiddelrelateret psykisk lidelse er 57,7 år. Dermed er den forventede levetid for disse grupper henholdsvis 23,6 år og 22,6 kortere end mænd og kvinder i den øvrige befolkning (Nordentoft et al. 2013). Sammenlignes disse estimater på middellevetiden med beregningerne af middellevetiden i nærværende rapport, tyder det på, at mennesker med rusmiddelrelaterede psykiske lidelser har en endnu kortere forventet levetid end den bredere gruppe af socialt udsatte mennesker, som indgår i denne undersøgelse.

## Brug af sundhedsvæsnets

Andre danske undersøgelser understøtter denne rapportens fund vedrørende socialt udsatte menneskers brug af sundhedsvæsnets. En rapport fra 2018 fra VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd – dokumenterer også et merforbrug af sundhedsydelser blandt otte socialt udsatte grupper, defineret på baggrund af danske, nationale registre, sammenlignet med den øvrige befolkning. De otte grupper er henholdsvis 'moderat psykisk lidelse', 'svær psykisk lidelse', 'alkoholmisbrug', 'stofmisbrug', 'hjemløshed', 'psykisk lidelse med misbrug', 'misbrug med kompleksitet' og 'psykisk lidelse med misbrug og kompleksitet'. Rapporten viser også, at merforbruget starter tidligere for socialt udsatte mennesker end for den øvrige befolkning. Merforbruget ses især for somatiske indlæggelser og somatiske skadestuebesøg og i mindre grad også for somatiske ambulante kontakter (Benjaminsen et al. 2018), hvilket stemmer overens med denne rapportens fund.

I rapporten fra VIVE undersøges også socialt udsatte gruppers brug af primærsektoren, og også disse resultater stemmer overens med resultaterne fra nærværende undersøgelse. Således finder Benjaminsen et al. (2018), at de inkluderede socialt udsatte grupper overordnet set har et højere forbrug af alment praktiserende læger og vagtlæger sammenlignet med den øvrige befolkning, mens nogle socialt udsatte grupper har et lavere forbrug af speciallæge og tandlæge. Dette gælder især socialt udsatte mennesker med et skadeligt rusmiddelbrug, socialt udsatte mennesker med komplekse problemer og socialt udsatte mennesker, der lever i hjemløshed (Benjaminsen et al. 2018). På tilsvarende vis finder vi i denne rapport, at socialt udsatte mennesker, sammenlignet med den øvrige befolkning, i højere grad bruger alment praktiserende læge, vagtlæge og psykolog/psykiater, mens de i betydeligt mindre grad bruger speciallæge, tandlæge og terapeut. Det

lavere forbrug af disse sundhedsydelser kan have mange årsager. Kontakt til fx speciallæge og terapeut forudsætter ofte en henvisning fra egen læge. Derudover kan der være barrierer såsom ventelister, krav om tidsbestilling eller krav om egenbetaling, som alle er svært forenelige med et liv i social udsathed. Det er i denne forbindelse også vigtigt at fremhæve, at analyserne af brug af primærsektoren i denne rapport er baseret på data fra Sygesikringsregistret, hvori sundhedsfaglig hjælp tilbudt i indsatser uden for det etablerede sundhedsvæsen, eksempelvis i sundhedstilbud i NGO-regi, typisk ikke registreres. Nogle socialt udsatte mennesker vil således have adgang til, og gøre brug af, fx gratis tandlægeydelser uden for det etablerede sundhedsvæsen, men det registreres blot ikke i de offentlige registre.

I forlængelse heraf finder Pedersen (2018) i en kvalitativ undersøgelse baseret på interviews med socialt udsatte mennesker og med fagprofessionelle, som arbejder med denne målgruppe, at den praktiserende læge ikke synes at have samme vigtige rolle som indgang til det etablerede sundhedsvæsen for socialt udsatte mennesker som for den øvrige befolkning. De socialt udsatte mennesker i interviewundersøgelsen har generelt meget sporadisk eller slet ingen kontakt til egen læge, og for dem, der indimellem bruger egen læge, opleves denne ofte som en fremmed, der mangler forståelse for, hvad det vil sige at leve i social udsathed (Pedersen, 2018). Pedersen (2018) beskriver, hvordan nogle af de interviewede fravælger at bruge den praktiserende læge af økonomiske eller praktiske grunde, fordi de selv skal bestille tid og selv skal betale for eventuel medicin. I stedet bruger nogle de særlige sygeplejeklinikker målrettet socialt udsatte mennesker, hvor der ikke er krav om tidsbestilling, og hvor der i et vist omfang udleveres gratis medicin. En stabil relation til egen læge vanskeliggøres yderligere af socialt udsatte menneskers til tider kaotiske og omskiftelige tilværelse, hvor nogle flytter ofte og derfor er nødsaget til at skifte læge ofte. Dette peger således på, at den grundlæggende sundhedsmodel, hvor primærsektoren og den praktiserende læge varetager den primære kontakt til borgeren, synes at være sat ud af spil for nogle socialt udsatte mennesker (Pedersen 2018). I nærværende registerbaserede undersøgelse finder vi overordnet set et merforbrug af alment praktiserende læge blandt socialt udsatte mennesker sammenlignet med den øvrige befolkning, men undersøgelsen viser også, at merforbruget af alment praktiserende læge generelt ikke er så udtalt som for andre sundsydelser, og at for visse grupper af socialt udsatte mennesker ses omvendt en lavere risiko for at bruge alment praktiserende læge. Dette gælder for socialt udsatte mænd med et alkoholoverforbrug og socialt udsatte mænd, som lever i hjemløshed.

## Tvang i psykiatrien

I nærværende rapport belyser vi også anvendelse af tvang i psykiatrien overfor henholdsvis socialt udsatte mennesker og den øvrige befolkning. Sammenlignet med den øvrige befolkning har socialt udsatte mænd og kvinder en markant øget risiko for at blive udsat for tvang i psykiatrien, og dette mønster ses for alle indikatorer for tvang i psykiatrien. Vi finder desuden, at socialt udsatte mænd med en psykisk lidelse eller med et stofbrug har en øget risiko for psykiatriske indlæggelser med mindst ét tilfælde af tvang sammenlignet med socialt udsatte mænd uden en psykisk lidelse og uden et stofbrug.



Brugen af tvangsforanstaltninger i psykiatrien vedrører grundlæggende menneskerettigheder som retten til frihed og respekt for den fysiske og psykiske integritet og er således et meget alvorligt indgreb i selvbestemmelsesretten (Sundhedsstyrelsen 2020). Ifølge Sundhedsstyrelsen kan tvang i psykiatrien ikke fuldstændig undgås, men skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, så der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe. Tvang må ifølge psykiatriloven ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken (Sundhedsstyrelsen 2020).

Nogle studier, som har undersøgt årsager til brug af tvang over for mennesker med en psykisk sygdom, peger på rusmiddelbrug som en mulig årsag hertil, men andre studier bekræfter ikke denne sammenhæng (Busch et al. 2017). I en dansk undersøgelse foretaget blandt patienter i Region Hovedstadens Psykiatri fra 2010-2014 undersøges sammenhængen mellem dobbeltdiagnose – det vil sige mennesker, der både har en psykisk lidelse og et problemskabende brug af alkohol og/eller stoffer – og bæltefiksering. Her finder man ikke en højere risiko for bæltefiksering blandt patienter med en dobbeltdiagnose sammenlignet med patienter med kun psykisk sygdom (Busch et al. 2017). Den højeste risiko for bæltefiksering ses hos patienter, som har andre misbrugsdiagnoser. Hermed menes, at de ikke har en egentlig misbrugsdiagnose (forstået som en diagnose for skadeligt brug eller afhængighedssyndrom), men derimod andre diagnoser relateret til brug af rusmidler, som fx en diagnose for akut intoksikation, abstinensstilstand eller psykotisk tilstand. Ifølge forfatterne peger dette på, at det især er indtaget af rusmidler og den akutte påvirkethed som følge heraf – som fx udadreagerende og farlig adfærd – som har betydning for, at patienter bæltefikseres (Busch et al. 2017). Undersøgelsen viser desuden, at størstedelen af alle patienter bæltefikseres på grund af farlighed – baseret på personalets vurdering af årsagen (Busch et al. 2017).

## **Et merforbrug – men også et udfordret og utilstrækkeligt brug af sundhedsvæsnets**

Samtidig med at nærværende undersøgelse viser et udbredt merforbrug af sundhedsvæsnets blandt socialt udsatte mennesker sammenlignet med den øvrige befolkning, peger en række andre undersøgelser også på, at socialt udsatte menneskers møder med, og forløb i, sundhedsvæsnets ofte kan være udfordrede, vanskelige og utilstrækkelige.

Dette viser sig blandt andet ved, at socialt udsatte mennesker kan have korte, forsinkede eller afbrudte forløb, eksempelvis som følge af utilstrækkelig abstinens- og/eller smertebehandling, negative oplevelser med stigmatisering og diskrimination i mødet med sundhedsvæsnets, eller som følge af konkurrerende prioriteter relateret til fx stoftrang eller et kæledyr, som behøver pasning (Ludvigsen og Brúnés 2013, Christoffersen et al. 2022, Pedersen 2018, Purkey og MacKenzie 2019, Thorndike et al. 2022). De udfordrede forløb viser sig også ved, at socialt udsatte mennesker kan have høje genindlæggelsesrater og et forhøjet brug af akutte ydelser, som fx akutmodtagelser (Hwang et al. 2013, Doran et al. 2013). I et amerikansk studie fra 2013 finder man eksempelvis, at 70,3 % af alle indlæggelser blandt en population af hjemløse patienter resulterede i enten en genindlæggelse eller et akutmodtagelsesbesøg inden for 30 dage efter udskrivelse (Doran et al. 2013). Flere studier peger desuden på, at især socialt udsatte mennesker med rusmiddelproblemer

og mennesker med en dobbeltdiagnose har udfordrende forløb i det psykiatriske sundhedsvæsen (Pedersen 2018, Mik-Meyer 2018, Benjaminsen et al. 2018).

Socialt udsatte menneskers merforbrug af sundhedsvæsenet kan således både ses som et udtryk for deres markante oversygelighed, men også som udtryk for, at de ikke modtager den tilstrækkelige eller nødvendige hjælp fra sundhedsvæsenet. Socialt udsatte menneskers livssituation er ofte kaotisk, kompleks og præget af mange samtidige somatiske, psykiske, rusmiddelrelaterede, økonomiske, boligmæssige og sociale problemstillinger. Andre studier har foreslået, at dette kalder på en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, som velfærdssystemet, herunder sundhedsvæsenet, har vanskelig ved at levere, blandt andet på grund af systemets siloopdeling og manglende sammenhæng og koordinering på tværs af sektorer og fagområder (Christoffersen et al. 2022, Benjaminsen et al. 2018, Mik-Meyer 2018). Manglen på sammenhæng og koordinering internt i sundhedsvæsenet og mellem sundhedsvæsenets sektorer udfordrer også socialt udsatte menneskers møde med og brug af sundhedsvæsenet (Pedersen 2018). Socialt udsatte mennesker risikerer dermed at ende i en såkaldt institutionel rundtur, hvor de cirkulerer rundt i offentlige hjælpesystemer og bevæger sig ind og ud af herberger, væresteder, fængsler, hospitaler – og sidstnævnte oftest i form af akut behandling i skadestuer og ikke som mere varige indlæggelser – uden at modtage sammenhængende, koordineret hjælp (Hopper 2003, Pedersen 2018).

I nærværende rapport beskrives hyppigheden af socialt udsatte menneskers brug af sundhedsvæsenet, men de mere subjektive oplevelser af mødet med og forløbet i sundhedsvæsenet kan ikke belyses ud fra registerbaserede analyser. Ifølge føromtalt interviewundersøgelse (Pedersen 2018) oplever socialt udsatte mennesker mødet med det somatiske hospitalsvæsen positivt, når personalet udviser fleksibilitet, og når forløbet er tilpasset til den enkeltes særlige behov (Pedersen 2018, Christoffersen et al. 2022). Socialt udsatte mennesker har imidlertid også negative oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet. Dette handler blandt andet om personalets manglende forståelse for målgruppen, som kan medføre, at socialt udsatte mennesker oplever, at de ikke bliver taget alvorligt, at de ikke bliver undersøgt grundigt, og at de i øvrigt føler sig diskrimineret på baggrund af for eksempel udseende, væremåde eller især stofbrug (Pedersen 2018, Christoffersen et al. 2022). Desuden betyder socialt udsatte menneskers ofte begrænsede sundhedskompetencer, at de kan have svært ved at navigere i sundhedsvæsenet og forstå sundhedsprofessionelles beskeder og formidle deres egen situation til sundhedsprofessionelle, hvilket forringer deres udbytte af kontakten til sundhedsvæsenet (Pedersen 2018, Christoffersen et al. 2022). For nogle socialt udsatte mennesker med de mest komplekse problemer og behov er der tale om, at de kun meget sjældent og i akutte situationer, eller måske slet ikke, bruger eller møder det etablerede sundhedsvæsen. De bruger i stedet særlige sundhedstilbud og sygeplejeklinikker målrettet mennesker i social udsathed (Pedersen 2018).

Denne registerbaserede undersøgelse har sin styrke i at kunne beskrive hyppigheden af kontakt med sundhedsvæsenet samt dødeligheden og dødsårsagsmønstre blandt socialt udsatte mennesker og i at kunne foretage en sammenligning med den øvrige danske befolkning. Dog er der, som beskrevet ovenfor, også en række vigtige aspekter af socialt udsatte menneskers brug af sundhedsvæsenet – eller manglende brug – som det ikke er muligt at undersøge ved hjælp af registre. Samlet set tyder forskningen på, at mennesker, der lever i social udsathed, i mange tilfælde har et merforbrug af sundhedsvæsenet, men også et fragmenteret og kompliceret brug. Dette blandt andet

som følge af, at sundhedsvæsnets organisering og høje grad af specialisering er svært foreneligt med et liv præget af social udsathed og stor sygelighed. Socialt udsatte menneskers merforbrug af sundhedsvæsnets er således ikke nødvendigvis et udtryk for, at deres helbredsmæssige behov bliver imødekommet og afhjulpet.

## 9 Referencer

- Ahlmark, N, Sørensen, I, Davidsen, M og Ekholm, O. (2018). SUSY UDSAT 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, Tweed EJ, Lewer D, Vittal Katikireddi S, Hayward AC. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;Jan 20;391(10117):241-250.
- Andersen JS, Olivarius Nde F, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
- Benjaminsen L, Birkelund JF, Ememark MH, Andrade SB. (2018). Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet: Samfundsøkonomiske aspekter. København: VIVE.
- Busch S, Rasmussen A, Mårtensson S, Johansen KS. (2017). Dobbeldiagnose og bæltefiksering. En undersøgelse af sammenhængen mellem dobbeldiagnose – den samtidige forekomst af psykisk sygdom og misbrug af rusmidler – og bæltefiksering. Roskilde: Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri.
- Christoffersen NB, Nilou F, Ahlmark N, & Pedersen PV. (2022). Sundhedsindsatser målrettet socialt udsatte borgere: Udvalgte eksempler. København: Sundhedsstyrelsen.
- Davidsen M, Pedersen PV, Holst M, Juel K. (2013). Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Doran KM, Ragins KT, Iacomacci AL, Cunningham A, Jubanyik KJ, Jenq GY. The revolving hospital door: hospital readmissions among patients who are homeless. *Med Care*. 2013;Sep;51(9):767-73.
- Ekholm O, Hesse U, Davidsen M, Kjøller M. The study design and characteristics of the Danish national health interview surveys. *Scand J Public Health*. 2009;37(7):758-65.
- Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2021;18(8):e1003750.
- Hopper K, Jost J, Hay T, Welber S, Haugland G. Homelessness, severe mental illness and the institutional circuit. *Psychiatric Services* 1997;48:659–665.
- Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, Levinson W. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *American Journal of Public Health*. 2013;103(Suppl 2):S294-301.
- Ludvigsen, KB, Brúnés N. (2013). Socialsygepleje i somatik og psykiatri. Glostrup: KABS VIDEN.

Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):30-3.

Mik-Meyer N. (2018). Fagprofessionelles møde med udsatte klienter. København: Hans Reitzels Forlag.

Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*. 2011; 25;377(9784):2205-14

Nilsson SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health*. 2013;Feb;24(1):50-6.

Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. 2013. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8(1):e55176.

Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):22-5.

Pedersen PV, Christensen AI, Hesse U, Curtis T. (2008). SUSY UDSAT: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Pedersen PV, Holst M, Davidsen M, Juel K. (2012). SUSY UDSAT 2012: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Pedersen, PV. (2018). Socialt udsattes møde med sundhedsvæsnen. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Purkey E, MacKenzie M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *International Journal of Equity Health*. 2019;18(1):101.

Rådet for Socialt Udsatte. (2021). FORANDRINGSKRAFT. Fire forudsætninger for social forandring.

Strøbæk L, Davidsen M, Pedersen PV. (2017). Socialt udsattes dødelighed og brug af sundhedsvæsnen. Registeropfølgning 2007-2015. København: Rådet for Socialt Udsatte

Sundhedsdatastyrelsen. (2016). Principper og vejledning i registrering af dødsårsager og andre kliniske oplysninger i dødsattesten.

Sundhedsdatastyrelsen. Register over anvendelse af tvang i psykiatrien. Lokaliseret den 05.09.2021 på: '<https://www.esundhed.dk/Dokumentation/DocumentationExtended?id=27>'

Sundhedsstyrelsen. (2020). Monitorering af tvang i psykiatrien. Opgørelse for perioden 1. juli 2019-30. juni 2020. København: Sundhedsstyrelsen.

Thorndike, AL, Yetman HE, Thorndike AN, Jeffrys M, Rowe M. Unmet health needs and barriers to health care among people experiencing homelessness in San Francisco's Mission District: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2022;22:1071.