

- Ingerslev O. Indvandreres kontakt til sundhedsvæsenet. I: Mogensen GV, Mathiesen PC, red. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Århus: Århus Universitetsforlag, 2000:208-21.
- Jeppesen KJ, Nielsen A. Tosprogede småbørn i Danmark. 4. ed. København: Socialforskningsinstituttet, 2001.
- Smaje C, Grand J. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc Sci Med* 1997;45:485-96.
- Stronks K, Ravelli A, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:701-7.
- Sundquist J. Ethnicity as a risk factor for consultations in primary health care and out-patient care. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:169-73.
- Andersen JS, Dyhr L. Kontaktraten til almen praksis i vagttid og skadestue for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune 1998. *Ugeskr Læger* 2006;168:3222-7.
- Pedersen PA, Hollnagel H, Olivarius NdF et al. Eget sygesikringsbevis til børn. *Ugeskr Læger* 1999;161:6351-5.
- Årbog om udlændinge i Danmark 2004 – status og udvikling. København: Integrationsministeriet, 2005.
- Barstad A. Legesøgning og sociokulturelle forhold. Oslo: Institut for socialforskning, 1989.
- Nazroo J. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism. *Am J Public Health* 2003;93:277-84.
- Kaufman J, Cooper R, McGee D. Socioeconomic status and health in blacks and whites: the problem of residual confounding and the resiliency of race. *Epidemiol* 1997;8:621.
- Karlsen S, Nazroo J. Relation between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92:624-31.
- Dyhr L. Det almene i det anderledes. København: Central Forskningsenhed for Almen Praksis, 1996.
- Næss MH. Norske pasienter og innvandrerpasienter ved et legesenter. *Tidsskr Nor Lægefor* 1992;3:361-4.
- Rasch V, Knudsen LBGT. Når der ikke er noget tredje valg. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
- Rapport fra Arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge. København: Sundhedsministeriet, 2001.
- Ritch AE, Ehtisham M, Guthrie S et al. Ethnic influence on health and dependency of elderly inner city residents. *J R Coll Physicians Lond* 1996;215:20.

Kontaktraten til almen praksis i vagttid og skadestue for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune 1998

Lektor John Sahl Andersen & læge Lise Dyhr

Københavns Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdelingen for Almen Medicin

Resume

Introduktion: Vor viden om indvandreres kontakt til skadestue og almen praksis er sparsom. Undersøgelsens formål var at beskrive kontaktrater til almen praksis i vagttid og skadestue samt den samlede kontaktrate til almen praksis i dag- og vagttid og skadestue for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund og sammenligne med ikkeindvandrerbefolkningens kontaktrater.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en registerundersøgelse af indvandrere og ikkeindvandrere bosat i Københavns Kommune i 1998 baseret på Sygesikrings- og Landspatientregisterdata fordelt på statsborgerskab, køn, fødested og år. Materialet omfattede i alt 2.356.366 kontakter fordelt på 423.201 personer heraf 5,7% med gæstearbejder- og eller flygtningebaggrund. Analyserne blev foretaget med Poisson-regressionsmodeller.

Resultater: Børn og ældre med gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde en samlet lavere kontaktrate til almen praksis og skadestue end jævnaldrende uden indvandrerbaggrund. For børnenes vedkommende blev der fundet en lavere kontaktrate til almen praksis i såvel dag- som vagttid. For de ældre var der større variationer afhængigt af baggrund og køn. Der var ikke forskelle på raten af skadestuebesøg. De 19-59-årige med gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde en højere kontaktrate til almen praksis i

både dag- og vagttid samt til skadestue end jævnaldrende uden indvandrerbaggrund. Den samlede kontaktrate til almen praksis og skadestue var 4-20% højere end for personer uden indvandrerbaggrund.

Konklusion: Indvandrerstatus har betydning for, hvorledes befolkningens kontakter er til almen praksis og skadestue. For at undersøge, om der er lige adgang til sundhedsvæsenets tilbud, bør årsagerne til de fundne forskelle afdækkes.

Befolkningen i Danmark har mulighed for at få kontakt med en læge døgnet rundt. Knap 90% af ydelserne leveres af de praktiserende læger i dagtiden kl. 8-16. Ved akut behov for lægehjælp uden for dette tidsrum kan de praktiserende læger kontaktes via Lægevagten, som leverer ydelser i den såkaldte vagttid, ligesom der i visse amter, herunder Københavns Kommune, er mulighed for skadestuehenvendelse døgnet rundt for behandling af akut opstået skade eller alvorlig sygdom. Det er i almen praksis og på skadestuer, at befolkningens altovervejende mulighed for uvisiteret lægekontakt findes, idet adgangen til andre specialer og hospitalssektoren overvejende sker gennem visitation.

Det er en almindelig opfattelse, at indvandrere anvender akuttjenester hyppigere end ikkeindvandrere [1, 2]. I to danske undersøgelser har man påvist, at voksne indvandrere og

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

efterkommere af indvandrere fra udvalgte lande havde en højere kontaktrate til skadestuerne end ikkeindvandrere havde [3, 4]. Den relevante udenlandske litteratur er ligesom den danske sparsom og viser modstridende tendenser [5-7]. Kontaktraterne til almen praksis i dagtid er beskrevet for personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund [8].

Formålet med denne artikel er at beskrive kontaktrater til almen praksis i vagttid og skadestue for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund sammenlignet med ikkeindvandrerbefolkningens kontaktrater, og at sammenligne den samlede kontaktrate til almen praksis i dag- og vagttid samt skadestue for samme grupper.

Materiale og metoder

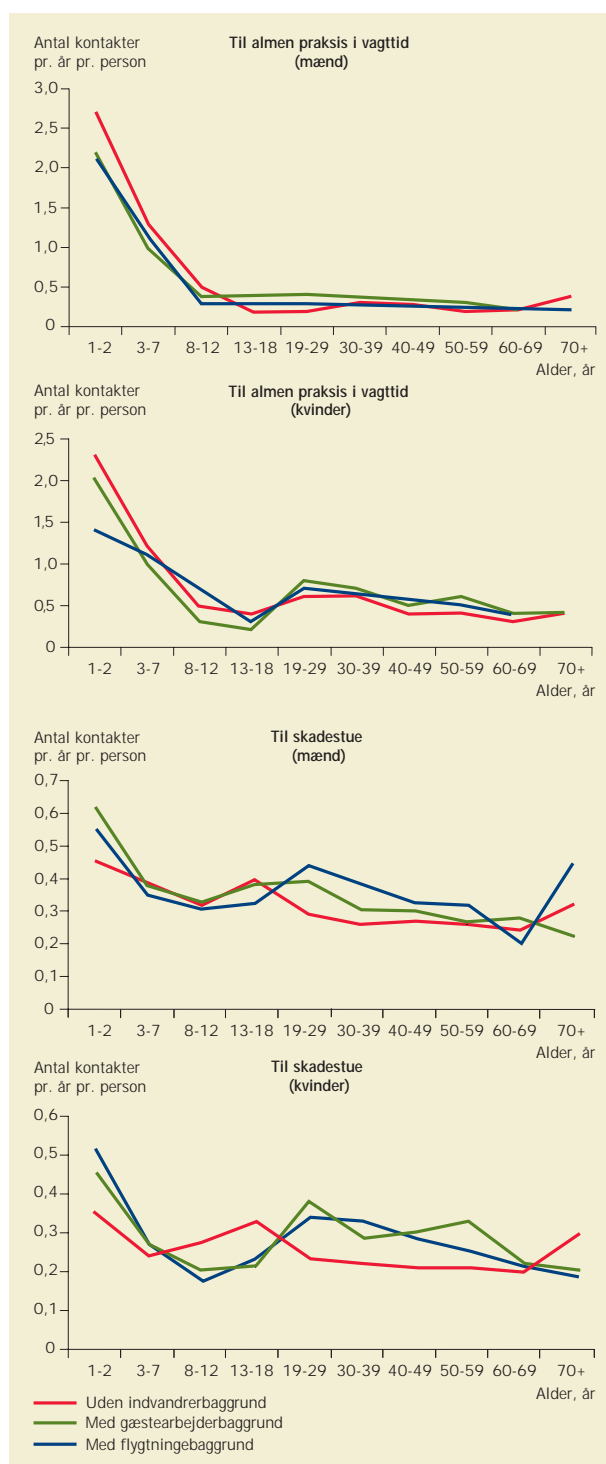
Undersøgelsen var en registerundersøgelse af personer med bopæl i Københavns Kommune pr. 1. januar 1998 og pr. 1. januar 1999 baseret på Sygesikrings- og Landspatientregisterdata fordelt på følgende borgeroplysninger: statsborgerskab, køn, fødested og -år. Materialet omfattede 2.356.366 kontakter, heraf 112.733 skadestuebesøg og 202.179 kontakter til lægevagten. Materialet var fordelt på 423.201 personer, hvoraf 5,7% havde indvandrerbaggrund. Personer med indvandrerbaggrund blev opdelt i to indvandrergrupper, hvor gæstearbejdergruppen inkluderede personer med baggrund i Tyrkiet, Pakistan, Eksjugoslavien (gæstearbejdere) og Marokko og flygtningekategorien personer med baggrund i Eksjugoslavien (flygtninge), Somalia, Palæstina (Libanon og statsløse), Iran og Irak. De to indvandrergrupper kontaktrater blev sammenlignet med kontaktraten for gruppen af personer uden indvandrerbaggrund med Poisson-regressionsmodeller. Kontaktrateforskellene er angivet som en rateratio (RR). Metode og materiale er tidligere beskrevet detaljeret [8].

Kontakt til almen praksis i vagttid, blev defineret som henvendelser, der var registreret på patientens CPR-nr. i Sygesikringsregistret med ydelserne klinikkonsultationer, telefonkonsultationer og sygebesøg i vagttid. Kontakt til almen praksis i dagtid blev defineret som samme type ydelser. Kontakt til skadestue blev defineret som henvendelser til skadestue registreret på patientens CPR-nr. i Landspatientregistret. Kontaktraten beskrives ved antal leverede ydelser pr. person pr. år inden for en given lande-, køns- og fødeårsgruppe. Projektet er godkendt af Den Videnskabetiske Komité for København og Frederiksberg Kommuner (J.nr. 11-155/00).

Resultater

Som det var tilfældet for ydelser leveret fra almen praksis i dagtid [8] havde personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i stor udstrækning samme kontaktmønstre i vagttiden som de jævnaldrende kvinder og mænd uden indvandrerbaggrund (Figur 1). Mønstret var mere broget for ydelser fra skadestuen.

Der var forskelle i fordelingen af kontakter på de forskel-



Figur 1. Kontaktraten for mænd og kvinder med gæstearbejder- og flygtningebaggrund og personer uden indvandrerbaggrund, København 1998.

lige kontaktkformer til almen praksis i vagttiden. Som i dagtid [8] havde personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund alle en lavere andel af telefonkonsultationer og en modsvarende større andel af klinikkonsultationer, om end antallet var lavt (Tabel 1).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

I modsætning til ydelser leveret i dagtid, hvor mænd med flygtningebaggrund havde en højere samlet kontaktrate [8] var det i vagttiden kvinder med gæstearbejderbaggrund, som havde en højere samlet kontaktrate (5%) sammenlignet med kvinder uden indvandrerbaggrund. De øvrige grupper udviste enten ikke signifikante forskelle eller havde en lavere samlet kontaktrate (Tabel 2). De 1-18-årige af begge køn med gæstearbejder- og flygtningebaggrund og de 60+-årige mænd med flygtningebaggrund havde en lavere samlet kontaktrate end de jævnaldrende personer uden indvandrerbaggrund, mens de 19-59-årige af begge køn havde en samlet kontaktrate, som var 7-41% højere end raten for de jævnaldrende personer uden indvandrerbaggrund. Som i dagtid [8] havde de 19-59-årige af begge køn med gæstearbejder- og flygtningebaggrund en markant højere klinikkonsultationsrate end de jævnaldrende personer uden indvandrerbaggrund, hvilket også gjaldt for de 60+-årige mænd med flygtningebaggrund og de 60+-årige kvinder med gæstearbejderbaggrund (Tabel 2).

Kontaktraten til skadestue var 14-27% højere for personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund (Tabel 2), om end antallet var lavt (Tabel 1). Som ved ydelser fra almen praksis i dag- [8] og vagttid havde de fleste grupper af 1-18-årige og 60+-årige med gæstearbejder- og flygtningebaggrund samme

eller lavere kontaktrate end de jævnaldrende personer uden indvandrerbaggrund, mens de 19-59-årige havde en kontaktrate, som var 20-50% højere.

Den samlede kontaktrate til almen praksis i dag- og vagttid samt skadestue var 4% højere for mænd med flygtningebaggrund end for ikkeindvandrermand, mens den var 3-6% lavere for de øvrige grupper (Tabel 3). Gruppen af 19-59-årige med gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde en kontaktrate, som var 4-20% højere, mens de 1-18-årige og de 60+-årige havde en kontaktrate, som var hhv. 33% og 14% lavere end de jævnaldrende personer uden indvandrerbaggrund.

Diskussion

De anvendte metoder er tidligere blevet diskuteret [8]. Undersøgelsens resultater viser, at indvandrerstatus med den valgte definition har en betydning for personers kontaktmønstre til almen praksis og skadestue på flere områder. Dels var der en lavere kontaktrate til almen praksis i såvel dag- som vagttid og til skadestue for de fleste grupper af 1-18-årige og 60+-årige med indvandrerbaggrund. Dels var der en relativt høj kontaktrate til især skadestue og almen praksis i vagttid for de 19-59-årige med gæstearbejder- og flygtningebaggrund.

Den lave kontaktrate til almen praksis og skadestue for

Tabel 1. Fordeling og antal af forskellige former for ydelser i almen praksis i dagtid og antallet af kontakter til skadestue for personer med og uden gæstearbejder- og flygtningebaggrund. Københavns Kommune, 1998.

Køn	Alder, år	Indvandrerkategori	Ydelser fra almen praksis, vagttid samt skadestue, % (n)				
			klinik-konsultationer	telefon-konsultationer	sygebesøg	almen praksis vagttid i alt	skadestue n
Kvinder	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	31,3 (8.583)	41,6 (12.033)	27,1 (7.896)	100 (28.512)	8.104
		Gæstearbejderbaggrund	34,1 (557)	26,7 (460)	39,2 (687)	100 (1.704)	612
		Flygtningebaggrund	35,7 (405)	20,6 (274)	43,7 (580)	100 (1.259)	445
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	19,1 (13.167)	58,2 (39.335)	22,7 (14.371)	100 (66.873)	27.645
		Gæstearbejderbaggrund	24,9 (750)	37,1 (1.173)	38,0 (1.120)	100 (3.043)	1.440
		Flygtningebaggrund	24,5 (392)	39,9 (630)	35,6 (604)	100 (1.626)	880
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	4,1 (761)	41,9 (8.644)	54,0 (11.352)	100 (20.757)	13.885
		Gæstearbejderbaggrund	24,1 (33)	34,5 (50)	41,3 (65)	100 (148)	76
		Flygtningebaggrund	5,0 (8)	41,1 (29)	53,9 (53)	100 (90)	45
Alle aldre (>1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	16,9 (22.511)	51,9 (60.012)	31,2 (33.619)	100 (116.142)	49.634	
	Gæstearbejderbaggrund	27,9 (1.340)	33,6 (1.683)	38,5 (1.872)	100 (4.895)	2.128	
	Flygtningebaggrund	27,3 (805)	33,5 (933)	39,2 (1.237)	100 (2.975)	1.370	
Mænd	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	30,2 (9.254)	39,9 (13.024)	29,9 (9.392)	100 (31.670)	10.852
		Gæstearbejderbaggrund	32,0 (597)	29,5 (498)	38,5 (747)	100 (1.842)	932
		Flygtningebaggrund	32,4 (529)	20,9 (359)	46,7 (739)	100 (1.627)	638
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	21,7 (6.906)	53,5 (16.843)	24,8 (7.726)	100 (31.475)	35.664
		Gæstearbejderbaggrund	29,0 (450)	39,2 (612)	31,8 (495)	100 (1.557)	1.485
		Flygtningebaggrund	28,3 (291)	36,7 (374)	35,0 (345)	100 (1.010)	1.263
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	5,4 (422)	39,9 (3.469)	54,7 (4.965)	100 (8.856)	8.598
		Gæstearbejderbaggrund	7,3 (9)	38,1 (40)	54,6 (51)	100 (100)	117
		Flygtningebaggrund	40,9 (9)	18,6 (7)	40,5 (14)	100 (30)	52
Alle aldre (>1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	20,4 (16.582)	49,3 (33.336)	30,3 (22.083)	100 (72.001)	55.144	
	Gæstearbejderbaggrund	28,7 (1.056)	36,0 (1.150)	35,3 (1.293)	100 (3.499)	2.534	
	Flygtningebaggrund	30,1 (829)	30,9 (740)	39,0 (1.098)	100 (2.667)	1.953	

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Kontaktraterforskelle for ydelser i almen praksis i vagttid og skadestue for personer med og uden gæstearbejder- og flygtningebaggrund. Københavns Kommune 1998.

Køn	Alder, år	Indvandrerkategori	Ydelser fra almen praksis, vagttid samt skadestue, rateratioer (95% konfidensinterval) ^a				
			klinik-konsultationer	telefon-konsultationer	sygebesøg	almen praksis vagttid i alt	skadestue
Kvinder	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	0,83 (0,76-0,90)	0,49 (0,45-0,54)	1,12 (1,04-1,22)	0,77 (0,73-0,81)	0,91 (0,83-0,98)
		Flygtningebaggrund	0,77 (0,70-0,86)	0,37 (0,32-0,41)	1,18 (1,08-1,28)	0,71 (0,67-0,76)	1,03 (0,93-1,13)
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,59 (1,48-1,71)	0,84 (0,80-0,89)	2,25 (2,11-2,39)	1,29 (1,24-1,34)	1,50 (1,42-1,58)
		Flygtningebaggrund	1,25 (1,13-1,38)	0,69 (0,64-0,75)	2,05 (1,89-2,22)	1,07 (1,02-1,12)	1,47 (1,38-1,58)
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	4,34 (3,05-6,17)	0,94 (0,71-1,25)	1,08 (0,85-1,38)	1,22 (1,04-1,44)	0,97 (0,77-1,22)
		Flygtningebaggrund	1,75 (0,87-3,52)	0,86 (0,60-1,24)	1,35 (1,03-1,77)	1,16 (0,94-1,43)	0,89 (0,66-1,19)
	Alle aldre (>1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,17 (1,11-1,24)	0,71 (0,68-0,75)	1,62 (1,54-1,69)	1,05 (1,02-1,08)	1,25 (1,19-1,30)
		Flygtningebaggrund	0,96 (0,89-1,03)	0,55 (0,52-0,59)	1,51 (1,42-1,60)	0,89 (0,86-0,92)	1,27 (1,20-1,34)
Mænd	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	0,87 (0,80-0,94)	0,52 (0,48-0,57)	1,08 (1,00-1,16)	0,79 (0,75-0,83)	1,07 (1,00-1,14)
		Flygtningebaggrund	0,87 (0,79-0,95)	0,41 (0,37-0,46)	1,18 (1,10-1,28)	0,77 (0,74-0,81)	1,01 (0,93-1,09)
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,80 (1,64-1,98)	1,03 (0,95-1,12)	1,89 (1,73-2,07)	1,41 (1,34-1,48)	1,20 (1,14-1,26)
		Flygtningebaggrund	1,52 (1,35-1,70)	0,85 (0,76-0,94)	1,83 (1,64-2,04)	1,23 (1,15-1,31)	1,42 (1,34-1,50)
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,25 (0,64-2,42)	0,89 (0,65-1,22)	0,91 (0,69-1,20)	0,92 (0,76-1,12)	1,03 (0,85-1,23)
		Flygtningebaggrund	3,21 (1,66-6,22)	0,36 (0,17-0,75)	0,53 (0,32-0,90)	0,62 (0,43-0,88)	1,05 (0,80-1,39)
	Alle aldre (>1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,13 (1,06-1,20)	0,73 (0,68-0,77)	1,29 (1,22-1,36)	0,99 (0,96-1,03)	1,14 (1,09-1,18)
		Flygtningebaggrund	1,04 (0,96-1,11)	0,56 (0,52-0,60)	1,31 (1,23-1,40)	0,90 (0,86-0,93)	1,27 (1,20-1,34)

a) Tallene angiver forholdet mellem kontaktraterne for personer med de nævnte indvandrerbaggrunde og personer uden indvandrerbaggrund.

børn med gæstearbejder- og flygtningebaggrund har formodentlige mange og komplekse årsager [9]. Det er tidligere vist, at sygeligheden blandt udvalgte grupper af 1-3-årige børn med gæstearbejder- og flygtningebaggrund var lavere end sygeligheden blandt de jævnaldrende børn uden indvandrerbaggrund [10]. Det er dog usikkert, om dette fund kan generaliseres til hele gruppen, bl.a. set i lyset af at indvandrerbørn tilsyneladende indlægges hyppigere på hospital [11]. Den udenlandske litteratur er ikke entydig. *Cooper* [12] fandt, at børn med asiatisk baggrund havde en relativt høj kontaktrate til almen praksis efter korrektion for socioøkonomisk status og selvvurderet helbredsstatus, mens *Saxena* [13] fandt, at kontaktraten til primærsektoren for indvandrerbørn svarede til det forventede i forhold til helbredsstatus, uafhængigt af indvandrerbaggrund og socioøkonomisk status. Den markant lave samlede kontaktrate til almen praksis for de 60+-årige med både gæstearbejder- og flygtningebaggrund uden »modsvaret« af f.eks. højere rate af skadestuebesøg er tidligere blevet diskuteret [8]. Det vil være relevant at gennemføre mere fokuseret forskning af udvalgte nationalitets- og aldersgrupper for nærmere at afdække årsagerne hertil for at afklare et evt. behov for intervention [8].

Vi fandt en højere kontaktrate til almen praksis i vagttid og skadestue for såvel de 19-59-årige kvinder som de 19-59-årige mænd med gæstearbejder- og flygtningebaggrund end for jævnaldrende uden indvandrerbaggrund. Denne kontaktrate blev ikke »modsvaret« af en lavere kontaktrate til almen praksis i dagtid. Forskelle i sygelighed blandt de undersøgte grupper kan være en forklaring, ligesom eksistensen af evt. kommunikative og strukturelle barrierer, som medfører forgæves lægebesøg og derfor fornyede kontakter, kan spille ind [14].

Kjeldsen [15] anfører i sin undersøgelse fra 1994, at vagtlæger vurderede, at 25% af henvendelserne til lægevagten med fordel kunne behandles i almen praksis i dagtid. For skadestuehenvendelser var det opfattelsen, at lidt over halvdelen af henvendelserne kunne have været behandlet af lægevagten [16]. Det vil være relevant at afdække, om disse forhold også er gældende for personer med indvandrerbaggrund, idet lægekontakt i dagtid hos egen praktiserende læge må formodes at være særlig værdifuld for patienter med indvandrerbaggrund. Dels er muligheden for at anvende professionel tolk større, dels kan egen læge udnytte erfaringer fra tidligere kontakter til at overvinde evt. barrierer af kommunikativ art [14]. For personer med flygtningebaggrund og evt. posttraumatiske

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Antallet af samlede kontakter til almen praksis i dag- og vagttid samt skadestue (total), og kontaktrateforskelle for personer med og uden gæstearbejder- og flygtningebaggrund. Københavns Kommune 1998.

Køn	Alder, år	Indvandrerkategori	Ydelser fra almen praksis og skadestue (total)	
			antal	kontakt-rateforskelle ^a
Kvinder	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	130.113	1
		Gæstearbejderbaggrund	8.265	0,79 (0,77-0,81)
		Flygtningebaggrund	5.903	0,78 (0,76-0,80)
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	833.763	1
		Gæstearbejderbaggrund	30.779	1,06 (1,05-1,08)
		Flygtningebaggrund	18.315	1,04 (1,03-1,06)
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	490.099	1
		Gæstearbejderbaggrund	2.020	0,69 (0,66-0,72)
		Flygtningebaggrund	1.263	0,67 (0,64-0,71)
Alle aldre (>1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	1.453.975	1	
	Gæstearbejderbaggrund	41.064	0,97 (0,96-0,98)	
	Flygtningebaggrund	25.481	0,94 (0,93-0,96)	
Mænd	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	132.960	1
		Gæstearbejderbaggrund	8.656	0,86 (0,84-0,87)
		Flygtningebaggrund	7.537	0,89 (0,87-0,91)
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	440.022	1
		Gæstearbejderbaggrund	16.193	1,09 (1,07-1,10)
		Flygtningebaggrund	12.591	1,20 (1,18-1,22)
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	214.854	1
		Gæstearbejderbaggrund	2.135	0,76 (0,73-0,79)
		Flygtningebaggrund	898	0,73 (0,68-0,78)
Alle aldre (>1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	787.836	1	
	Gæstearbejderbaggrund	26.984	0,97 (0,96-0,98)	
	Flygtningebaggrund	21.026	1,04 (1,03-1,06)	

a) Tallene er rateratioer (95% konfidensinterval), som angiver forholdet mellem kontaktraterne for personer med de nævnte indvandrerbaggrunde og personer uden indvandrerbaggrund.

stresssymptomer synes denne forskydning til dagtid at være særlig værdifuld at etablere, idet behandlingen af denne gruppe i forvejen ikke er optimal, og dagarbejdet rummer flere muligheder for behandling, diagnostik og tolkning [17].

Vi har ingen forklaringer på de fundne forskelle i fordelingen mellem sygebesøg og klinikkonsultationer i lægevagten. Man kunne tænke sig, at det var vanskeligt at afgøre pr. telefon, om patienten var i stand til at komme i konsultationen af helbredsmæssige årsager. En anden forklaring kunne være sociale hensyn (som f.eks. adgang til transportmuligheder). Endelig kan noget af den fundne forskel være et resultat af, at indvandrerbefolkningen har flere kontakter til almen praksis i vagttid kl. 24-08, som alle resulterer i besøg, hvis konsultationen ikke kan afsluttes pr. telefon. Dette giver vort materiale ikke mulighed for at afgøre. At indvandrere anvender færre telefonkonsultationer er forventet og ønskeligt pga. evt. sprogbarrierer og øvrige kommunikative barrierer [18].

Såfremt målet er at sikre befolkningen en lige adgang til sundhedsvæsenet uanset indvandrerstatus, må forskningsind-

satsen inden for området intensiveres. Dels teoretisk, dels ved aktionsrettede forskningsdesign [19].

Konklusion

Indvandrerstatus har betydning for personers kontaktmønstre til almen praksis og skadestue, idet voksne indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund kontakter almen praksis i vagttid og skadestue i relativt større udstrækning end de jævnaldrende voksne uden indvandrerbaggrund, mens den omvendte tendens gør sig gældende for børn og ældre. Der ses kun mindre forskelle i det samlede antal af kontakter til almen praksis og skadestue. For at undersøge, om der er lige adgang til sundhedsvæsenets tilbud, bør årsagerne til de fundne forskelle afdækkes.

Korrespondance: *Lise Dyhr*, Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Center for Sundhed og Samfund, Øster Farimagsgade 5, postbox 2099, DK-1014 København N. E-mail: l.dyhr@pract.ku.dk

Antaget: 12. december 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Undersøgelsen har modtaget økonomisk støtte fra Fonden til finansiering af forskning i almen praksis og sundhedsvæsenet i øvrigt, Praktiserende Lægers Udviklingsfond, Nycomeds Udviklingsfond og Amanuensisfonden. Praktiserende læge *Anne Rise Kristensen* takkes for ihærdig indsats i startfasen, og seniorforsker, læge *Nils Olivarius* i afslutningsfasen. Cand.stat. *Gerda Engholm* takkes for løbende vejledning vedrørende statistiske forhold og Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning ved daværende kontorchef *Karis Hagild* og kontorfuldmægtig *Lise Bjørn Jakobsen* takkes for stor indsats i forbindelse med datalevering. Samme tak til Københavns Kommunes Statistiske Kontor ved vicekontorchef *Claus Woll* og fuldmægtig *Marta Kristiansen* og til edb-medarbejder *Willy KarlsLund*.

Litteratur

- Lindenskov L, Brønderslev L, Andersen K. Hvorfor opsøger børnefamilier skadestuen ved akut sygdom? *Ugeskr Læger* 2001;163:1089-92.
- Jeppesen KJ. Minoriteter og det sociale system. København: Socialforskningsinstituttet, 1994.
- Ingerslev O. Indvandreres kontakt til sundhedsvæsenet. I: Mogensen GV, Matthiesen PC, red. Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Århus: Århus Universitetsforlag, 2000:208-21.
- Norredam M, Krasnik A, Sørensen TM et al. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Pub Health* 2004;32:53-9.
- Sundquist J. Ethnicity as a risk factor for consultations in primary health care and out-patient care. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:169-73.
- Wen S, Goel V, Williams J. Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario. *Ethnic Health* 1996;1:99-109.
- Smaje C, Grand J. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc Sci Med* 1997;45:485-96.
- Dyhr L, Andersen JS. Kontaktraten til almen praksis i dagtid for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune 1998. *Ugeskr Læger* 2006;168:3217-22.
- Barstad A. Legesøgning og sociokulturelle forhold. Oslo: Institut for socialforskning, 1989.
- Jeppesen KJ, Nielsen A. Tosprogede småbørn i Danmark. 4. udgave København: Socialforskningsinstituttet, 2001.
- Nødgård HNI. Børn af etniske mindretal på sygehus i Århus. Hvor tit – hvor længe – for hvad? *Ugeskr Læger* 1998;160:2867-71.
- Cooper H, Smaje C, Arber S. Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey. *BMJ* 1998;317:1047-51.
- Saxena S, Eliahoo J, Majeed A. Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England. *BMJ* 2003;325:520-3.
- Dyhr L. Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel. København: Central Forskningsenhed for Almen Praksis, 1996.

15. Kjeldsen H, Ovesen L, Christensen M et al. Er vagtlægekontakter nødvendige eller kan de undgås? Ugeskr Læger 1999;162:2032-6.
16. Laursen M, Jensen H. Mange af patienterne i en åben skadestue kunne behandles hos vagtlægen. Ugeskr Læger 1999;161:4624-7.
17. Rapport fra Arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge. København: Sundhedsministeriet, 2001.
18. Rashid A, Jagger C. Attitudes to and perceived use of health care services among Asian and non-Asian patients in Leicester. Br J Gen Pract 1992;42: 197-201.
19. Löfvander M, Dyhr L. Transcultural general practice in Scandinavia. Scand J Prim Health Care 2002;20:6-9.

Uventet lang overlevelsestid efter accidental nedsænkning i koldt vand

Reservelæge Teit Mantoni, afdelingslæge Bo Belhage & afdelingslæge Frank Christian Pott

H:S Bispebjerg Hospital, Anæstesiologisk Afdeling Z, og Bispebjerg Hospital Research unit for Anaesthesia and Intensive care

En tysk lystsejler overlevede næsten 24 timers nedsænkning i koldt vand efter at være faldet over bord. Intens eftersøgning foretaget af Søværnets Operative Kommando (SOK) var uden resultat og blev på baggrund af eksisterende overlevelsestabeller indstillet efter 20 timer. I det følgende refereres forløbet, og foreliggende litteratur vedrørende overlevelsestid diskuteres.

Sygehistorie

Søndag den 17. juli 2005 sejlede to tyskere fra Norges sydkyst med kurs mod Thyborøn [1]. Kl. 19.30 slog en bølge storesejler i stykker, og den ene lystsejler faldt over bord. Den ombordværende var ude af stand til at vende båden, da kun fokken var intakt. Lige inden uheldet aflæste han bådens position til at være 28 km vest for Hanstholm og 40 km nord for Thyborøn. Den ombordværende konstaterede, at elektronikken på båden var ødelagt, han blev en time i området og forsøgte så at sætte kursen mod Thyborøn, men presseses langsomt ind mod kysten. Kort før dag gry blev han slynget ud af båden, og det lykkedes ham at svømme i land. SOK blev alarmeret kl. 04.49. Han fortalte, at kammeraten var iført et mørkegrønt regnsæt og en oppustelig redningsvest. Herefter fulgte en vanskelig eftersøgning i tæt tåge. Kl. 15.47 blev eftersøgningen afsluttet. Den tyske fritidssejler havde på dette tidspunkt ligget over 20 timer i vandet og formodedes at være omkommet.

Kl. 18.52 bjærgede personale fra redningsstationen Nørre Vorupør den forkomne tysker, efter at forbigående turister havde set ham flyde i brændingen. Han var i live og ved bevidsthed. På Thisted sygehus konstaterede man, at han havde en kropstemperatur på 34,6°C [1] efter næsten 24 timers ophold i 17°C koldt vand. Hans pH var 7,20, base excess 18,

pCO₂ 3,5 kPa, blodsukker 3,5 mmol/l. Han blev behandlet med noninvasiv opvarmning, og den eneste komplikation var en let behandlelig pneumoni.

Diskussion

De fleste tabeller over overlevelse efter immersion (nedsænkning i vand til skulderniveauet) i koldt vand er baseret på Molnars data fra anden verdenskrig [2]. Hans overlevelseskurve blev produceret ud fra optegnelser over skibbrudne søfolk og nedskudte piloter. For vandtemperaturer <10°C, hvor oplysninger var sparsomme, inkluderedes optegnelser fra forsøg i nazikoncentrationslejren i Dachau. Disse forkastelige forsøg, udført på udmattede, udmarvede fanger, har medvirket til en skævvreden forestilling om forventet kort overlevelsestid efter accidental immersion i koldt vand (<10 °C). Ifølge Molnars kurve ville den tyske lystsejler have kunnet overleve i 11-12 timer. Nyere overlevelsesmodeller tager højde for faktorer som fysisk form, havets tilstand, beklædning, metabolisk respons, termoregulering og nedkølingshastighed. Svagheden i disse modeller er dog, at den overvejende del af informationen stammer fra forsøg med dyr eller med raske forsøgspersoner i rolige omgivelser. Der ekstrapoleres derfra til nedkølingshastigheder, og anekdotiske beretninger medtages i øvrigt fortsat. Modellerne har vist sig at være mest nøjagtige ved lave vandtemperaturer, mens usikkerheden stiger, jo varmere vandet bliver.

Ifølge beregningerne fra International Aeronautical and Maritime Search and Rescue (IAMSAR) og UK Coastguard, på grundlag af hvilke det danske Søværn beregner deres eftersøgningsvarighed, vil lystsejlerens muligheder for overlevelse svinde ind efter 4-12 timer, mens Søsportens Sikkerhedsråd vil have beregnet hans overlevelsestid til at være 3-6 timer [1].

Ifølge SOK's rapport var lystsejleren tidligere triatlet, 172 cm høj og vejede 100 kg. *Tikusis* angiver en tabel [3], der til dels er baseret på *Molnars* observationer, efter hvilken en 1,77 m høj og 88,2 kg tung mand vil kunne overleve langt over 24 timer i 17°C varmt vand. Ud fra sine publicerede overlevelsesmodeller og forsøg med raske forsøgspersoner baseret på