

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

Praktiserende læge Lise Dyhr & lektor John Sahl Andersen

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

Resume

Introduktion: Vår viden om indvandreres kontakt til almen praksis er sparsom. Formålet med undersøgelsen var at beskrive kontaktrater til almen praksis i dagtid for indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund og sammenligne med ikkeindvandrerbefolkningens kontaktrater.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en Sygesikringsregisterbaseret undersøgelse af personer bosat i Københavns Kommune i hele 1998, fordelt på statsborgerskab, køn, fødested- og år. Materialet omfattede 2.041.454 ydelser fordelt på 423.201 personer, heraf 5,7% med gæstearbejder- og eller flygtningebaggrund. Analyserne blev foretaget med Poisson-regressionsmodeller.

Resultater: Personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde i vid udstrækning samme køns- og aldersafhængige kontaktrater til almen praksis som personer uden indvandrerbaggrund. Kontaktraten var dog lavere for de 1-18-årige og de 60+-årige, mens de 19-59-årige kvinder havde en kontaktrate, som var hhv. 3% og 2% højere, og de 19-59-årige mænd en kontaktrate som var hhv. 5% og 17% højere end kontaktraten for de jævnaldrende personer uden indvandrerbaggrund. Personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde en lav hyppighed af telefonkonsultationer og en tilsvarende højere klinik-konsultationsrate.

Konklusion: Der er køns- og aldersspecifikke kontaktrateforskelle for personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund sammenlignet med personer uden indvandrerbaggrund. For at undersøge, om der er lige adgang til sundhedsvæsenets tilbud uanset indvandrerbaggrund, bør årsagen hertil afdækkes ved fokuseret forskning i udvalgte grupper med henblik på evt. intervention.

Danmark har i nyere tid været sæde for indvandring af personer fra forskellige lande. Motiverne for at indvandre kan være mange. Særligt to grupper af indvandrere har i de seneste årtier påkaldt sig interesse: dels gruppen med gæstearbejderbaggrund, dels gruppen med flygtningebaggrund [1]. Begge grupper har erfaringer med sundhedssystemer, som adskiller sig fra det danske, og sygdomsopfattelser, som vil være påvirket af andre traditioner. Disse baggrunde og faktorer er en udfordring for vort sundhedsvæsen, ligesom sprogbarrierer og eventuelle forskelle i sygelighed vil være det [2].

Vor viden om de to indvandrergrupperes kontaktmønstre til

almen praksis i Danmark er sparsom. *Mynick & Klebak* fandt i 1976, at fremmedarbejdere havde hyppigere kontakt til almen praksis end personer fra en køns- og aldersmatchet dansk patientgruppe [3]. Siden er der kun udført enkelte undersøgelser af udvalgte aldersgrupper og grupper fra udvalgte lande. Resultaterne af disse undersøgelser peger med enkelte undtagelser på, at indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund har en tilsvarende eller højere kontaktrate til almen praksis end ikkeindvandrerbefolkningen [4, 5]. Resultaterne af udenlandske undersøgelser viser modstridende resultater [6-8] og kan være vanskelige at overføre til en dansk sammenhæng pga. forskelle i såvel sundhedsvæsenets organisation som den aktuelle indvandrerbefolkning.

Omkring 90% af befolkningens kontakter til praktiserende læger foregår i dagtiden, de øvrige kontakter foregår i vagttiden. Almen praksis og skadestue, som kan opsøges ved akut behov for lægehjælp, udgør den langt overvejende del af befolkningens muligheder for uvisiteret lægekontakt.

Formålet med denne artikel er at beskrive kontaktraten til almen lægepraksis i dagtid for grupper af indvandrere med gæstearbejder- og flygtningebaggrund og sammenligne disse med ikkeindvandrerbefolkningens kontaktrater. I en efterfølgende artikel beskrives kontaktraten til almen praksis i vagttid og skadestue og den samlede kontaktrate til almen praksis og skadestue for de to indvandrergrupper sammenlignet med ikkeindvandrerbefolkningens kontaktrater [9].

Materiale og metoder

Undersøgelsen var en Sygesikringsregisterundersøgelse af personer, der havde bopæl i Københavns Kommune pr. 1. januar 1998 og 1. januar 1999 og hhv. gæstearbejder- og flygtningebaggrund, og personer uden indvandrerbaggrund fordelt på køn, statsborgerskab, fødested og -år. Det samlede materiale omfattede 2.041.454 ydelser fordelt på 423.202 personer tilmeldt Sygesikringen som gruppe 1, hvilket svarer til 95% af den københavnske befolkning (**Tablet 1**).

Sygesikringsregistret er fundet egnet til forskningsbrug efter indførelsen i 1996 af muligheden for selvstændig registrering af ydelser til børn frem for børnemærkning under voksen CPR-nr. [10]. Sygesikrings- og befolkningsdata blev udleveret af Københavns Kommunes Sundhedsdirektorat som tabeller opdelt på køn, oprindelsesland og fødeår. Vi har valgt at gennemføre en deskriptiv undersøgelse af to relativt store indvandrergrupper: indvandrere med hhv. gæstearbejder- og flygtningebaggrund, idet de to grupper adskiller sig på flere

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Antallet af personer, der var tilmeldt Sygesikringen som gruppe 1-patienter og bosat i Københavns Kommune i hele 1998, opgjort på køn, indvandrerkategori og oprindelseslande.

Indvandrerkategori	Landegrupper	Oprindelseslande	Kvinder	Mænd	I alt
A. Indvandrere med overvejende gæstearbejderbaggrund	Tyrkiet	Tyrkiet	2.673	2.923	5.596
	Pakistan	Pakistan	1.718	1.556	3.274
	Eksjugoslavien	Eksjugoslavien	1.786	1.972	3.758
	Marokko	Marokko	932	964	1.896
I alt			7.109	7.415	14.524
B. Indvandrere med overvejende flygtningebaggrund	Eksjugoslavien	Makedonien, Bosnien, Kroatien, Serbien, Slovenien og Montenegro	894	973	1.867
	Somalia	Somalia	856	1.019	1.875
	Palæstinensere	Libanon, statsløse	1.160	1.119	2.279
	Iran og Irak	Iran og Irak	1.514	2.074	3.588
I alt			4.424	5.185	9.609
C. Øvrige indvandrere	Øvrige	Norden undtagen Danmark og EU-lande før 2004, Nordamerika, Australien og New Zealand, øvrige Europa og Afrika, Asien og Oceanien, Sydamerika, Polen og Rusland	11.554	12.817	24.371
D. Ikkeindvandrere	Danmark	Danmark	208.063	191.006	399.069

områder. Dels er motivet for indvandring forskelligt, dels er flygtningegruppen på flere områder speciel.

Definitioner

Indvandrerbaggrund

Personer med indvandrerbaggrund blev defineret som: 1) personer med mere end tre måneders opholdstilladelse i Danmark, 2) personer med udenlandsk statsborgerskab og/eller fødested uden for Danmark og, 3) personer under 40 år, hvis forældre opfyldte samme kriterier.

Kategoriseringen af personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund er foretaget i overensstemmelse med anvendt praksis (se f.eks. Integrationsministeriet, www.inm.dk/publikationer). Tabel 1 viser antallet af personer, der var tilmeldt Sygesikringen som gruppe 1-patienter og bosat i Københavns Kommune i hele 1998 opgjort på oprindelseslande, køn og indvandrer kategorier, som skal beskrives i det følgende.

Personer med gæstearbejderbaggrund

Behovet for arbejdskraft i Danmark i slutningen af 1960'erne betingede indvandring fra ikkevestligt prægede lande. I Danmark kom gruppen af gæstearbejdere primært fra Tyrkiet, Pakistan, den tidligere forbundsrepublik Jugoslavien (her betegnet Eksjugoslavien (gæstearbejdere)) og Marokko [1]. Danmark har kun modtaget ganske få flygtninge fra de tre øvrige lande bortset fra Eksjugoslavien. Gæstearbejdergruppen og deres efterkommere fra de fire angivne lande har således haft bedre levevilkår som motiv for emigration. En stor del af gruppen er emigreret fra landområder og har en relativ ringe uddannelsesbaggrund bag sig [1]. Siden begyndelsen af 1970'erne var det ikke muligt at få opholdstilladelse for perso-

ner fra ikkevestligt prægede lande ud fra motivet om at søge bedre levevilkår. Gruppen af indvandrere og efterkommere i denne kategori er dog steget siden da, bl.a. pga. muligheder for familiesammenføring af ægtefæller fra hjemlandet [1]. Da det er vist, at gruppen af gæstearbejdere og deres efterkommere før strammingerne i udlændingelovgivningen i 2000 ofte giftede sig med personer fra hjemlandet [11], har vi betegnet personer med baggrund i de fire lande under et, som personer med gæstearbejderbaggrund.

Personer med flygtningebaggrund

Den anden store indvandrergruppe i de seneste årtier er flygtninge, som har fået opholdstilladelse i Danmark pga. forfølgelse i hjemlandet. Det har gennem årene varieret, hvilke lande de enkelte asylansøgere kom fra. Flygtningegruppens socioøkonomiske baggrund, herunder uddannelse, vil derfor variere, ligesom risikoen for at være traumatiseret og hermed have en højere sygelighed er til stede i forskellig grad [1].

Vi har til denne undersøgelse udvalgt de fire største landegrupper, som personerne, der har opnået flygtningestatus i Danmark, kommer fra. Gruppen af flygtninge fra Eksjugoslavien kom hertil i begyndelsen af 1990'erne, hvor der på dette tidspunkt, var oprettet nationalstater. Det er således muligt at identificere denne gruppe ud fra vore registerdata. Gruppen af flygtninge var ligesom gæstearbejderne i relativ stor udstrækning gift med personer fra hjemlandet [11].

Øvrige indvandrere

Gruppen af indvandrere fra andre lande end de nævnte har vi betegnet som »øvrige«, idet det ligger uden for denne undersøgelses formål at beskrive dem.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Ikkeindvandrere

Ikkeindvandrere er gruppen af personer, som ikke har den ovenfor definerede indvandrerbaggrund.

Alder

Alder blev defineret som 1998 fratrukket fødeår.

Kontaktrater

Befolkningen kan kontakte den praktiserende læge, de er tilmeldt, i dagtiden kl. 8-16 på hverdage eller i lægens ugentlige aftenkonsultation. Kontakt blev defineret som henvendelser til almen praksis, som via sygesikringsystemet medførte en registrering på patientens CPR-nummer og på ydelsesnummer inden for kontaktformerne klinik- og telefonkonsultationer samt sygebesøg i dagtid. Kontakter for udelukkende at få foretaget vaccination eller forebyggende børne- eller graviditetsundersøgelser, er således ikke inkluderet i materialet. Kontaktraten beskrives ved antal ydelser pr. person pr. år inden for en given nationalitets-, køns- og aldersgruppe.

Projektet er godkendt af Den Videnskabetiske Komité for København og Frederiksberg Kommuner (J. nr. 11-155/00).

Statistisk metode

De enkelte indvandrerlandegrupper kontaktmønstre blev optegnet grafisk og sammenlignet for hvert køn i etårsaldergrupper. Analyser blev foretaget separat for hvert køn i aldersgrupperne 1-18 år, 19-59 år og 60+ år, og de to indvandrergrupper kontaktrater blev sammenlignet med gruppen af personer uden indvandrerbaggrund med Poisson-regressionsmodeller. Kontaktrateforskellene er angivet som en rate-ratio (RR), hvor RR angiver forholdet mellem kontaktraterne for personer med de valgte indvandrerbaggrunde og personer uden indvandrerbaggrund.

Resultater

Personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund har i stor udstrækning samme kontaktrate til de alment praktiserende læger i dagtiden, som de jævnaldrende kvinder og mænd uden indvandrerbaggrund. Der skal dog bemærkes en markant lavere kontaktrate for de 15-20-årige kvinder med gæstearbejder- og flygtningebaggrund og en tendens til en lavere kontaktrate for ældre af begge køn end for de jævnaldrende mænd og kvinder uden indvandrerbaggrund (**Figur 1**).

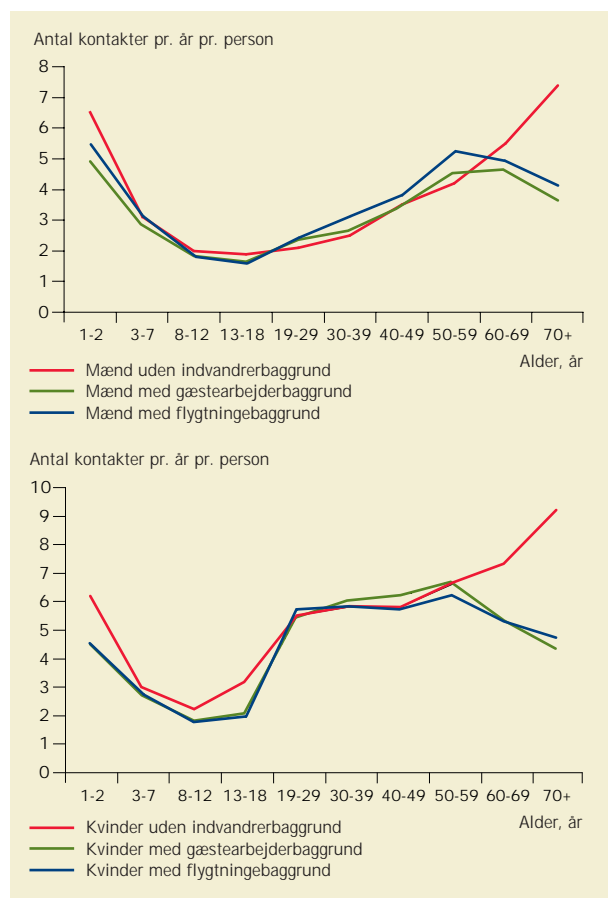
Der var forskelle blandt personer med og uden indvandrerbaggrund i fordelingen af kontakter på de forskellige kontaktformer. Personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde i alle aldersklasser og for begge køn relativt flere klinik- end telefonkonsultationer og sygebesøg, om end antallet var lavt sammenlignet med for personer uden indvandrerbaggrund (**Tabel 2**).

Mænd med flygtningebaggrund havde en samlet kontaktrate, som var 5% højere end kontaktraten for mænd uden indvandrerbaggrund, mens den for de øvrige grupper med ind-

vandrerbaggrund var ca. 5% lavere (**Tabel 3**). Der var dog forskelle imellem aldersgrupperne. Således havde de 1-18-årige og de 60+-årige med gæstearbejder- og flygtningebaggrund en lavere samlet kontaktrate. De 19-59-årige med gæstearbejder- og flygtningebaggrund havde en højere samlet kontaktrate og en markant højere klinik-konsultationsrate end de jævnaldrende grupper uden indvandrerbaggrund, hvilket især var påfaldende for mænd med flygtningebaggrund (45% højere) (**Tabel 3**).

Diskussion**Metode**

Mange faktorer af såvel social som kulturel og strukturel art vil påvirke befolkningens lægesøgning og sygelighed [12]. Det diskuteres løbende blandt epidemiologiske forskere, hvilke faktorer der kan forklare en observeret forskel i sygelighed og kontaktmønstre imellem personer med og uden indvandrerbaggrund [13, 14]. Vi har valgt et deskriptivt design uden forsøg på at kontrollere for forskellige faktorer af flere årsager. Dels er vor viden om indvandrergruppernes sygelighed i Danmark sparsom, dels er diskussionen af, hvilke faktorer der indgår i begrebet socioøkonomisk status, uafklaret [14, 15].



Figur 1. Kontaktraten til almen praksis i dagtid for mænd og kvinder med gæstearbejder- og flygtningebaggrund og personer uden indvandrerbaggrund, København, 1998 (bemærk skala 1-18 år).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Fordeling og antal af forskellige former for ydelser i almen praksis i dagtid for personer med og uden gæstearbejder- og flygtningebaggrund. Københavns Kommune, 1998.

Køn	Alder, år	Indvandrerkategori	Ydelser fra almen praksis, dagtid			i alt % (n)
			klinikkonsultationer % (n)	telefonkonsultationer % (n)	sygebesøg % (n)	
Kvinder	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	73,5 (93.497)	26,0 (24.898)	0,5 (408)	100 (93.497)
		Gæstearbejderbaggrund	86,9 (5.182)	12,8 (754)	0,2 (13)	100 (5.949)
		Flygtningebaggrund	89,7 (3.782)	10,2 (411)	0,1 (6)	100 (4.199)
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	58,4 (431.081)	41,3 (305.895)	0,3 (2.269)	100 (739.245)
		Gæstearbejderbaggrund	79,4 (20.914)	20,3 (5.317)	0,3 (65)	100 (26.296)
		Flygtningebaggrund	80,0 (12.645)	19,8 (3.129)	0,2 (35)	100 (15.809)
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	50,4 (227.817)	44,4 (203.092)	5,2 (24.548)	100 (455.457)
		Gæstearbejderbaggrund	74,1 (1.322)	24,7 (453)	1,2 (21)	100 (1.796)
		Flygtningebaggrund	73,8 (819)	24,0 (281)	2,2 (28)	100 (1.128)
Alle aldre (> 1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	58,4 (727.089)	40,1 (533.885)	1,5 (27.225)	100 (1.288.199)	
	Gæstearbejderbaggrund	81,6 (27.418)	18,1 (6.524)	0,3 (99)	100 (34.041)	
	Flygtningebaggrund	83,0 (17.246)	16,7 (3.821)	0,3 (69)	100 (21.136)	
Mænd	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	74,1 (66.087)	25,4 (23.935)	0,5 (416)	100 (90.438)
		Gæstearbejderbaggrund	87,3 (5.107)	12,5 (762)	0,2 (13)	100 (2.508)
		Flygtningebaggrund	82,2 (4.633)	11,5 (628)	0,4 (11)	100 (5.272)
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	66,4 (244.764)	33,2 (126.428)	0,4 (1.691)	100 (372.883)
		Gæstearbejderbaggrund	82,0 (10.799)	17,7 (2.312)	0,3 (40)	100 (13.151)
		Flygtningebaggrund	82,2 (8.448)	17,4 (1.829)	0,4 (41)	100 (10.318)
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	58,5 (114.722)	37,6 (74.537)	3,8 (8.141)	100 (197.400)
		Gæstearbejderbaggrund	80,9 (1.566)	17,3 (322)	1,8 (30)	100 (1.918)
		Flygtningebaggrund	81,8 (673)	17,0 (134)	1,2 (9)	100 (816)
Alle aldre (> 1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	66,3 (425.573)	32,7 (224.900)	1,0 (10.248)	100 (660.721)	
	Gæstearbejderbaggrund	83,6 (17.471)	16,0 (3.396)	0,4 (83)	100 (20.951)	
	Flygtningebaggrund	84,1 (13.754)	15,5 (2.591)	0,4 (61)	100 (16.406)	

Materialet er indsamlet i Københavns Kommune, da denne kommune har den højeste andel af personer med indvandrerbaggrund, nemlig 22,3% af indvandrerpopulationen i Danmark i 1998. Designet indskrænker de analytiske muligheder og fortolkning af vore resultater, men giver i stedet et afsæt for målrettet forskningsindsats med henblik på en evt. intervention på subgruppeniveau (f.eks. personer fra enkelte indvandrerlande). En indsats, som dog vil behøve et anderledes resursekrævende design. Dels må der inddrages relevante forklarende faktorer, såsom forskelle i sygelighed og definerede socioøkonomiske forhold, hvor også faktorer som f.eks. danskkundskaber, alfabetiseringsgrad og opholdsvarighed i Danmark indgår, ligesom vurdering af strukturelle barrierer såsom tolkeanvendelse og sundhedsvæsenets organisering m.m. bør indgå [13]. Derudover må man i sit design tage højde for betydningen af forskellige kulturelle og kommunikative barrierer i mødet mellem indvandrere og sundhedspersoner uden indvandrerbaggrund [16].

Resultater

Vi skal i denne artikel diskutere resultaterne af befolkningens kontakter til almen praksis i dagtid. Diskussionen af de undersøgte befolkningsgruppers samlede kontaktmønstre til almen

praksis i dag- og vagttid samt skadestue til diskuteres detaljeret i [9].

Det er tidligere fundet, at køn og alder har større betydning for befolkningens kontaktrater end indvandrerstatus har [17]. I vores undersøgelse er der ikke analyseret herfor, men der peges på samme konklusion. *Jeppesen & Nielsen* [5] fandt mindre sygelighed blandt treårige børn med gæstearbejder- eller flygtningebaggrund end hos treårige børn af ikkeindvandrere. Det er spørgsmålet, om dette fund kan generaliseres til hele børnegruppen og dermed forklare den lavere kontaktrate for gruppen, eller der er andre faktorer på spil. En evt. senere seksuel debut blandt piger med gæstearbejder- eller flygtningebaggrund kan bidrage til det lavere forbrug af ydelser i 15-20-års-aldersgruppen. Set i lyset af den relativt høje abortrate for nogle grupper af kvinder med indvandrerbaggrund ville det dog også være relevant at få afdækket, om de markant lave kontaktrater er et udtryk for barrierer i adgangen til den praktiserende læge, som kan yde præventionsvejledning [18].

At mænd med flygtningebaggrund havde en relativt høj kontaktrate, kan være et udtryk for, at personer med flygtningebaggrund har en højere sygelighed i forbindelse med posttraumatiske stresssymptomer, og at behandlingsindsatsen fra det samlede sundhedsvæsen ikke er optimal [19].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Kontaktrateforskelle for ydelser i almen praksis i dagtid for personer med og uden gæstearbejder- og flygtningebaggrund. Københavns Kommune, 1998.

Køn	Alder, år	Indvandrerkategori	Ydelser fra almen praksis, dagtid ^a			
			klinikkonsultationer	telefonkonsultationer	sygebesøg	i alt
Kvinder	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	0,94 (0,91-0,96)	0,37 (0,35-0,40)	0,39 (0,23-0,68)	0,78 (0,76-0,81)
		Flygtningebaggrund	0,97 (0,94-1,01)	0,29 (0,26-0,31)	0,26 (0,12-0,58)	0,79 (0,76-0,81)
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,40 (1,38-1,42)	0,50 (0,49-0,52)	0,90 (0,70-1,15)	1,03 (1,02-1,04)
		Flygtningebaggrund	1,39 (1,37-1,42)	0,49 (0,48-0,51)	1,08 (0,77-1,51)	1,02 (1,01-1,04)
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	0,89 (0,84-0,94)	0,39 (0,35-0,42)	0,23 (0,15-0,36)	0,65 (0,62-0,68)
		Flygtningebaggrund	0,88 (0,82-0,94)	0,37 (0,33-0,42)	0,44 (0,30-0,64)	0,64 (0,61-0,68)
	Alle aldre (> 1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,25 (1,24-1,27)	0,47 (0,46-0,49)	0,51 (0,42-0,62)	0,95 (0,94-0,96)
		Flygtningebaggrund	1,24 (1,22-1,26)	0,42 (0,43-0,46)	0,58 (0,46-0,74)	0,94 (0,93-0,95)
Mænd	1-18	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,01 (0,98-1,04)	0,42 (0,39-0,45)	0,40 (0,23-0,70)	0,85 (0,83-0,87)
		Flygtningebaggrund	1,12 (1,08-1,15)	0,41 (0,38-0,44)	0,43 (0,24-0,78)	0,92 (0,90-0,95)
	19-59	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,31 (1,28-1,33)	0,55 (0,53-0,57)	0,79 (0,55-1,04)	1,05 (1,03-1,07)
		Flygtningebaggrund	1,45 (1,42-1,49)	0,62 (0,59-0,65)	1,27 (0,93-1,73)	1,17 (1,15-1,20)
	60+	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,01 (0,96-1,06)	0,33 (0,30-0,37)	0,41 (0,29-0,59)	0,74 (0,71-0,77)
		Flygtningebaggrund	1,01 (0,94-1,09)	0,32 (0,27-0,38)	0,23 (0,12-0,45)	0,72 (0,68-0,78)
	Alle aldre (> 1 år)	Ikkeindvandrerbaggrund	1	1	1	1
		Gæstearbejderbaggrund	1,18 (1,16-1,19)	0,49 (0,47-0,50)	0,52 (0,42-0,65)	0,95 (0,94-0,96)
		Flygtningebaggrund	1,30 (1,28-1,32)	0,53 (0,51-0,55)	0,63 (0,49-0,81)	1,05 (1,03-1,07)

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

Nogle ældre indvandrere er på ferieophold i hjemlandet i længere perioder af året, men det er usikkert, om dette forhold kan forklare deres relativt lave kontaktrate. Der er da også fundet barrierer i ældre indvandreres adgang til primærsektoren i England i form af bl.a. insufficient kommunikation om sundhedsvæsenets tilbud [20]. De markant lavere kontaktrater for de 60+-årige med gæstearbejder- og flygtningebaggrund i såvel dag- som vagttid samt til skadestue [9] peger på behovet for at afdække evt. barrierer i adgangen til det danske sundhedsvæsen.

At den undersøgte indvandrergruppe havde relativt flere klinikkonsultationer end telefonkonsultationer sammenlignet med personer uden indvandrerbaggrund kan ikke overraske, idet det direkte møde giver bedre muligheder for at overvinde evt. sproglige og sociokulturelle barrierer.

Konklusion

Der er aldersspecifikke kontaktrateforskelle for personer med gæstearbejder- og flygtningebaggrund for begge køn sammenlignet med for personer uden indvandrerbaggrund, idet førstnævnte i aldersgruppen 1-18 år og 60+ år har en lavere samlet kontaktrate til almen praksis i dagtid, mens de 19-59-årige har en højere kontaktrate end personer uden indvan-

drerbaggrund. For at undersøge, om der er lige adgang til sundhedsvæsenets tilbud, uanset indvandrerbaggrund, bør årsagen til de fundne forskelle afdækkes ved fokuseret forskning i udvalgte grupper med henblik på en evt. intervention.

Korrespondance: Lise Dyhr, Forskningsenheden for Almen Praksis i København, Center for Sundhed og Samfund, Øster Farimagsgade 5, postboks 2099, DK-1014 København N. E-mail: l.dyhr@gpract.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 Nils Olivarius i afslutningsfasen. Cand.stat. Gerda Engholm, tidl. Center for Registerforskning takkes for løbende vejledning vedrørende statistiske forhold og Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning ved daværende kontorchef Karis Hagild og kontorfuldmægtig Lise Bjørn Jakobsen 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

- Østergård B. Indvandrernes danmarkshistorie. København: Gad, 1989.
- Dyhr L. Lige adgang til sundhedsvæsenet for indvandrere og flygtninge? Ugeskr Læger 1999;161:4371.
- Mynick R, Klebak S. Fremmedarbejderes kontaktmønster med den primære lægetjeneste i Københavns kommune. Ugeskr Læger 1976;47:2976-80.

- 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