

Rådet for Socialt Udsattes småskriftserie nr.6/2007

# Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed?



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



# **Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed?**

**Gennemgang af litteratur samt analyse af eksisterende datamaterialer  
vedrørende socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed**

## **Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? Gennemgang af litteratur samt analyse af eksisterende datamaterialer vedrørende socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed**

Mette Kildevæld Simonsen, Anne Illemann Christensen, Ulrik Hesse, Michael David-  
sen, Peter Bjerregaard, Finn Diderichsen, Mette Tuxen Faber, Jens Kristoffersen og  
Tine Curtis

Copyright © Rådet for Socialt Udsatte 2007

Uddrag, herunder tabeller og figurer er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende rapport, bedes sendt til Rådet på nedenstående adresse.

Forsidelayout: Splint, [www.splint-grafisk.dk](http://www.splint-grafisk.dk)  
Tryk: Socialministeriet

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til:

Rådet for Socialt Udsatte  
Holmens Kanal 22  
1060 København K  
Tlf. 33 92 47 04  
E-mail: [post@udsatte.dk](mailto:post@udsatte.dk)

ISBN: 978-87-7546-524-8.

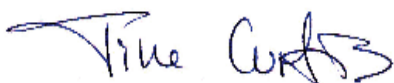
## Forord

Denne rapport, der er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed for Rådet for Socialt Udsatte, har til formål at belyse den eksisterende viden om socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed. Rådet for Socialt Udsatte har følt sig provokeret til at tage temaet sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte op. Af metodiske grunde er gruppen i praksis stærkt underrepræsenteret i de eksisterende nationale sundhedsundersøgelser. Dvs. der findes ikke samlet viden om gruppens sundhedsvaner, sygelighed og helbred, og hvordan disse faktorer ser ud i forhold til gennemsnits-danskerens ditto. Rådet for Socialt Udsatte har med denne rapport taget første skridt på vej mod det ambitiøse mål at belyse og komme med forslag til en væsentlig forbedring af de socialt udsattes sundhedstilstand.

Rapporten indeholder en litteraturgennemgang af den eksisterende viden om sundhedsforholdene blandt de socialt udsatte og en sundhedsprofil, der er udarbejdet på baggrund af analyser af sundhedsvaner, helbred og sygelighed blandt de dårligst stillede svarpersoner fra den nationale Sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2005. Sundhedsprofilen suppleres med analyser fra to andre eksisterende undersøgelser, henholdsvis Grønlændere i Danmark fra 1997-98 og Københavnerne Sundhed 2000.

Litteraturgennemgang og analyse af eksisterende data er udarbejdet af Mette Kildevæld Simonsen, Ulrik Hesse, Michael Davidsen, Anne Illemann Christensen og Peter Bjerregaard fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF) samt Finn Diderichsen, Københavns Universitet. Jens Kristoffersen og Mette Tuxen Faber, SIF, har bidraget med sammenfatning og sammenskrivning af rapporten, mens Tine Curtis har haft det overordnede ansvar for rapportens udformning.

Februar 2007



Tine Curtis  
Programkoordinator,  
Statens Institut for Folkesundhed



Preben Brandt  
Formand,  
Rådet for Socialt Udsatte

## Indholdsfortegnelse

<b>Sammenfatning og konklusioner for undersøgelsen .....</b>	<b>5</b>
Om rapporten og det anvendte datamateriale .....	5
Litteraturgennemgangen .....	6
Sundhedsprofilen og de supplerende analyser .....	7
Konklusion .....	11
<b>Litteraturgennemgang: Sundhedsvaner, helbred og sygelighed blandt socialt udsatte.....</b>	<b>13</b>
Introduktion .....	15
Sundhedsvaner .....	19
Helbred .....	24
Sygelighed .....	29
Sammenfatning .....	35
Bilag A. Definitioner af socialt udsatte .....	36
Bilag B. Søgestrategi og metode .....	37
Referencer .....	39
<b>Sundhedsprofil for socialt udsatte baseret på SUSY 2005.....</b>	<b>45</b>
Metode og materiale .....	47
Sundhed og helbredsrelateret livskvalitet .....	50
Sundhedsadfærd .....	54
Sygelighed og konsekvenser af sygdom .....	61
Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet .....	66
Aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom .....	70
Sociale relationer .....	70
Sammenfatning .....	72
<b>Udvalgte helbredsforhold for socialt udsatte grønlændere i Danmark.....</b>	<b>75</b>
Indledning .....	77
Selvvurderet helbred .....	79
Rygning .....	79
Langvarig sygdom .....	80
Sammenfatning .....	80
<b>Udvalgte helbredsforhold for socialt udsatte i København .....</b>	<b>81</b>
Metode og materiale .....	83
Selvvurderet helbred .....	84
Langvarig sygdom .....	84
Psykisk velbefindende .....	85
Sundhedsadfærd .....	85
Sammenfatning .....	87

## **Sammenfatning og konklusioner for undersøgelsen**

### **Om rapporten og det anvendte datamateriale**

Statens Institut for Folkesundhed har udarbejdet nærværende rapport for Rådet for Socialt Udsatte. Rapporten har til formål at belyse den eksisterende viden om socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed. Rapporten bygger dels på en litteraturgennemgang af den eksisterende viden vedrørende sundhedsforholdene blandt de socialt udsatte, dels på en sundhedsprofil der er udarbejdet på baggrund af nye analyser af sundhedsvaner, helbred og sygelighed blandt de dårligst stillede svarpersoner fra den nationalt repræsentative interviewundersøgelse, Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY 2005), der er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedsprofilen for socialt udsatte baseret på SUSY 2005 suppleres med analyser fra to andre eksisterende danske undersøgelser, henholdsvis Grønlændere i Danmark fra 1997-1998 og Københavnernes Sundhed 2000, der er en sundhedsprofil for Københavns kommune; begge disse undersøgelser er ligeledes gennemført af Statens Institut for Folkesundhed.

Undersøgelsen af grønlændere i Danmark er inddraget, fordi en synlig om end lille del af grønlændere, der lever i Danmark, er socialt udsatte. Gruppen af socialt udsatte grønlændere i Danmark vil oftest ikke indgå i større nationale spørgeskemaundersøgelser som SUSY 2005 men kan nås ved målretning af undersøgelser mod netop denne gruppe, sådan som det er gjort i undersøgelsen Grønlændere i Danmark. Analysen af sundhedsforhold blandt socialt udsatte grønlændere i Danmark supplerer således det billede af sundhedsforhold blandt socialt udsatte, der fremgår af analysen af SUSY 2005, ved at inddrage en gruppe socialt udsatte, der sandsynligvis i kun meget begrænset omfang eller slet ikke indgår i de grupper af socialt udsatte, der er defineret for analyserne af SUSY 2005. Undersøgelsen af grønlændere i Danmark indgik i en større befolkningsundersøgelse blandt grønlændere i Grønland og grønlændere i Danmark. Materialet fra undersøgelsen blandt grønlændere i Danmark er ikke tidligere blevet afrapporteret særskilt.

Sundhedsprofilen baseret på SUSY 2005 suppleres endvidere med analyser af udvalgte helbredsforhold blandt to grupper af socialt udsatte borgere i København sammenlignet med de øvrige borgere i kommunen. Materialet fra den kommunale sundhedsprofil fra København er inddraget, fordi der særligt i København lever mange, der er socialt udsatte, hvorfor et repræsentativt udsnit af københavnske borgere vil inkludere et stort antal udsatte, hvilket styrker den samlede undersøgelses gyldighed. Der er ikke hverken fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne eller fra den kommunale sundhedsprofil for København tidligere foretaget analyser af de dårligst stilledes helbredsforhold.

Til at beskrive sundhedsforholdene blandt socialt udsatte i de eksisterende undersøgelser inddrages data om sundhedsvaner såsom rygning, kost, motion og alkohol. Derudover er blandt andet selvvrurderet helbred, symptomer og sygdom, brugen af sundhedsvæsenet samt sociale relationer brugt til at beskrive helbred og sygelighed. Nedenstående er en kort gennemgang af de væsentligste resultater og konklusioner fra litteraturgennemgangen og de nye analyser af materialet fra de tre eksisterende undersøgelser.

## **Litteraturgennemgangen**

Som led i undersøgelsen af de socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed er der foretaget en litteraturgennemgang omfattende rapporter og tidsskriftsartikler. Gennemgangen har primært taget udgangspunkt i den danske og nordiske litteratur, suppleret med en række internationale studier i de tilfælde, hvor der ikke har været tilsvarende danske resultater. Gruppen af socialt udsatte er i litteraturgennemgangen og i samråd med Rådet for Socialt Udsatte defineret som hjemløse, særligt udsatte stof- og alkoholmisbrugere, særligt udsatte sindslidende samt særligt udsatte inden for det prostituerede miljø. Indledningsvis i litteraturgennemgangen pointeres det, at det er meget vanskeligt at vurdere det nøjagtige antal af socialt udsatte såvel som undergrupper, der defineres som sådanne.

Den eksisterende litteratur inden for områderne sundhedsvaner, helbred og sygelighed afspejler en mangelfuld viden om socialt udsatte både i Danmark og internationalt. Kun ganske få studier har beskæftiget sig med sundhedsvaner blandt de socialt udsatte i Danmark, og der findes kun ganske lidt viden om misbrug, der rækker ud over misbruget af heroin blandt stofmisbrugere og alkohol blandt alkoholikere. Danske og internationale undersøgelser, der inddrager spørgsmål om rygevaner blandt udsatte, viser, at mellem 80% og 90% af de adspurgte var rygere med et stort dagligt forbrug; svarpersonerne i de konkrete undersøgelser var henholdsvis hjemløse og prostituerede. Rygning kan dog forekomme som et mindre problem i forhold til en lang række af de andre problemer, det fører med sig at være socialt udsat. Den samme problematik kan gælde for kost, og der findes tilsvarende få studier af kostvaner blandt udsatte. Den eneste viden om danske forhold udgøres af en undersøgelse om køb af mad, der viste, at knapt halvdelen af 122 mænd på væresteder i København havde råd til at købe mad dagligt. Fra udenlandske studier fremgår det, at ernæringstilstanden blandt socialt udsatte er dårlig, karakteriseret af vitaminmangel og usund kost. Få internationale oversigtsartikler forsøger at beskrive de socialt udsattes livsstil, og de få studier, der beskæftiger sig bredt med livsstil blandt udsatte i Danmark, er mangelfulde hvad angår kostvaner og fysisk aktivitet.

Hvad angår socialt udsattes helbred har en undersøgelse blandt en lille gruppe stofmisbrugere konkluderet, at disse har et dårligere selvvrurderet helbred sammenlignet med den øvrige befolk-

ning. Der findes kun få oplysninger om sociale relationer og livskvalitet blandt socialt udsatte, men udenlandske studier peger på, at ensomhed udgør et væsentligt problem for socialt udsatte, der føler sig isolerede. De udsattes relationer omfatter primært bekendtskaber i de miljøer de færdes i, sjældnere kontakt til deres børn og i nogle tilfælde kontakt til den øvrige familie. Der mangler viden om ensomhed blandt socialt udsatte i Danmark, og de få danske undersøgelser, der er lavet, rapporterer i forlængelse af de internationale fund om henholdsvis tætte relationer stofmisbrugere imellem og social isolation og udstødelse blandt en gruppe prostituerede.

Litteraturgennemgangen viser, at der findes en del viden om, hvilke sygdomme prostituerede og stofmisbrugere lider af, men generelt vides meget lidt om de socialt udsattes sygelighed og hvilke faktorer, der udgør de mest alvorlige risici for den høje dødelighed i denne befolkningsgruppe. Gennemgangen af den eksisterende viden på området viser således, at socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning har en langt større risiko for at dø tidligt. I Danmark viser en undersøgelse blandt hjemløse i København, at dødeligheden i forhold til den generelle befolkning var 3,8 gange større blandt mænd og 5,6 gange større blandt kvinder. Sundhedsstyrelsen har opgjort, at stofmisbrugere har 15 gange større risiko for at dø end personer på deres egen alder, som ikke er stofmisbrugere.

På baggrund af den omfattende litteraturgennemgang kan det konkluderes, at der ikke findes større danske studier, der specifikt undersøger gruppen af socialt udsatte, og at vi derfor ved meget lidt om disse menneskers sundhedsvaner, helbred og sygelighed. De eksisterende studier, der indgår som referencer i gennemgangen, baseres primært på undergrupper blandt de socialt udsatte, for eksempel stofmisbrugere eller prostituerede, og har ikke som formål at skabe et samlet billede af sundhedsforholdene for socialt udsatte men fokuserer derimod på en enkelt eller få udvalgte helbredsindikatorer. Der er således behov for en bred sundhedsprofilundersøgelse, der inkluderer gruppen af socialt udsatte som helhed, og som muliggør sammenligning af socialt udsattes sundhedsforhold med den øvrige danske befolknings sundhedsvaner, helbred og sygelighed.

## **Sundhedsprofilen og de supplerende analyser**

På baggrund af materialet fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, undersøgelsen Grønlandere i Danmark og Københavns kommunes sundhedsprofil 2000 er det muligt at konstruere tilnærmede grupper, der repræsenterer udsatte og ikke-udsatte grupper. Ved at analysere materialet i forhold til en række variable inden for områderne sundhedsvaner, helbred og sygelighed er det muligt at sammenligne disse gruppers sundhedsforhold og få viden om, hvor stor forskel der er på sundhedstilstanden blandt de dårligst stillede i forhold til de øvrige svarpersoner.



På baggrund af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005) er der udarbejdet en sundhedsprofil, som beskriver forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt de dårligst stillede svarpersoner. Det er forventeligt, at kun en meget lille del af de personer, der betragtes som socialt udsatte, kan eller vil deltage i en undersøgelse som SUSY 2005. Materialet er dog tilstrækkelig stort til, at der har kunnet identificeres nogle grupper blandt svarpersonerne, som nærmer sig definitionen på socialt udsatte. Disse grupper udgøres af personer, der har et problematisk alkoholforbrug, er psykisk svage, er socialt dårligt stillede og personer med et dårligt socialt netværk.

Ud fra SUSY-2005 var det muligt at belyse forskellige dimensioner vedrørende socialt udsattes sundhed og sygelighed; sundhed og helbredsrelateret livskvalitet, sundhedsadfærd, sygelighed og konsekvenser af sygdom, sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet, aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom og sociale relationer. Analyserne viser, at socialt udsatte og navnlig grupperne af socialt dårligt stillede og psykisk svage har større sundhedsproblemer end ikke socialt udsatte. Socialt dårligt stillede og psykisk svage angiver oftere, at de har et dårligt selv-vurderet helbred, og sjældnere, at de føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til. Der er en større andel blandt socialt dårligt stillede, der ryger dagligt, er storrygere og er svært overvægtige end blandt de øvrige grupper. Endvidere er andelen, som dagligt spiser frugt, mindst blandt socialt dårligt stillede. Andelen, der gør noget for at bevare helbredet og andelen, der dagligt spiser salat/råkost, er mindst blandt personer med problematisk alkoholforbrug. Overordnet er alle grupper af socialt udsatte mere syge end ikke socialt udsatte. Socialt dårligt stillede og psykisk svage rapporterer oftere end de øvrige grupper, at de har en langvarig sygdom, en specifik sygdom eller lidelse og har været generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage. Navnlig sygdommene kronisk bronkitis, diabetes, kronisk angst eller depression samt dårlige nerver eller anden psykisk lidelse rapporteres oftere blandt grupper af socialt udsatte end blandt de ikke socialt udsatte. Analyserne viser endvidere, at det for socialt udsatte såvel som for ikke socialt udsatte gælder, at ældre oftere end yngre vurderer deres helbred dårligt og oftere lider af langvarig sygdom. Udsatte kvinder er oftere end udsatte mænd hæmmet og generet af sygdom, men udsatte kvinder har, som det også er tilfældet i den øvrige befolkning, oftere end mænd en sund livsstil og gør oftere noget for at bevare eller forbedre eget helbred.

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen blandt grønlændere i Danmark har det været muligt at beskrive en række faktorer vedrørende sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte grønlændere i Danmark. Som udgangspunkt er der anvendt samme definition af socialt udsatte til analyserne af materialet fra grønlændere i Danmark som for SUSY 2005; dog fandtes der ikke i materialet fra grønlændere i Danmark sammenlignelige oplysninger om socialt dårligt stillede. Fordi datamaterialet i undersøgelsen Grønlændere i Danmark er væsentligt mindre end i SUSY 2005,

har det ikke været muligt at analysere materialet specifikt for hver af grupperne af socialt udsatte. I stedet konstrueredes en samlet gruppe af socialt udsatte, der sammenlignes med de øvrige svarpersoner, det vil sige de ikke socialt udsatte. Gruppen af socialt udsatte grønlændere i Danmark er derfor defineret som en samlet gruppe af de svarpersoner, der har et problematisk alkoholforbrug, er psykisk svage eller har et dårligt socialt netværk.

De supplerende analyser af materialet fra undersøgelsen blandt grønlændere i Danmark viser, at andelen af socialt udsatte blandt grønlændere i Danmark er noget højere for mænd end for kvinder, hvilket især skyldes, at flere grønlandske mænd end kvinder rapporterer, at de har et problematisk alkoholforbrug. Gruppen af socialt udsatte grønlændere i Danmark svarer oftere end de ikke socialt udsatte, at de har et dårligt selv vurderet helbred og rapporterer oftere, at de har en langvarig sygdom. Andelen af rygere er høj både blandt udsatte og ikke udsatte grønlændere i Danmark.

Analyserne af datamaterialet fra sundhedsprofilen for Københavns kommune baseres på en definition af socialt udsatte som henholdsvis kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister. Disse to grupper indgår i gruppen af socialt dårligt stillede fra SUSY 2005 analyserne, men gruppen i SUSY 2005 er dog snævrere defineret, idet der samtidig med modtagelse af kontanthjælp eller førtidspension forudsættes problemer med at betale regninger, for at de pågældende individer indgår i gruppen af socialt dårligt stillede og dermed defineres som socialt udsatte. I analyserne af materialet fra Københavns kommune sammenlignes sundhedstilstanden blandt henholdsvis kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister med de øvrige borgere, der har deltaget undersøgelsen.

Analyserne udarbejdet på baggrund af Københavns kommunes sundhedsprofil viser, at såvel gruppen af kontanthjælpsmodtagere som gruppen af førtidspensionister adskiller sig væsentligt fra de øvrige deltagere på alle de anvendte mål for sundhed og sygelighed. Analyserne viser, at de to grupper, førtidspensionister per definition men også kontanthjælpsmodtagerne, har en meget høj forekomst af psykiske og somatiske symptomer, idet over halvdelen rapporterer, at deres helbred ikke er godt, og næsten samtlige førtidspensionister lider af en langvarig sygdom eller lidelse, mens knap halvdelen har psykiske problemer. Andelen af kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister med risikofyldt sundhedsadfærd, dvs. rygning, problematisk alkoholforbrug og stillesiddende fritidsaktiviteter, er højere end blandt de ikke socialt udsatte. Flere af de sygdomme, som i særlig grad er overrepræsenteret blandt socialt udsatte grupper - psykisk sygdom, bevægeapparatsygdomme og skader - har dog årsager, som ikke har med de nævnte risikofaktorer i sundhedsadfærd at gøre, dog undtaget alkohol som påvirker alle tre. Dette taler for, at den dominerende mekanisme i relationen mellem udsathed og helbred er de langvarigt aktivitetsbegrænsende sygdommes sociale og økonomiske konsekvenser.

### *Diskussion af resultaterne*

Det har ikke været muligt at indhente samme oplysninger om socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed i de supplerende analyser fra Grønlandere i Danmark og fra Københavns kommunes sundhedsprofil 2000 som i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). Samtidig var spørgsmålsformuleringer i undersøgelserne ikke i alle tilfælde identiske. Data fra de tre undersøgelser er derfor ikke helt sammenlignelige. SUSY-materialet var tilstrækkeligt stort til at muliggøre analyser af en lang række oplysninger om sundhedsvaner, helbred og sygelighed, hvorved der kunne udarbejdes en egentlig sundhedsprofil for de dårligst stillede svarpersoner, mens analyserne af grønlandere i Danmark og Københavns kommunes sundhedsprofil 2000 har været begrænset til udvalgte indikatorer for sundhed og sygelighed. Analyserne af SUSY-materialet blev gennemført separat for flere grupper af socialt udsatte, mens analyserne af datamaterialet om grønlandere i Danmark blev gennemført for en samlet gruppe af socialt udsatte, og analyserne af Københavns kommunes sundhedsprofil 2000 baseres på analyser af henholdsvis kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister. I alle analyser blev socialt udsatte sammenlignet med det øvrige datamateriale, de ikke socialt udsatte. Det er vigtigt at understrege, at antal og andel af socialt udsatte i de tre datamaterialer er afhængig af de valgte definitioner og ikke kan tages som udtryk for den faktiske andel af socialt udsatte i Danmark.

Andelen af udsatte grønlandere med et dårligt selvvrurderet helbred er væsentligt større end andelen blandt de udsatte grupper i SUSY 2005. Også blandt de ikke udsatte ses en større andel med dårligt selvvrurderet helbred blandt grønlandere i Danmark end blandt de ikke udsatte i SUSY 2005. I analyserne af materialet fra København er medtaget både dårligt og nogenlunde selvvrurderet helbred, hvilket ikke muliggør sammenligning med resultaterne fra de to øvrige undersøgelser.

Andelen af rygere blandt grønlandere i Danmark er generelt meget høj, og både for udsatte og ikke udsatte grønlandere i Danmark er andelen højere end for de tilsvarende grupper i SUSY 2005 og i sundhedsprofilen fra København. På grund af forskellige spørgsmål og målemetoder er det ikke muligt at sammenligne andelen af udsatte med problematisk alkoholforbrug i de tre undersøgelser. Både i SUSY 2005 og sundhedsprofilen fra København har de socialt udsatte grupper oftere end ikke udsatte stillesiddende fritidsaktiviteter.

Blandt de socialt udsatte grupper af psykisk svage og socialt dårligt stillede i SUSY 2005 er der en større andel end blandt udsatte grønlandere i Danmark, der angiver at have en langvarig sygdom. Langvarig sygdom blandt de to grupper af socialt udsatte defineret i det københavnske materiale ligger som forventet meget højt for førtidspensionisterne, mens andelen af kontant-

hjelpsmodtagere med langvarig sygdom er noget lavere end i de socialt udsatte grupper, der er defineret i SUSY 2005. Hvad angår konsekvenserne af langvarig sygdom, her aktivitetsbegrænsninger i dagligdagen, ses tilsvarende andele for de udsatte i SUSY 2005 og i sundhedsprofilen fra København, og i begge undersøgelser er andelen af personer med aktivitetsbegrænsninger højere blandt socialt udsatte end blandt ikke udsatte.

Samlet set viser analyserne fra både SUSY 2005, grønlændere i Danmark og Københavns kommunes sundhedsprofil en meget høj forekomst af psykiske og somatiske helbredsproblemer blandt de definerede grupper af socialt udsatte.

## **Konklusion**

Litteraturgennemgangen viser, at den eksisterende viden om socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed i langt overvejende grad er resultatet af studier, der omhandler afgrænsede helbredsproblemer blandt særlige grupper af socialt udsatte. Der mangler således viden baseret på studier af den samlede gruppe af socialt udsatte, som kan give et bredt billede af sundheden og sygeligheden i gruppen.

Analyserne af det eksisterende materiale fra de tre tidligere gennemførte danske undersøgelser viser, at de socialt udsattes sundhedsvaner og helbred er dårligere end de ikke socialt udsattes, og at de socialt udsatte oftere er syge. Dette overordnede resultatet er særligt bemærkelsesværdigt, fordi spørgeskemabaserede befolkningsundersøgelser aldrig eller kun sjældent opnår besvarelse fra personer, der er socialt udsatte. Der er til brug for analyserne konstrueret grupper af de dårligst stillede blandt svarpersonerne, men disse omfatter med stor sandsynlighed ikke de socialt udsatte, der ifølge Socialministeriets definition er ”personer der lever i samfundets yderkanter, personer der ofte har et dårligt helbred, der sjældent har tilknytning til arbejdsmarkedet, og som ikke drager nytte af samfundets almindelige tilbud til borgerne”. Det må således forventes, at de reelt eller særligt sårbare socialt udsatte i forhold til den generelle befolkning oftere end de dårligst stillede svarpersoner i de eksisterende undersøgelser har risikofyldt sundhedsadfærd, dårligere helbred og højere sygelighed.

Der er derfor behov for at gennemføre en mere målrettet sundhedsprofilundersøgelse blandt de socialt udsatte, herunder de hjemløse, stof- og alkoholmisbrugere, særligt udsatte sindslidende og dele af det prostituerede miljø. Sundhedsprofilundersøgelsen skal dels dokumentere sundhedsvaner, helbred og sygelighed blandt de socialt udsatte som samlet gruppe og i undergrupper blandt de socialt udsatte, dels gøre det muligt at sammenligne de socialt udsatte i landet med den øvrige befolkning. En sundhedsprofilundersøgelse blandt socialt udsatte må nødvendigvis

gøre brug af særlige metoder for at opnå besvarelse fra de socialt udsatte. Spørgsmålene, der skal indgå i undersøgelsen, skal med henblik på sammenligning med den øvrige befolkning i Danmark tage udgangspunkt i de nationale sundhedsprofiler, men det er samtidig væsentligt at belyse særlige sociale eller helbredsmæssige problemstillinger, der gør sig gældende for socialt udsatte.

**Litteraturgennemgang: Sundhedsvaner, helbred og sygelighed  
blandt socialt udsatte**

December 2006

Udarbejdet af  
Mette Kildevæld Simonsen



## Introduktion

I det følgende gives en oversigt over eksisterende viden om socialt udsattes helbred baseret på et litteraturstudie, der inkluderer tidsskriftsartikler og undersøgelsesrapporter, der afrapporterer resultater fra tidligere undersøgelser. Der er primært taget udgangspunkt i danske studier, men studier fra andre vestlige lande er inddraget i mindre omfang. Umiddelbart efter oversigten beskrives i bilag A de anvendte definitioner af socialt udsatte, mens bilag B omfatter en beskrivelse af litteraturstudiets søgestrategi og metode.

At definere hvem og få overblik over hvor mange mennesker, der er socialt udsatte, kan være en næsten umulig opgave. At sætte nøjagtige tal på gruppen af socialt udsatte i Danmark er blevet kaldt ”Mission Impossible”, da denne gruppe af mennesker er svære at registrere systematisk (1). Antallet af socialt udsatte er svært at fastslå, dels fordi ikke alle benytter sig af de offentlige tilbud, dels fordi de socialt udsatte ofte har mere end ét problem, hvilket sandsynligvis giver meget store overlap mellem de enkelte grupper af socialt udsatte (2). Registreringen af de socialt udsatte sker først, når de af den ene eller anden årsag modtager offentlige ydelser. For de hjemløse er det registreringer, der indsamles ved botilbud efter servicelovens §94. Misbrugerne og de prostituerede bliver blandt andet registreret i forbindelse med offentlige behandlingstilbud og sindslidende ved behandlingsstederne/botilbud.

Socialt udsatte hjemløse, misbrugere og sindslidende benævnes af Socialministeriet ”som personer der lever i samfundets yderkanter, personer der ofte har et dårligt helbred, der sjældent har tilknytning til arbejdsmarkedet, og som ikke drager nytte af samfundets almindelige tilbud til borgerne. Typisk indgår disse mennesker heller ikke i familiemæssige eller andre sociale sammenhænge” (2).

I en rapport fra Socialministeriet vurderes det, at gruppen af socialt udsatte i Danmark i 2002 bestod af ca. 100.000 mennesker fordelt på følgende grupper (2):

- 14.000 stofmisbrugere
- 25.000 – 50.000 personer med et så omfattende og ødelæggende alkoholmisbrug, at de har behov for behandlingstilbud.
- 11.000 mennesker, der i løbet af året er berørt af hjemløshed, hvoraf 20% er kvinder
- 22.000 mennesker med en behandlingskrævende sindslidelse
- 5.000 – 7.000 prostituerede

Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte vurderer, at tallene for de socialt udsatte fordeler sig som følgende (3):



- Der er ca. 25.500 stofmisbrugere i Danmark, hvoraf 6.000 er hashmisbrugere. Antallet af stofmisbrugere, der er i døgnbehandling hvert år, er ca. 900, mens der er 11.200 i dagbehandling.
- 250.000 danskere over 14 år har et alkoholforbrug, der er forbundet med stor risiko for helbredsskader. Heraf er 20 - 25.000 socialt udsatte.
- 11.000 mennesker er i løbet af året berørt af hjemløshed, hvoraf 20% er kvinder.
- Ca. 22.000 mennesker har en behandlingskrævende sindslidelse og behov for særlige sociale tilbud. Heraf er ca. 1.000 mennesker både sindslidende og har et misbrug af alkohol og/eller narkotika.
- Der er ca. 5.000 – 7.000 prostituerede, hvor langt størstedelen er kvinder. Ca. 2.000 er udenlandske kvinder med overvægt fra de baltiske lande.

I rapporten ”Redegørelse om prostitution i Danmark – oplæg til en handlingsplan på prostitutionsområdet” skønnes det, at der er 5 - 7.000 prostituerede i Danmark, og at 575 - 600 kvinder er gade prostituerede. Hvorvidt gade prostituerede tilhører en gruppe, der er mere udsat end prostituerede på eksempelvis klinikker, ved vi endnu ikke nok om (4). Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte vurderer, at der er 809-834 gade prostituerede samlet set i de større danske byer, og at minimumsantallet af personer i prostitution i 2005-2006 er 4.732 (5). Det vurderes endvidere, at ni ud af ti prostituerede er tilknyttet en massageklinik og ikke er misbrugere af hårde stoffer som heroin (6). Det betyder således, at ca. 500 af de prostituerede er misbrugere af hårde stoffer.

I en rapport fra 2005 omhandlende amternes indsats for sindslidende misbrugere (sindslidende med dobbeltdiagnose) er der sat antal på denne gruppe af særligt socialt udsatte. I 2002 var 80.625 voksne personer i behandling i sygehus- og distriktspsykiatrien, heraf havde 9.716 en dobbeltdiagnose. Halvdelen havde en selvstændig bolig, men 11,1% boede på herberg/pensionat eller var registrerede uden bolig eller som boende på gaden (7). De meget socialt udsatte med sindslidelse (N=875) svarer altså meget godt overens med de tal, Videns – og Formidlingscenteret for Socialt Udsatte er fremkommet med (N= ca. 1.000).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der ca. 27.000 stofmisbrugere, heraf er ca. 6.000 hashmisbrugere. Hvis vi sammenholder disse tal med stofmisbrugere i behandling (N=13.316), bor ca. 12% (N=1.691) på gaden, på herberg/pensionat, er i fængsel, i støttebolig/boligfællesskab, på institutionsophold, i familiepleje eller andet. Mange af de stofmisbrugere, der befinder sig på gaden i København, og som ud over deres misbrug er præget af en høj legemlig og psykisk sygelighed, er ikke københavnere. Af de 308 CPR-nr. identificerede personer var kun 112 (36%) tilmeldt

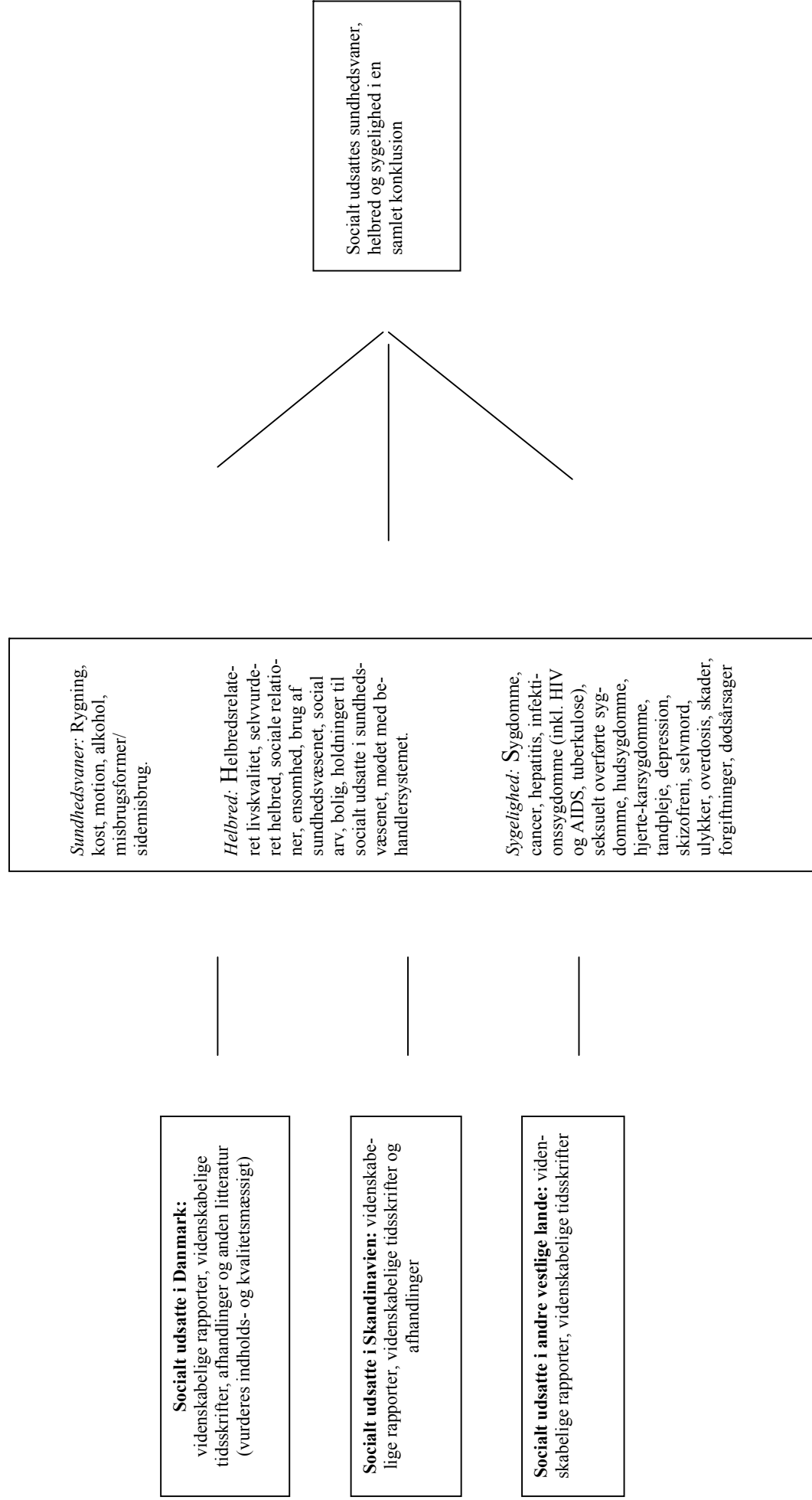
Københavns Kommune. Det betyder, at 2/3 af de stofmisbrugere, der opholder sig på gaden i København, er bosiddende udenfor København eller i udlandet (primært Norge og Sverige) (8). I 2005 opgav 1.282 personer i Danmark, at de injicerede heroin (9).

Omkring 17.500 danskere modtog alkoholbehandling i 2000, heraf ca. 700 i form af døgnbehandling (10). I 1999 var der 23.920 indlæggelser med diagnosen alkoholmisbrug, heraf blev 15.525 indlagt på somatiske sygehusafdelinger, og 8.395 blev indlagt på psykiatriske afdelinger og visse behandlingshjem (2). Som tidligere skrevet vurderes det, at der er helt op til 50.000 alkoholmisbrugere, der kan betragtes som socialt udsatte (2).

Blandt de op imod 11.000 personer, der ifølge Socialministeriet vurderes til at være berørt af hjemløshed i løbet af et år, vil en lille gruppe høre ind under betegnelsen Posefolket, som er helt udstødte fra samfundet. De har alle en psykotisk lidelse og har ikke noget misbrug af betydning (11). Det vurderes, at denne gruppe består af ca. 150 personer på landsplan (12).

Det er således uhyre svært at få et nøjagtigt tal og et konkret billede af de socialt udsatte grupper.

**Figur 1. Model for literatursøgning**



## Sundhedsvaner

Følgende afsnit gennemgår resultater af studier, der undersøger rygning, kost, motion, alkohol og andet misbrug samt sundhedsvaner generelt blandt socialt udsatte.

### *Ryging*

Ryging er sundhedsskadeligt, og beregninger har vist, at en ryger i gennemsnit lever ca. 7 år kortere end en ikke-ryger. Ryging er i høj grad associeret med arbejdsløshed og kort uddannelseslængde. Storrygerne findes især blandt førtidspensionisterne og de arbejdsløse (13).

I en dansk undersøgelse blev 188 prostituerede fra København personligt interviewet. Deltagerne havde reageret på avisannoncer eller var blevet adspurgt på mødesteder for de prostituerede i indre København, om de ønskede at deltage. Der blev blandt andet indsamlet oplysninger om rygestatus. Det viste sig, at 87,8% af de adspurgte var rygere (14).

I Sverige gennemførtes i år 2000 en pilotundersøgelse af hjemløses helbred i Stockholm (N=35). Der blev blandt andet udført fysiske undersøgelser af læger og tandlæger, samt gennemført interview- og spørgeskemaundersøgelse. Blandt 31 deltagere i undersøgelsen, der svarede på spørgsmål om rygning, svarede 30 at de var rygere. De røg i gennemsnit 16 cigaretter pr. dag (7,5 - 40) og havde i gennemsnit røget i 31 år (15).

En undersøgelse af rygemønstre blandt voksne hjemløse i Pittsburgh, USA viste, at 69% var rygere, 16% var eksrygere og kun 15% havde aldrig røget. Til sammenligning var 21,6% af den amerikanske befolkning rygere på samme tidspunkt (16). En interviewundersøgelse blandt hjemløse i Paris fandt, at 75,5% var rygere (17), og en canadisk interviewundersøgelse fandt, at 78% blandt hjemløse var rygere (18). I et australsk studie blandt unge stofmisbrugere oplyste 98%, at de var rygere (19).

Vi ved kun lidt om de særligt sårbare rygevaner. Måske spørges der ikke til rygevaner, da rygning bliver betragtet som et meget lille problem i et liv med mange alvorlige helbreds- og sociale problemer. Opmærksomheden på rygning som en ekstra helbredsrisiko er dog tilstede blandt de, der har kontakten til de socialt udsatte. Eksempelvis kan brugerne af værestedet Pegasus i København få hjælp til en sundere livsstil. Som et nyt tilbud kan brugerne nu deltage i rygeafvænningskursus to gange om året. Kurserne holdes i samarbejde med Folkesundhed København (20).

### *Kost*

I en dansk undersøgelse blandt 122 mænd, der benyttede tre kontaktsteder i København, blev der spurgt, om de havde råd til at købe mad dagligt. 52,6% svarede, at de for det meste havde råd til at købe mad, 24,6% svarede, at de engang imellem havde råd og 22,8% svarede, at de sjældent havde råd til mad. Derudover blev de spurgt, om de benyttede sig af spisesteder, hvor maden var god og nærende. Her svarede 37,2%, at de ofte benyttede sig af spisestederne, 34,5% svarede, at de en gang i mellem benyttede sig af spisestederne, 26,5% benyttede sig sjældent af dem, og 1,8% kendte ikke til stederne (21). Brugere på en københavnsk varmestue blev spurgt om årsagen til, at de brugte stedet, hvortil 70% svarede, at det var på grund af maden (22).

Kostvaner og ernæringstilstand blandt de socialt udsatte, er så vidt vides ikke undersøgt i Danmark, men der foreligger bl.a. et studie fra Frankrig, hvor 329 hjemløse blev interviewet omkring deres kostvaner (17). Undersøgelsen viste, at alkohol blandt henholdsvis mænd og kvinder stod for 30% og 17% af det totale energiindtag. Samme studie viste også, at de hjemløse led af vitaminmangel (vitamin E, B<sub>1</sub> og calcium) (17). Det er også fundet, at stofmisbrugere ikke får en tilstrækkelig god kost, hvilket giver denne gruppe af sårbare en lavere vægt og en øget dødelighed (23). En amerikansk undersøgelse blandt 52 hjemløse kvinder over 50 år viste, at den største del af kosten kom fra madvarer med højt indhold af mættet fedt og kulhydrater (24).

### *Motion*

I en dansk undersøgelse af brugere ved to kontaktsteder og et sundhedsprojekt blev brugere adspurgt, om de havde gangbesvær, og om de kunne gå rundt til de ting, de ville i løbet af dagen. 37,7% svarede, at de havde problemer med at komme rundt til de ting, de gerne ville i løbet af dagen, det vil sige at 62,3% ikke havde problemer. Det svarer til normalbefolkningen i aldersgruppen over 60 år. Forskellen er blot, at brugere ved to de kontaktsteder og sundhedsprojektet havde en gennemsnitsalder på 40,4 år (21).

Fodbold for hjemløse har været hyppigt omtalt i de danske medier. Verdensmesterskaberne er nu afholdt tre gange, og ved sidste VM endte Danmark med en syvendeplass ud af 46 nationer (26). Der er lavet et bachelorprojekt af fire ergoterapeutstuderende, hvor de undersøger de hjemløses aktivitetsudøvelse i gedefodbold, og hvilken betydning fodbolden har for deres hverdagsliv. De konkluderer, at deltagerne har fået mere selvværd og selvtillid igennem aktiviteten, samt en følelse af psykisk velvære (27).

”Tour de Udsat” var et cykelløb, som blev planlagt og gennemført af Landsforeningen af Væresteder i 2005. Løbet foregik på tandemcykler og 130 tidligere og nuværende misbrugere af stoffer og alkohol og andre, som har gjort brug af væresteder for socialt udsatte, deltog i løbet.

Flere af deltagerne øgede vægten under anstrengelserne (der var gratis mad). Der blev ikke lavet en uddybende evaluering af deltagernes helbred før og efter løbet (28).

En etnografisk undersøgelse blandt 32 hjemløse mænd i Sydney, Australien fandt, at de fleste af mændene gik meget rundt i gaderne, men at den motion, de fik af at gå meget, blev opvejet af dårlige sko eller ubehandlet lidelse i fødderne (29).

Der findes så vidt vides ikke danske studier, der undersøger sammenhængen mellem motion blandt de socialt udsatte grupper og helbredseffekten, men der er flere studier, der viser, at motion eksempelvis har en positiv effekt på depressioner (30;31).

#### *Alkoholmisbrug – andet misbrug*

I en dansk undersøgelse af 27 kvinder i opioid-substitutionsbehandling fandt man, at 79% af de prostituerede (n=14) havde et alkoholmisbrug (32). I den danske undersøgelse ”Projekt X-felt” ønskede man at få belyst effekten af en udvidet psykosocial indsats til brugere i substitutionsbehandling. 91 tilfældigt udvalgte heroinmisbrugere blev visiteret til projektet. Alle 91 blev interviewet og adspurgt om livsstil, blandt andet alkoholmisbrug. Her svarede 14%, at de havde et alkoholmisbrug ved projektets start (33). I en anden dansk undersøgelse blandt 422 heroinstofmisbrugere svarede 56%, at de havde et alkoholmisbrug, og mere end 75% havde et kokainmisbrug (34).

En dansk undersøgelse blandt yngre hjemløse mellem 18 og 35 år (N=129) fandt, at 3 ud af 4 havde et misbrug af rusmidler, og at det kun var hos hver fjerde misbruger, der var tale om et legalt misbrug (alkohol, lægeordineret medicin), mens resten brugte illegale rusmidler (35).

I et nordisk studie blev forgiftninger med dødelig udgang blandt stofmisbrugere i de fem nordiske lande undersøgt (36). Uanset hvilket af de nordiske lande ofrene kom fra, blev benzodiazepiner og ethanol fundet i helt op til 70% af de misbrugere, der tog heroin/morfin. Kokain og det antidepressive medikament Citalopram blev oftest fundet blandt de danske ofre (36).

I en svensk undersøgelse blandt 8440 hjemløse fremgik det, at 70% havde et misbrugsproblem. En tredjedel havde psykiske problemer, og en fjerdedel havde både psykiske problemer og misbrugsproblemer (37). I en svensk undersøgelse blandt 35 hjemløse blev der udført urinanalyser på 26 af deltagerne. Det rusmiddel, der oftest blev sporet i urinen, var amfetamin (46%) efterfulgt af cannabis (38%) (15). Samme resultater blev fundet i en norsk undersøgelse blandt 33

psykisk syge misbrugere, der alle var indlagt på en misbrugs- og psykiatrisk afdeling. Det mest brugte rusmiddel var amfetamin (46%) og cannabis (30%) (38).

I en tysk undersøgelse blandt 102 hjemløse viste det sig, at 63,7% havde et alkoholafhængighedssyndrom, og blandt disse var det somatiske lidelser så som leversygdomme, cerebral degeneration og alkoholiske polyneuropatier, der var hyppigere tilstede end blandt de hjemløse uden alkoholmisbrug (39). I Paris blev 329 hjemløse interviewet i årene 1999-2000, og 84% oplyste, at de drak alkohol dagligt (17). I Australien undersøgte man 314 unge stofmisbrugere, hvoraf 53% oplyste, at de havde et alkoholmisbrug (19).

### *Sundhedsvaner generelt*

En dansk undersøgelse af dødsfald (N= 86) på socialpsykiatriske boccetre i Københavns Kommune viste, at beboerne havde en generelt usund livsstil. Blandt de afdøde havde alle en alvorlig psykisk sygdom, som for 79,1% vedkommende var skizofreni. Over halvdelen havde en somatisk sygdom. Specielt blev der fundet mange tilfælde af kræft, sukkersyge, hjerte-karsygdomme, lungesygdomme (KOL) og epilepsi. Knap halvdelen havde et misbrug af alkohol og/eller rusmidler, de fleste var storrygere og en del var overvægtige (41).

På grund af hjemløses sundhedsvaner har denne befolkningsgruppe en øget risiko for eksempelvis at få kræft. Et amerikansk forskerhold opsummerer, at 17% af de hjemløse i Los Angeles var alvorligt solbrændte og dermed havde en øget risiko for at få hudkræft. Derudover var mange hjemløse rygere, alkoholikere og/eller overvægtige, hvilket gav øget risiko for kræft i lunger, lever og tarm. Blandt hjemløse kvinder fandtes en øget risiko for kræft i livmoderhalsen, da denne gruppe af kvinder oftere havde flere forskellige seksualpartnere end den generelle befolkning (42).

### **Delkonklusion: Socialt udsattes sundhedsvaner**

Selvom mange er holdt op med at ryge i befolkningen generelt, må det formodes, at der fortsat er en meget høj frekvens af rygere blandt de særligt sårbare mennesker. Vi har kun kendskab til enkelte danske studier, der undersøger socialt udsattes rygevaner.

Det er en almen antagelse, at de socialt udsatte lider af en dårlig ernæringstilstand, men studier, der undersøger kostvanerne, er sjældne.

Mange socialt udsatte lever et liv med misbrug. Studier peger på, at mere end halvdelen af de socialt udsatte har et misbrug, der rækker ud over misbruget af heroin blandt stofmisbrugerne og alkohol blandt alkoholikerne. Der er udarbejdet oversigtsartikler i andre lande, der tyder på, at de socialt udsatte ikke har en sund livsstil, når vi ser på faktorer som rygning, kost, alkohol/andet misbrug og motion. I Danmark ved vi ikke nok om de socialt udsattes ernæringstil-

stand, og vi ved ikke, om de udsatte får relevante og tilstrækkelige tilbud om nærrende kost og tilbud om hjælp til rygeophør. De få græsrodsinitiativer, der er taget til at aktivere de socialt udsatte med fysisk udfoldelse, er endnu ikke blevet evalueret. Der er behov for undersøgelser, der kan belyse sundhedsvaner blandt socialt udsatte mere indgående.



## Helbred

World Health Organization (WHO) definerer helbred som ”en tilstand af fysisk, mentalt og socialt velbefindende og ikke kun en tilstand fri for sygdom og skavanker” (43). Nærværende afsnit beskriver eksisterende viden om livskvalitet, selv vurderet helbred, brug af sundhedsvæsenet, sociale relationer, ensomhed og opvækstskår blandt socialt udsatte, mens sygdom blandt socialt udsatte behandles i det efterfølgende afsnit.

### *Livskvalitet*

En rapport fra Socialforskningsinstituttet analyserede livsforløbet for 1000 mennesker, der tidligere havde opholdt sig minimum fem dage på en §94 institution eller herberg. Ved opfølgning 10 år senere var 17% døde, og 25% af de overlevende boede stadig på herberger. Der var en tendens til, at brugerne af disse herberger/institutioner havde flere sammensatte problemstillinger, og at deres fremtidsudsigter til at komme videre med livet var meget dystre (44).

I flere udenlandske studier har man fundet en sammenhæng mellem dårlig søvn og lav livskvalitet både blandt raske mennesker og blandt syge og svage grupper (45-47). Søvn og hvile har vist sig at være et stort problem for brugerne af tre københavnske kontaktsteder, idet 69,6% oplyser, at de har problemer med at føle sig udhvilet, sammenlignet med at kun 17,8% i normalbefolkningen føler sig uduhvilet (21).

### *Selv vurderet helbred*

I det danske ”Projekt X-felt” fandt man, at det selv vurderede helbred blandt stofmisbrugere i substitutionsbehandling var dårligere end i den generelle danske befolkning, og at vurderingen af eget helbred trods en udvidet psykosocial behandlingsindsats ikke nåede op på samme niveau som en alderssvarende baggrundsbefolkning (33).

En undersøgelse af sundhedsadfærden blandt hjemløse kvinder i USA (N=137) fandt, at 70,8% vurderede deres helbred som meget godt, godt eller nogenlunde. De resterende 29,2% vurderede deres helbred som dårligt eller meget dårligt (48). Til sammenligning vurderer 93,3% af kvinder i den generelle danske befolkning, at de har et meget godt, godt eller nogenlunde helbred og kun 6,7% at de har et dårligt eller meget dårligt helbred (13).

I USA blev 108 ældre mandlige stofmisbrugere i 1996-1997 interviewet (gennemsnitsalder: 54,4 år), og man fandt, at deres selv vurderede helbred var dårligere end den generelle amerikanske befolkning i samme aldersgruppe. Specielt følte stofmisbrugerne mindre energi og større begrænsninger i dagligdagen på grund af fysiske eller andre sundhedsproblemer (49). En under-

søgelse blandt 415 hjemløse med tuberkulose i Los Angeles, USA, viste, at kvinder havde et dårligere selv vurderet helbred end mændene. Et dårligt eller meget dårligt helbred blev rapporteret af 33% blandt kvinderne, mod 17% blandt mændene (50).

#### *Brug af sundhedsvæsenet*

En dansk undersøgelse undersøgte blandt andet socialt udsattes kontakt til det etablerede sundhedssystem. I undersøgelsen svarede 71,8% af deltagerne, at de oftest eller en gang imellem havde taget kontakt til hospitalsvæsenet, når de havde brug for det. Den samme undersøgelse viste også, at den praktiserende læge og psykiatrien ikke blev benyttet helt så ofte, idet kun henholdsvis 36% og 35% havde haft denne form for kontakt (21). Mere end 80%, blandt brugere af værestederne i København synes, at de har en god kontakt. Med god kontakt menes her god kvalitet i kontakten vurderet af brugeren, hvorimod kun 27% mente, at de havde en god kontakt ved brug af egen læge (21).

I en dansk undersøgelse blandt kvindelige prostituerede (N=75) svarede 13%, at de overhovedet ikke havde haft kontakt til egen læge inden for de seneste 5 år. Mange udtrykte, at de havde et anstrengt forhold til deres læge (51). I samme undersøgelse fandt man, at 67% havde fået foretaget en sårbehandling mindst en gang (51).

I en rapport udarbejdet af Socialforskningsinstituttet i 2005 har man fundet, at tidligere misbrugere i gennemsnit går dobbelt så meget til den praktiserende læge som normalbefolkningen (52). I en svensk pilotundersøgelse af 35 hjemløse, svarede  $\frac{3}{4}$  af de adspurgte, at de ikke havde regelmæssig kontakt til egen læge eller ikke vidste, hvor de kunne henvende sig ved behov for lægehjælp (15).

I en canadisk oversigtartikel er det beskrevet, at hjemløse indlægges fem gange så ofte som den generelle befolkning og forbliver indlagt i længere tid (53). I Los Angeles, USA, undersøgte et forskerhold cancer-screeningsfrekvensen blandt 221 hjemløse og fandt, at denne var noget lavere end i den generelle befolkning. Størstedelen af de hjemløse havde kendskab til anbefalingerne vedrørende screening, men adgangen til screening var ikke god nok for denne gruppe af mennesker (42).

#### *Sociale relationer*

I en rapport fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet vurderes det, at livet som stofmisbruger udover helbredsproblemer medfører sociale skader som for eksempel brudte relationer til familie og venner (54).

Næsten alle (95%) stofmisbrugere i en dansk undersøgelse svarede, at de havde nære relationer til ”vigtige andre” (34). I en interviewundersøgelse med spørgeskemaer blandt 52 mænd, der besøgte en Natcafé (Stengade på Nørrebro), svarede 35%, at de slet ikke havde kontakt til familie i almindelighed, 59% havde børn og kun 1 af de 52 mænd var gift/samlevende (22). Samme natcafé åbner i dagtimer og hedder da en varmetue, hvor der kommer lidt andre mennesker. Her spurgte man 96 brugere, men kun 40% ønskede at besvare spørgeskemaet, svarende til 24 (17 mænd og 7 kvinder). 83% svarede, at de var enlige, 25% var fraskilte, og to besøgende var gift med hinanden. Halvdelen svarede, at de havde børn, og 25% ønskede ikke at besvare spørgsmålet. Over halvdelen (53%) af brugerne svarede, at årsagen til, at de kom i varmetuen, var socialt samvær (22).

En dansk undersøgelse fra 1994 viste, at cirka halvdelen af prostituerede kvinder oplevede social isolation og stempling som følge af prostitutionen (4). I ”Projekt X-felt” spurgte man deltagere om de boede alene eller var samboende, og her svarede hele 75%, at de var enlige (33).

I en stor svensk undersøgelse, hvor mere end 8.000 hjemløse blev interviewet, viste det sig, at 43% af de hjemløse kvinder havde børn under 18 år. 21% af kvinderne havde forældremyndigheden over barnet. Blandt de hjemløse mænd havde 28% børn under 18 år, men kun 4% havde forældremyndigheden (37).

I en norsk undersøgelse blev 33 psykisk syge misbrugere interviewet omkring det sociale netværk. Alle havde kontakt til egne forældre, 21% havde kontakt med et ikke-misbrugende netværk udover familien, og 70% havde et socialt netværk i misbrugsmiljøet (38).

En undersøgelse blandt de hjemløse (N=102) i Mannheim, Tyskland, fandt, at 63,7% aldrig havde været gift, og at 30,4% var blevet skilt. Kun 4,9% var gifte, men 14,7% svarede, at de havde en partner (39). I samme undersøgelse fandt man, at 45,1% blandt de hjemløse havde børn, og at 54,9% havde kontakt med et familiemedlem (39).

### *Ensomhed*

I en svensk undersøgelse blandt 35 hjemløse blev der stillet spørgsmål om, hvad det værste ved at være hjemløs var, og hvilke drømme de havde om fremtiden. 21 personer (13 mænd og 8 kvinder) svarede på disse spørgsmål. På spørgsmålet om hvad det værste var ved at være hjemløs, blev der svaret, at det både var praktiske problemer, som det at få et sted at sove, at skaffe penge til morgenkaffen, vabler osv., men også psykiske problemer, som det at føle sig mislykket, angst for at blive bestjålet, manglende privatliv, mindreværdsfølelse og en følelse af at være

helt alene var gennemgående problemer for de hjemløse i de interview, der blev gennemført (15).

Ensomhed blandt hjemløse er undersøgt i et canadisk studie, hvor 266 hjemløse fik udleveret et spørgeskema. Til sammenligning fik 595 mænd og kvinder fra baggrundsbefolkningen samme skema. Undersøgelsen viste, at de hjemløse følte sig mere ensomme end den generelle canadiske befolkning i form af social isolation og fremmedgørelse over for sig selv, og at denne følelse var ligeligt fordelt mellem mænd og kvinder. Gennemsnitsalderen for de adspurgte var 34,7 år, 67% var singler, 23% havde tidligere været i et parforhold og 10% var gift (55).

### *Opvækstskår*

I rapporten ”Redegørelse om Prostitution i Danmark” (4) beskrives det, at lavt selvværd, oplevelsen af stemping, angst, beskadiget seksualitet og andre psykiske gener, som prostituerede lever med, allerede kan være opstået før prostitutionsdebuten. Det vil derfor være svært at adskille de symptomer, som er følger af prostitution fra dem, der allerede er opstået i barndommen, men som må antages at være forværret som følge af prostitutionen (4).

Der er lavet få undersøgelser af danske prostitueredes opvækstskår, men den sparsomme viden, der foreligger, peger på, at de prostituerede ofte beretter om en problemfyldt opvækst, udsættelse for vold i forbindelse med prostitutionen, og at de lider af svære skadevirkninger på grund af prostitutionen (4).

En dansk undersøgelse af 27 kvinder i opioid-substitutionsbehandling viste, at blandt de tidligere prostituerede (n=14) havde 36% været udsat for overgreb i barndommen. Et resultat som stemte meget godt overens med internationale opgørelser (32). En undersøgelse blandt 422 stofmisbrugere viste, at der var mange, der havde oplevet overgreb i livet. 370 svarede på spørgsmål om seksuelle, fysiske og psykiske overgreb og heraf svarede 18%, at de havde været udsat for seksuelle overgreb, 35% svarede ja til fysiske overgreb, og 465 svarede ja til psykiske overgreb (34). I samme undersøgelse blev der spurgt til forældrenes misbrug, og her svarede 19% af stofmisbrugerne, at deres mor med sikkerhed havde været alkoholmisbruger (34).

### **Delkonklusion: Socialt udsattes helbred**

Der er så vidt vides ikke studier, der undersøger de socialt udsattes livskvalitet i Danmark. Det er dog belyst, at det kan være svært at få søvn og hvile for disse sårbare grupper, men ikke i hvilket omfang det påvirker deres livskvalitet. Blandt en lille gruppe af stofmisbrugere har man fundet, at de vurderer deres helbred dårligere end den generelle danske befolkning. I andre lande

er der lavet undersøgelser, der både undersøger de særligt sårbare gruppers livskvalitet og selv-vurderede helbred. Af de danske studier, der undersøger de udsattes sociale relationer, kan det udledes, at spørgsmål om tætte kontakter til familie og venner kan være ømtålelige emner. Mange af de adspurgte var enlige, og flere ønskede ikke at svare på spørgsmål om sociale relationer. Ensomhed og følelse af social isolation blandt de socialt udsatte er ikke undersøgt i Danmark og er kun sparsomt undersøgt i udlandet. Der er behov for større undersøgelser, der kan belyse de socialt udsattes livskvalitet, deres selv-vurderede helbred, ensomhed og oplevelser af social isolation.

## Sygelighed

Manifestationerne af sygelighed kan spænde fra sygdom eller sygelighed diagnosticeret i sundhedsvæsenet til gener og besvær i dagligdagen, som kan udvikle sig til egentlig sygdom eller helt forsvinde igen (13). I dette afsnit belyses den eksisterende viden om socialt udsattes fysiske og psykiske sygdomme og dødelighed.

### *Fysiske og psykiske sygdomme*

I den årlige rapport fra The European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA) beskrives det, at de somatiske sygdomme, der oftest ses blandt hjemløse, er respirationsproblemer, slagtilfælde, kronisk obstruktiv lungesygdom, tuberkulose, infektionssygdomme, gigt og andre muskel- og skeletsygdomme (56). Eftersom denne gruppe af mennesker sjældent eller meget sent opsøger sundhedspersonale opdages forhøjet blodtryk, sukkersyge og blodmangel senere end blandt de ikke socialt udsatte (18;53;57). Infektioner i luftvejene er almindelige blandt hjemløse, og tand- og mundsundheden er ofte dårlig. Hudlidelser og problemer med fødderne forekommer også ofte blandt hjemløse. Blandt de prostituerede er seksuelt overførte sygdomme almindelige (gonorré, klamydia, HIV), derudover er der uønskede graviditeter, provokerede aborter, voldtægter og anden vold (53;58). Stofmisbrugere har en stor somatisk oversygelighed. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet skyldes denne oversygelighed ikke selve stofferne, men at misbruget kræver så megen tid og så mange penge, at der ikke er mange ressourcer tilbage til det sunde liv. Mange stofmisbrugere lider af blodbårne infektioner, og mange misbrugere har også en høj psykisk sygelighed (54). Den gennemsnitlige levealder blandt stofmisbrugere er 44,5 år for kvinder og 41,1 år for mænd (59)

En nyere undersøgelse (N= 542) har evalueret og beskrevet den indsats, der blev sat i værk i 2001 med det formål at forbedre indsatsen for de mest marginaliserede og udstødte stofmisbrugere i Københavns Kommune, de såkaldte ”hårdest belastede misbrugere”. Indsatsen var (og er) karakteriseret ved en systematisk opsøgende indsats i forhold til målgruppen, hvor sundhedsfaglige tilbud er kombineret med en socialfaglig indsats. Indsatsen bestod konkret af følgende tre gadeplansforanstaltninger: Kontaktstedet Mændenes Hjem, Kontaktstedet Forchhammersvej og Sundhedsprojektet. Undersøgelsen viste, at det gennemsnitlige antal diagnoser for de lægeundersøgte hjemløse var 6,5 somatiske (fysiske helbred) pr. person og 1,7 psykiatriske diagnoser pr. person. Hertil kom gennemsnitligt 5,5 misbrugsrelaterede diagnoser pr. person (21).

Blandt de socialt udsatte i denne undersøgelse var de fysiske sygdomme fordelt således:

- leverskader (56%)
- alkoholiske nerveskader (44%)

- hepatitis C (52%)
- depression (68%)
- angsttilstande (57%)
- dårlig tandstatus (60%)
- lungeproblemer (30%)

I en anden undersøgelse blandt stofmisbrugerne i Københavns Kommune beskrives det, at forekomsten af legemlige lidelser er meget høj, hvilket også afspejles i den høje dødelighed. Stofmisbrugerne har en sygelighedsforekomst og –mønster, som svarer til ”normal”-personer, der er 20 år ældre end stofafhængige. Misbruget stjæler således 20 år af deres liv, hvis de ikke dør forinden af en overdosis (8). To sygeplejersker, der færdes på gadeplan blandt de hårdest belastede i København, har i en rapport beskrevet hvilke fysiske, psykiske og sociale problemer, de ofte støder på blandt klienterne. De hyppigst forekommende sygdomme er infektionssygdomme, fysiske handicap, mave-tarmproblemer, dårlig tandstatus og hudsygdomme/sår (60).

I en stor svensk undersøgelse blandt 8440 hjemløse i 1999 fandt man, at 18% af de hjemløse havde en fysisk sygdom (37).

### *Hepatitis*

Risikofaktorer for at få HCV (Kronisk Hepatitis C Virus) er stiknarkomani, blodtransfusion og brug af flergangssprøjter. Der er ca. 12.000 smittede i Danmark, hvoraf mere end 85% er narkomaner. Mange af stofmisbrugerne er formentlig blevet smittet for mange år siden, og man kan derfor forvente en stigning i antallet af hepatitis C relateret levercirrose og levercancer de kommende år (61). En dansk undersøgelse blandt københavnske stofmisbrugere viste, at 64% havde hepatitis B core-antistof, og 75% havde antistoffer mod hepatitis C-virus (62). I Melbourne, Australien, undersøgte man gennem tre år 314 stofmisbrugere (gennemsnitsalder: 24,2 år) og fandt, at 76% var smittede med hepatitis C (19). I Californien, USA, undersøgte man 108 ældre (gennemsnitsalder: 58,4) mandlige stofmisbrugere, som i gennemsnit havde været afhængige af heroin i 29,4 år, og her blev 94,2% testet positiv for hepatitis C (49).

### *Infektionssygdomme (inkl. HIV og AIDS, tuberkulose)*

En dansk interviewundersøgelse (N=75) blandt prostituerede fandt, at 52% af og til brugte urene kanyler – her i blandt var 8% HIV-smittede. Blandt de prostituerede svarede 36%, at det skete, at de delte værktøj med andre (51). I samme undersøgelse svarede 80%, at de havde haft fixe-skader såsom bylder, venebetændelse eller hjerteklapbetændelse (51). I rapporten ”Redegørelse om prostitution i Danmark” (4) beskrives det, at prostituerede ikke er mere udsatte for HIV-

smitte eller andre seksuelt overførte sygdomme end andre, med mindre der er tale om stofmisbrugende kvinder. Der er ikke lavet danske undersøgelser om dette emne, men studier fra andre lande viser, at prostituerede generelt anvender kondom mere regelmæssigt end andre dele af befolkningen. De prostituerede, der er i højest risiko for at blive smittet med seksuelt overførte sygdomme, er de kvinder, der i forvejen lever et risikofyldt liv med udendørs prostitution, oftere er udsat for vold og oftere er i en mere økonomisk trængt situation end andre grupper af prostituerede (4).

Prostituerede stofmisbrugere i det københavnske behandlingssystem er i særlig høj risiko for at få seksuelt overførte sygdomme, idet et studie har vist, at kun 17,7% altid brugte kondom, 28,4% gjorde det ofte/somme tider, mens 54,0% aldrig brugte kondom (62).

*Tuberkulose:* I Danmark er der i perioden 1988-2004 sket en stigning af tuberkulose-tilfælde fra 299 tilfælde i 1988 til 386 tilfælde i 2004. Blandt danskere er antallet af tuberkulose-tilfælde blandt ældre mennesker faldet, men der er sket en stigning blandt yngre og midaldrende voksne mænd i hovedstadsområdet, hvor sygdommen typisk slår ned blandt hjemløse, alkoholikere eller på anden måde socialt udsatte (63).

#### *Tandpleje*

En dansk undersøgelse blandt socialt udsatte som var brugere af to kontaktsteder eller et sundhedsprojekt i København viste, at 50% af brugerne havde smerter i tænderne. Mere end 27% af brugerne havde stærke smerter (21). I en rapport fra Sundhedsstyrelsen vurderes det, at kun 27% af de hjemløse regelmæssigt går til tandlæge, ca. halvdelen ”glemmer at børste tænder”, og mange undlader tandlægebesøg på grund af økonomiske problemer (64). Også tidligere misbrugere går sjældnere til tandlæge end resten af befolkningen (52). Hjemløses udendørs liv betyder ofte, at der ikke er mulighed for optimal mundhygiejne, hvilket betyder at tænderne langsomt går til grunde. De hjemløse er derfor ofte præget af voldsomme tandsmerter (65).

I Sverige blev der gennemført en tandlægeundersøgelse blandt 31 hjemløse (10 kvinder og 21 mænd). Gennemsnitsalderen blandt de hjemløse, der blev undersøgt, var 48 år. To personer havde ikke deres egne tænder. I gennemsnit havde de hjemløse mistet 39% af deres tænder. 29 af de hjemløse havde stort behov for tandlægebehandling, og forekomsten af karies var meget høj (15). I en hollandsk undersøgelse blandt hjemløse stofmisbrugere oplyste 25%, at de havde problemer med tænderne (66).



### *Psykisk sygdom*

I en dansk undersøgelse af brugerne af tre kontaktsteder i Københavns kommune oplyste 71,7% af brugerne, at de havde psykiske problemer. Kun 8% havde tunge psykiatriske diagnoser beskrevet i deres journaler, hvilket er færre end fundet i andre undersøgelser (21). I det førnævnte ”Projekt X-felt” svarede 63%, at de havde svære psykiske problemer forud for indskrivning i behandling (33).

En rapport omhandlende kvalitetsmålsætninger for indsatsen for stofafhængige udarbejdet af Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen i 2003 beskriver, at ca. 2/3 af stofmisbrugerne har en psykisk lidelse. Først og fremmest lider de af personlighedsforstyrrelser, depression og angsttilstande, men også psykoser (skizofreni) forekommer med en øget hyppighed (5-10%) i forhold til normalbefolkningen (8). I rapporten ”Sygepleje blandt stofmisbrugere” skriver to sygeplejersker om deres oplevelser blandt misbrugere, hjemløse og prostituerede. De mener, at de mennesker, der opholder sig omkring Maria Kirken i København, har tydelige psykiske lidelser, som gør, at disse mennesker har problemfyldte familieforhold, er isolerede, har lavt selvværd og manglende selvtillid (60). De psykotiske stofmisbrugere tilhører en af samfundets svageste grupper. Ifølge overlæge Birgit Jessen-Petersen er de på mange måder uønskede og marginaliserede i behandlingssystemerne. Det vurderes, at der er mere end 300 psykotiske stofmisbrugere i Københavns Kommune, og at 50% af skizofrene, der behandles i psykiatrien, har et misbrugsproblem (67). Blandt unge hjemløse i København fandt man i 1990, at der var mindst 20 til 40 gange så høj prævalens af skizofreni i forhold til den samlede københavnske befolkning (35). I Sydney, Australien, vurderede man efter en screening i midtbyen, at 23 – 30% af de hjemløse mænd og 46 – 50% af de hjemløse kvinder var mulige eller definitive skizofrene (68).

### *Dødelighed blandt socialt udsatte*

Som beskrevet i Socialministeriets definition har de socialt udsatte ofte, ud over sociale problemer, en række alvorlige helbredsmæssige problemer, hvilket medfører øget sygelighed og dødelighed (2).

I Danmark er der udarbejdet en ti års opfølgingsundersøgelse af dødeligheden blandt hjemløse i København. Den viser, at dødeligheden i forhold til den generelle danske befolkning var 3,8 gange større blandt mænd og 5,6 gange større blandt kvinder (69). I en anden dansk undersøgelse blandt svært marginaliserede fandt man, at dødeligheden i gruppen på 30 år og derunder var 22 gange større end i normalbefolkningen (21). Hvert år registrerer politiet ca. 250 dødsfald i forbindelse med stofmisbrug, for eksempel som følge af en overdosis heroin eller ecstasy-forgiftning. Det virkelige antal dødsfald, som skyldes stofmisbrug, er højere, fordi stofmisbrug fører til en farlig livsform. Stofmisbrugere har en 15 gange større risiko for at dø end personer

på deres egen alder, som ikke misbruger stoffer. Stofmisbrugere dør desuden meget unge; gennemsnitsalderen er 36 år. Ca. 3% af heroinmisbrugerne dør hvert år (70).

Også studier fra andre lande har vist, at de socialt udsatte har en forøget risiko for at dø tidligt (71;72). En nyere rapport beskriver dødsårsagerne blandt de hjemløse i New York og sammenligner disse årsager med den generelle befolkning i New York (73). De hyppigste dødsårsager blandt de hjemløse var stofmisbrug (16,7%), hjertesygdom (16,5%), cancer (15,2%) og HIV/AIDS (13,8%). En langt større del af den generelle befolkning døde af hjertesygdom (41,3%) eller cancer (23,6%), men meget færre døde af stofmisbrug (1,5%) og HIV/AIDS (2,9%). Samme rapport konkluderer, at dødeligheden blandt de hjemløse var dobbelt så høj som i den generelle befolkning i New York (73).

Et Canadisk studie har vist, at dødeligheden blandt hjemløse mænd var 9 gange større og blandt hjemløse kvinder 31 gange større end for den generelle canadiske befolkning (74). Det er undersøgt, at prostituerede i Colorado Springs, USA, havde en overdødelighed på ca. 6 gange i forhold til den generelle befolkning (58). Et australsk studie blandt de hjemløse skizofrene i Sydney har ligeledes fundet en overdødelighed på næsten 4 gange for mænd og 3 gange for kvinder sammenlignet med den generelle australske befolkning (72).

I en oversigtsartikel fra 2005 sammenlignes dødeligheden blandt de hjemløse i seks forskellige byer: Stockholm, Philadelphia, Boston, New York, Toronto og København. Trods forskelligartede metoder til indsamling af data i de forskellige lande konkluderes det i rapporten, at de hjemløse generelt har en dødelighed, der er 3-4 gange højere end den generelle befolkning (75).

*Selv mord:* Enkelte danske studier viser, at der er en markant øget risiko for selvmord blandt de socialt udsatte. I "Projekt X-felt" svarede 11%, at de havde haft alvorlige selvmordstanker før behandlingsstart (33), og en opfølgingsundersøgelse har vist, at selvmord blandt hjemløse var 6 gange højere end i den generelle danske befolkning (69). En anden dansk undersøgelse af 86 dødsfald på socialpsykiatriske bopæl i Københavns kommune viste, at 7% af dødsfaldene skyldtes selvmord (41). Ca. 30% af stofmisbrugere lider af en depression, og hvis de begår selvmord, er det ikke sikkert, at de bliver registreret som selvmord men som forgiftningsdødsfald (70).

I en dansk artikel fra 1993 beskrives det, at 80% af dødsfald blandt stofmisbrugere skyldtes forgiftninger, og at dødsårsagen i 10-20% af tilfældene var selvmord. Der er dog stor usikkerhed om, hvorvidt forgiftningerne skyldtes ulykker eller selvmord. Antallet af selvmord blandt stofmisbrugere kan således i realiteten være langt højere (76). Et engelsk studie har undersøgt

selvmord blandt hjemløse i England og Wales (N=131) og de fandt, at de mennesker, der begik selvmord, overvejende var skizofrene ugifte mænd, ofte med et alkohol- eller stofmisbrug (77).

### **Delkonklusion: Socialt udsattes sygelighed og dødelighed**

Flere undersøgelser viser, at de socialt udsatte i Danmark har et dårligt fysisk og psykisk helbred. De socialt udsatte har en meget større risiko end den generelle baggrundsbefolkning for at dø tidligt. Særligt er de hjemløse kvinder i højere risiko for at blive syge og dø tidligt.

Socialt udsatte lider af en lang række alvorlige sygdomme, og deres helbred er generelt dårligere end den danske baggrundsbefolkning. Sygdommene kan ifølge litteraturen være meget alvorlige af flere årsager; fattigdom, opsøger ikke hjælp, følger ikke behandlingsanvisninger, kognitiv svækkelse og påvirkning af at være socialt udsat. Vi ved meget lidt om de socialt udsattes sygelighed, og hvilke faktorer der udgør de alvorligste risici for den høje dødelighed blandt disse mennesker. En grundig undersøgelse af sygelighed blandt de særligt udsatte i Danmark ville være af stor betydning for planlægning af forebyggende indsatser, der vil kunne højne sundheden og mindske dødeligheden blandt disse mennesker.

## **Sammenfatning**

Der findes ikke danske studier, der specifikt undersøger den samlede gruppe af socialt udsatte, og vi ved derfor kun meget lidt om disse menneskers sundhedsvaner, helbred og sygelighed. Der er kun lavet få undersøgelser, der har fokus på de sindslidendes fysiske helbred, og kun i meget få studier har man adspurgt deltagerne om de helt basale behov for at kunne leve et sundt liv, såsom nærende kost, søvn/hvile og mulighed for behandling af sygdom. Vi ved ikke, hvilke problemer der i det daglige fylder mest, og hvilke foranstaltninger der kan lette og forbedre dagligdagen blandt de socialt udsatte.

Der er behov for en stor undersøgelse, der inddrager alle grupper af socialt udsatte, både de prostituerede misbrugere, de sindslidende med dobbeltdiagnoser, de hjemløse og misbrugerne.

En systematisk tilgang til at undersøge de socialt udsattes sundhed ville give os en viden om, hvilke behov der er for såvel en forebyggende som en behandlende indsats, og dermed give grundlag for at forbedre det psykiske, sociale og fysiske helbred blandt de mest udsatte i Danmark.

## **Bilag A. Definitioner af socialt udsatte**

### *Stof- og alkoholmisbrugere*

Ifølge verdenssundhedsorganisationen WHO bliver brug til misbrug, når forbruget har et sådant omfang og sker på en sådan måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for individet og/eller dennes omverden (78).

### *Hjemløse*

Hjemløse omfatter både mennesker, som af mange forskellige grunde er hjemløse eller funktionelt hjemløse og mennesker, som cirkulerer mellem forskellige behandlingstilbud. Ud over deres boligmæssige vilkår er der tale om mennesker med mere eller mindre komplekse sociale, psykiske og psykiatriske problemer og ofte med misbrugsproblemer, som spiller en afgørende rolle for deres adfærd og livsstil (79).

### *Sindslidende*

Hvorvidt en person, der er ramt af en psykisk lidelse, oplever social udsathed, marginalisering eller udstødning, afhænger, ifølge Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte, af en række faktorer så som:

- personlighed og adfærd
- socialt netværk og livsform
- karakteren af den psykiske lidelse
- adgang til relevant støtte, hjælp og behandling
- omverdenens rummelighed og holdninger
- forskelsbehandling og stigmatisering
- adgang til bolig, uddannelse, forsørgelse, arbejde m.v.

Den sociale udsathed, marginalisering eller udstødning kan forværres af (mis)brug af legale eller illegale rusmidler, tvang, overgreb, hjemløshed og kriminalitet (80).

### *Prostituerede*

Ifølge Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte udspiller prostitution sig på et marked med en køber og en sælger af seksuelle ydelser samt en række aktører, der bidrager til og profiterer på opretholdelsen af markedet. Sælgeren af prostitution har traditionelt været eksponeret og stemplet i samfundet, mens kunderne har været usynlige. Der er for alle prostituerede store sociale og helbredsmæssige risici forbundet med at være prostitueret, og prostitutionsdebut har ofte baggrund i økonomiske og sociale problemer (81).

## Bilag B. Søgestrategi og metode

Der søges med nedenstående strategi bredt efter rapporter og afhandlinger på danske forskningsinstitutters hjemmesider, ministerielle publikationer, universiteter, tidsskrifter, fagblade, PubMed/MedLine og bredt på Google, samt Google Scholar. Når der søges efter studier på PubMed/MedLine bruges de samme søgetermer, som når der søges efter udenlandske studier.

### a. Søgning efter danske studier

*Strategi for litteraturgennemgang:* Socialt udsattes sundhedsadfærd, helbred og sygelighed

*Søgetermer for socialt udsatte:* Hjemløse, narkomaner, prostituerede, sindslidende, alkoholikere, socialt belastede, marginaliserede, udstødte, misbrugere, stofmisbrugere, stofafhængig, sårbare, socialt ekskluderede, fattigdom, stigmatiserede.

*Søgetermer for sundhedsvaner:* Rygning, kost, motion, alkohol, misbrugsformer/sidemisbrug.

*Søgetermer for helbred:* Helbredsrelateret livskvalitet, selv vurderet helbred, brug af sundhedsvæsenet, holdninger til socialt udsatte i sundhedsvæsenet, sociale konsekvenser af udsathed (sociale relationer, ensomhed, bolig), mødet med behandlersystemet.

*Søgetermer for sygelighed:* Sygdomme, cancer, hepatitis, infektionssygdomme (inkl. HIV og AIDS, tuberkulose), seksuelt overførte sygdomme, tandpleje, tandstatus, depression, psykose, skizofreni, selvmord, hudsygdomme, eksem, hjerte-karsygdomme, handicap, indlæggelsesårsager, ulykker, overdosis, skader, forgiftninger, dødsårsager.

### **Tidsbegrænset søgning:**

Danske studier: 1986 – 2006

Udenlandske studier: 1997 – 2006

## **b. Søgning efter udenlandske studier**

*Søgestrategi:* Søgestrategien omfatter to trin og er udført efter Cochrane's anbefalinger (82):

1. trin: Først har vi søgt artikler omhandlende socialt udsatte, der blev fundet via MedLine/Pubmed. Vi har inkluderet alle studier, der indeholdt følgende Key Words (*KW*): vulnerable populations OR vulnerable people OR Hard-to-Reach populations OR special needs populations OR at-risk populations OR socially exposed OR socially excluded OR marginalized OR homeless OR homelessness OR drug addicts OR prostitutes OR mentally disorders OR mental illness OR abuse OR alcoholics OR drug addiction.

Der næst i kombination (AND) med specifikke helbredsvariable: health OR lifestyle OR well being OR quality of life OR self-rated health OR self perceived health OR social relations OR illness OR smoking OR exercise OR drinking patterns OR diet OR nutrition OR nutritional status.

Søgeord (*terms anywhere*) for specifikke sygdomme anvendtes: Cancer OR hepatitis OR infectious diseases OR HIV/AIDS OR sexually transmitted diseases OR dental status OR depression OR psychotic OR schizophrenia OR suicide OR skin disease OR eczema OR cardiovascular disease OR handicapped OR accidents OR poisoning OR overdose. Vi kombinerede ovenstående søgning med udvalgte Medical Subject Headings (*MeSH*).

MeSH termer for socialt udsatte var: Homeless persons, behaviour addictive, social problems, prostitution, mental disorders, mentally ill persons, vulnerable populations.

Samme søgetermer i forskellige kombinationer på Rex, PubMed, Google og Google Scholar.

2. trin: Blandt de studier, der indeholdt mindst et af søgetermerne fra 1. trin, ekskluderedes alle efter følgende eksklusionskriterier:

- ▶ Studier som ikke var publiceret på engelsk, dansk, svensk eller norsk
- ▶ Studier der ikke omhandlede voksne mennesker >18 år
- ▶ Studier publiceret før 1997.

Denne eksklusion fandt sted ved at benytte de mulige "limits-funktioner" i MedLine, advanced search.

## Referencer

- (1) Socialministeriet. En "Mission Impossible" at sætte tal på socialt udsatte. Hjemmeside. [http://www.social.dk/det\\_sociale\\_system/socialpolitik/socialpol\\_aarsmoeder/Socialpolitisk\\_aarsmoede\\_2006/Anette\\_Nicolaisens\\_oplaeg.html](http://www.social.dk/det_sociale_system/socialpolitik/socialpol_aarsmoeder/Socialpolitisk_aarsmoede_2006/Anette_Nicolaisens_oplaeg.html). 2006.
- (2) Socialministeriet. De udsatte grupper. Fra kanten af samfundet til kernen i socialpolitikken - socialpolitik på brugernes præmisser. København: Socialministeriet. 2002.
- (3) Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. Hjemmeside. <http://www.vfcudsatte.dk/>. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte 2006.
- (4) Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. Redegørelse om prostitution i Danmark. Oplæg til en handlingsplan på prostitutionsområdet. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. 2004.
- (5) Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. Prostitutionens omfang og former. Hjemmeside. <http://www.vfcudsatte.dk/page757.asp>. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. 2006.
- (6) Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. Kompetencecenter prostitution. Fakta. Hjemmeside. <http://www.kcprostitution.dk/page720.asp>. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. 2006.
- (7) Kommissariatet for arbejdsgruppen om amternes indsats for sindslidende misbrugere. Rapport om amternes indsats for sindslidende misbrugere. Dokumentnummer: 428480 ed. Psykiatrichef - og socialchefkredsen. 2005.
- (8) Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Opfølgning på kvalitetsvurderinger og mål: Sektorplan for Københavns Kommunes indsats over for stofafhængige 2001-2003. København: Københavns Kommune. 2003.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Stofmisbrugere i behandling 2005. Årgang 10, nr. 13. København: Sundhedsstyrelsen. 2006.
- (10) Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen. Den offentlige indsats på alkoholområdet. Rapport fra en arbejdsgruppe nedsat af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen. København. 2002.
- (11) Pilely T, Brandt P. Posefolket. Projekt UDENFOR. København. 1998.
- (12) Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. Statistik. Hjemløshed. Hjemmeside. <http://www.vfcudsatte.dk/page228.asp>. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. 2006.
- (13) Kjølner M., Rasmussen N.K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 - og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed. 2002.
- (14) Kjaer SK, Svare EI, Worm AM, Walboomers JM, Meijer CJ, van den Brule AJ. Human papillomavirus infection in Danish female sex workers. Decreasing prevalence with age despite continuously high sexual activity. Sex Transm Dis 2000; 27(8):438-445.



- (15) Beijer U, Feltsen E, Frithiof L, Halldin J, Ljung R, Palma P et al. En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm. Stockholm: Stockholms läns landsting; Samhällsmedicin; Karolinska Institutet, avdelning for socialmedicin. 2001.
- (16) Connor SE, Cook RL, Herbert MI, Neal SM, Williams JT. Smoking cessation in a homeless population: there is a will, but is there a way? *J Gen Intern Med* 2002; 17(5):369-372.
- (17) Malmauret L, Leblanc J, Cuvelier I, Verger P. Dietary intakes and vitamin status of a sample of homeless people in Paris. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56(4):313-320.
- (18) Lee TC, Hanlon JG, Ben David J, Booth GL, Cantor WJ, Connelly PW et al. Risk factors for cardiovascular disease in homeless adults. *Circulation* 2005; 111(20):2629-2635.
- (19) Bradshaw CS, Pierce LI, Tabrizi SN, Fairley CK, Garland SM. Screening injecting drug users for sexually transmitted infections and blood borne viruses using street outreach and self collected sampling. *Sex Transm Infect* 2005; 81(1):53-58.
- (20) Missionen blandt hjemløse hjemmeside. Missionen blandt hjemløse. Hjemmeside. <http://www.hjemlos.dk/>. 2. 2005.
- (21) Københavns Kommune FoA. Evalueringsrapport for sundhedsprojektet, kontaktstedet Mændenes Hjem og kontaktstedet Forchammersvej. 2005.
- (22) Engelhardt L., Larsen C.K., Pedersen A.M., Nyfos A. I Øjenhøjde. Rapport fra Kirkens Korshærs Natcafé og varmemestue i Stengade på Nørrebro i København. 2001.
- (23) Forrester JE. Nutritional Alterations in Drug Abusers With and Without HIV. 3 ed. *American Journal of Infectious Diseases*. 2006.
- (24) Johnson LJ, McCool AC. Dietary intake and nutritional status of older adult homeless women: a pilot study. *J Nutr Elder* 2003; 23(1):1-21.
- (25) Andersen K, Koch K, Borritz A. Motion og psyke. Hjemmeside. [http://www.sst.dk/publ/materialer/motion/motion\\_psyke/index.html](http://www.sst.dk/publ/materialer/motion/motion_psyke/index.html). København: Sundhedsstyrelsen. 2006.
- (26) Udenfor. Gadefodbold - En aktivitet der giver mening. Hjemmeside. [http://www.udenfor.dk/docushare/dscgi/ds.py/Get/File-184/Gadefodbold\\_-\\_en\\_aktivitet\\_der\\_giver\\_mening.pdf](http://www.udenfor.dk/docushare/dscgi/ds.py/Get/File-184/Gadefodbold_-_en_aktivitet_der_giver_mening.pdf). 2006.
- (27) Skov RK, Özhayat MB, Rasmussen JP, Poulsen DA. Gadefodbold for skæve eksisterer. Bachelorprojekt. Ergoterapeutuddannelsen i København. 2005.
- (28) Sørensen C. På den skæve klinge. Beretning fra et anderledes cykelløb. Fredericia: Landsforeningen af VæreSteder. 2006.
- (29) Quine S, Kendig H, Russell C, Touchard D. Health promotion for socially disadvantaged groups: the case of homeless older men in Australia. *Health Promot Int* 2004; 19(2):157-165.
- (30) Palmer C. Exercise as a treatment for depression in elders. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17(2):60-66.

- (31) Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol* 2002; 156(4):328-334.
- (32) Ishoy T, Ishoy PL, Olsen LR. [Street prostitution and drug addiction]. *Ugeskr Laeger* 2005; 167(39):3692-3696.
- (33) Petersen H. Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. København: Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune. 2005.
- (34) Pedersen MU. Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2001.
- (35) Brandt P. Om yngre hjemløse i København. København: Fagl's Forlag. 1992.
- (36) Steentoft A, Teige B, Holmgren P, Vuori E, Kristinsson J, Hansen AC et al. Fatal poisoning in Nordic drug addicts in 2002. *Forensic Sci Int* 2006; 160(2-3):148-156.
- (37) Socialstyrelsen. Hemlösa i Sverige 1999. Vilka är de och vilken hjälp får de? Stockholm: Socialstyrelsen. 2000.
- (38) Benum V. Veien videre. Tibudet til mennesker med både alvorlig rusmiddelmisbruk og alvorlig psykisk lidelse sett i lys av erfaringer fra RoP 2002-2004. 2004.
- (39) Salize HJ, Dillmann-Lange C, Stern G, Kentner-Figura B, Stamm K, Rössler W et al. Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction* 2002; 97(12):1593-1600.
- (40) Institut for Fremtidforskning. Sundhedsvæsenet i fremtiden. København: Sundhedsministeriet. 1999.
- (41) Embedslægeinstitutionen for Københavns og Frederiksberg kommuner. Dødsfald blandt 18- til 64-årige beboere på Københavns Kommunes socialpsykiatriske bocentre. København: Sundhedsstyrelsen. 2006.
- (42) Chau S, Chin M, Chang J, Luecha A, Cheng E, Schlesinger J et al. Cancer risk behaviors and screening rates among homeless adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002; 11(5):431-438.
- (43) World Health Organization. Redefining Health. Hjemmeside. [http://www.who.int/bulletin/bulletin\\_board/83/ustun11051/en/](http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/). World Health Organization. 2005.
- (44) Stax TB. Én gang socialt marginaliseret - altid...? En analyse af ca. 1000 menneskers livsforløb efter ophold på forsorgshjem, herberger, krisecentre mv. i '88-'89. København: Socialforskningsinstituttet. 1999.
- (45) D'Ambrosio C, Bowman T, Mohsenin V. Quality of life in patients with obstructive sleep apnea: effect of nasal continuous positive airway pressure - a prospective study. *Chest* 1999; 115(1):123-129.
- (46) Iliescu EA, Coe H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA et al. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18(1):126-132.

- (47) Hofstetter JR, Lysaker PH, Mayeda AR. Quality of sleep in patients with schizophrenia is associated with quality of life and coping. *BMC Psychiatry* 2005; 5(1):13.
- (48) Wilson M. Health-promoting behaviors of sheltered homeless women. *Fam Community Health* 2005; 28(1):51-63.
- (49) Hser YI, Gelberg L, Hoffman V, Grella CE, McCarthy W, Anglin MD. Health conditions among aging narcotics addicts: medical examination results. *J Behav Med* 2004; 27(6):607-622.
- (50) Nyamathi A, Berg J, Jones T, Leake B. Predictors of perceived health status of tuberculosis-infected homeless. *West J Nurs Res* 2005; 27(7):896-910.
- (51) Døssing L, Heindorf J, Mainz H. Opsøgende arbejde blandt prostituerede. Arbejdsrapport. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. 2005.
- (52) Geerdsen L.P., Koch-Nielsen I., Vinther H., Christensen H., Christensen V.T. Ud af hjemløshed? Om livet efter ophold på en institution for hjemløse. København: Socialforskningsinstituttet. 2005.
- (53) Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ* 2001; 164(2):229-233.
- (54) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2002.
- (55) Rokach A. Private lives in Public Places: Loneliness of the Homeless. *Social Indicators Research* 2005; 72: 99-114.
- (56) FEANTSA. The Right to Health is a Human Right: Ensuring Access to Health for People who are Homeless. Annual European Report ed. The European Federation of National Organisations Working with the Homeless. 2006.
- (57) Power R, French R, Connelly J, George S, Hawes D, Hinton T et al. Health, health promotion, and homelessness. *BMJ* 1999; 318(7183):590-592.
- (58) Potterat JJ, Brewer DD, Muth SQ, Rothenberg RB, Woodhouse DE, Muth JB et al. Mortality in a long-term open cohort of prostitute women. *Am J Epidemiol* 2004; 159(8):778-785.
- (59) Sundhedsstyrelsen. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Dødsfald blandt stofmisbrugere 1996 - 2002. Årgang 8, nr. 14. København: Sundhedsstyrelsen. 2004.
- (60) Fich C., Brünés N. Sygepleje blandt stofmisbrugere. Hjemmeside. <http://www.misbrugsnet.dk/fagligt/Sygeplejerapport.pdf>. København: Familie - og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune. 2000.
- (61) Christensen PB. Epidemiology of hepatitis C. *Ugeskr Laeger* 1998; 160(24):3529-3532.
- (62) Fuglsang T, Fouchard JR, Ege PP. Prevalence of HIV and hepatitis B and C among drug addicts in the city of Copenhagen. *Ugeskr Laeger* 2000; 162(27):3860-3864.
- (63) Statens Serum Institut. EPI-NYT. Overvågning og forebyggelse af smitsomme sygdomme. 2005.

- (64) Sundhedsstyrelsen. Tandplejeprognose. Udbud og efterspørgsel for tandplejepersonale i Danmark 2000-2020. København: Sundhedsstyrelsen. 2001.
- (65) Østergaard P, Frandsen L M. Hjemløse: livsforhold og orale forhold. Tandlægebladet, 8. udg. 2006.
- (66) Lempens A, van de MD, Barendregt C. Homeless drug users in Rotterdam, the Netherlands: profile, way of life, and the need for assistance. *Subst Use Misuse* 2003; 38(3-6):339-375.
- (67) Jessen-Petersen B. De gale, de skæve, de fordrukne. Lægen, 15 ed. Københavns Lægeforening. 1997.
- (68) Buhrich N, Hodder T, Teesson M. Schizophrenia among homeless people in inner-Sydney: Current prevalence and historical trends. 1 ed. Sydney: *Journal of Mental Health*. 2003.
- (69) Nordentoft M, Wandall-Holm NE. 10-year follow-up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *Ugeskr Laeger* 2004; 166(18):1679-1681.
- (70) Sundhedsstyrelsen. Mindblow.dk - din vej ud af stofproblemer. Hjemmeside. <http://www.mindblow.dk/sider/hvemhvadhvor.html>. København: Sundhedsstyrelsen. 2006.
- (71) Cheung AM, Hwang SW. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ* 2004; 170(8):1243-1247.
- (72) Babidge NC, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103(2):105-110.
- (73) The New York City Departments of Health and Mental Hygiene and Homeless Services. The Health of Homeless Adults in New York City. A report from the New York City Departments of Health and Mental Hygiene and Homeless Services. New York City: 2005.
- (74) Roy E, Boivin JF, Haley N, Lemire N. Mortality among street youth. *Lancet* 1998; 352(9121):32.
- (75) O'Connell J. Premature Mortality in Homeless Populations: A Review of the Literature. Nashville: National Health Care for the Homeless Council. 2005.
- (76) Ege PP. Fatalities among drug users. *Ugeskr Laeger* 1993; 155(29):2239-2240.
- (77) Bickley H, Kapur N, Hunt IM, Robinson J, Meehan J, Parsons R et al. Suicide in the homeless within 12 months of contact with mental health services: A national clinical survey in the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(9):686-691.
- (78) World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Hjemmeside. [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html). World Health Organization. 2006.

- (79) Socialministeriet. "Boliger og hjem for særligt udsatte". Hjemmeside. <http://www.social.dk/netpublikationer/2004/p9boliger0410/index.htm> . København: Socialministeriet. 2004.
- (80) Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. Sindslidelser. Hjemmeside. <http://www.vfcudsatte.dk/page99.asp>. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. 2006.
- (81) Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. Prostitution. Hjemmeside. <http://www.vfcudsatte.dk/page156.asp>. København: Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte. 2006.
- (82) Jackson N. Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions. Handbook. The Cochrane Collaboration. 2005.

# **Sundhedsprofil for socialt udsatte baseret på SUSY 2005**

**Januar 2007**

**Udarbejdet af**

Anne Illemann Christensen

Michael Davidsen

Ulrik Hesse



## Metode og materiale

### *Formål*

Det overordnede formål med nærværende sundhedsprofil er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte. Beskrivelsen omfatter forekomst og fordeling af helbredsrelateret livskvalitet, funktionsevne, sygdom, sygelighed samt faktorer, der har betydning for sundhedstilstanden som for eksempel sundhedsadfærd, sundhedsvaner og livsstil.

### *Datamateriale*

Sundhedsprofilen baseres på oplysninger fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). SUSY-2005 er en repræsentativ, national stikprøveundersøgelse af den voksne danske befolkning, der gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Den samlede stikprøve i SUSY-2005 er på 21.832 personer. Der er i alt opnået interview med 14.566 personer – svarende til en samlet svarprocent på 66,7 procent. Undersøgelsen er gennemført dels som personlige interviews på baggrund af et spørgeskema og dels ved brug af et selvadministreret spørgeskema, der udleveres til respondenten efter det personlige interview. Der er indsamlet data om befolkningens sundhed og sygelighed, livsstil og levevilkår, konsekvenser af sygdom og helbredsgener, brug af sundhedsvæsenets ydelser og af alternativ behandling samt en række sociale og demografiske baggrundsoplysninger.

### *Definition af socialt udsatte*

Ifølge Socialministeriet omfatter socialt udsatte følgende grupper: Stofmisbrugere, personer med et så omfattende og ødelæggende alkoholmisbrug at de har behov for behandlingstilbud, behandlingskrævende sindslidende, prostituerede og hjemløse. Socialt udsatte hjemløse, misbrugere og sindslidende benævnes af Socialministeriet ”som personer, der lever i samfundets yderkanter, personer der ofte har et dårligt helbred, der sjældent har tilknytning til arbejdsmarkedet, og som ikke drager nytte af samfundets almindelige tilbud til borgerne. Typisk indgår disse mennesker heller ikke i familiemæssige eller andre sociale sammenhænge”.

Definitionen fra Socialministeriet kan ikke umiddelbart anvendes for datamaterialet i SUSY-2005. Dette skyldes, at en stor del af personerne omfattet af definitionen ikke vil eller kan deltage i en interviewundersøgelse som SUSY-2005 eller ikke vil give de nødvendige oplysninger i et interview. I nærværende sundhedsprofil er der identificeret nogle befolkningsgrupper, der nærmer sig ovennævnte definition.



I nærværende sundhedsprofil er følgende grupper af socialt udsatte defineret:

- personer med problematisk alkoholforbrug (personer, der i den sidste måned 10 eller flere gange har drukket mindst 5 genstande)
- psykisk svage (personer, der indenfor de sidste 14 dage har været meget generet af enten ængstelse, nervøsitet, uro, angst eller nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig og samtidig ikke er erhvervsmæssigt beskæftiget)
- socialt dårligt stillede (personer, der er førtidspensionister, langtidssyge (mindst 3 måneder), modtager kontanthjælp/bistandsydelse eller er under revalidering og samtidig har haft svært ved at betale deres regninger i nogle få måneder eller mere inden for det sidste år).
- personer med dårligt socialt netværk (personer, der aldrig eller sjældent ser familie, aldrig eller sjældent ser venner eller ofte er alene, selvom de ikke ønsker det).

De ovenfor definerede grupper er yderligere begrænset ved følgende kriterier:

- gruppen må ikke være for lille. Dette er et rent statistisk kriterium, som blandt andet skal sikre statistisk styrke i de fremsatte udsagn og sikre, at der kan korrigeres for alder.
- det er ikke nødvendigt, at grupperne er entydigt defineret – én person kan godt optræde i mere end én gruppe.

Endvidere er der defineret en gruppe, der ikke er socialt udsatte. Gruppen er defineret som personer, der ikke opfylder nogen af de fire kriterier. Gruppen benævnes 'ikke socialt udsatte'.

I nærværende notat er analyserne begrænset ved følgende kriterier:

- kun 16-64-årige.
- kun oplysninger fra interview.

### Beskrivelse af grupperne

I nedenstående beskrives fordeling og andel i de enkelte grupper.

Tabel 1.1: Antal og andel med problematisk alkoholforbrug. Alder 16-64 år.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	11437	98,9
Ja	117	1,1

Tabel 1.2: Antal og andel af psykisk svage. Alder 16-64 år.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	11308	97,9
Ja	246	2,1

Tabel 1.3: Antal og andel af socialt dårligt stillede. Alder 16-64 år.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	11367	98,4
Ja	187	1,6

Tabel 1.4: Antal og andel med dårligt socialt netværk. Alder 16-64 år.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	11100	96,1
Ja	454	3,9

Tabel 1.5: Antal og andel af socialt udsatte. Alder 16-64 år.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	10692	92,5
Ja	862	7,5

## Sundhed og helbredsrelateret livskvalitet

I dette kapitel sættes der fokus på den subjektive, oplevelsesmæssige dimension af sundhed og helbred. Den handler om, hvordan den enkelte person oplever eget helbred. Det er ofte hævdet, at subjektive beskrivelser og observationer er fejlkilder i videnskabelige undersøgelser. Her er der imidlertid tale om en anderledes problemstilling, idet det netop er svarpersonernes egen oplevelse og vurdering af deres sundheds- og helbredstilstand, der er genstandsfeltet. Det er svarpersonerne og kun dem, der kan rapportere om, hvordan de oplever deres sundhedstilstand.

### *Helbredsrelateret livskvalitet*

Afsnittet tager udgangspunkt i indikatorerne selvvurderet helbred og oplevelsen af at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til. Indikatorerne er to forskellige mål for, hvorledes en person oplever og vurderer eget helbred og helbredsrelateret livskvalitet.

### *Selvvurderet helbred*

Selvvurderet helbred er en særdeles god prædikator for sygelighed og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode. Der er forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første fremhæves, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor svarpersonen bruger forskellige kilder i sin vurdering, det vil sige ikke blot aktuel helbredssituation men også udviklingen heri gennem hele livsforløbet, kendskabet til sygelighed og dødelighed i familien samt viden og vurdering af egen helbredssituation i forhold til andre jævnaldrende. For det andet fremhæves, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes personen reagerer på egen sygdom (for eksempel at man tager den medicin, man er blevet ordineret) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. Alt sammen faktorer der er af betydning for sygelighed og dødelighed. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom (for eksempel oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte). I SUSY-2005 er selvvurderet helbred belyst ved spørgsmålet: Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed? <sup>1</sup>

I tabel 2.1 vises forekomsten af personer, der vurderer eget helbred som værende dårligt eller meget dårligt i de enkelte grupper samt opdelt på køn og alder. Det fremgår, at forekomsten af personer, der vurderer eget helbred som værende dårligt eller meget dårligt, er højest blandt de socialt dårligt stillede (35,1%). Forekomsten er endvidere høj blandt psykisk svage (28,9%).

---

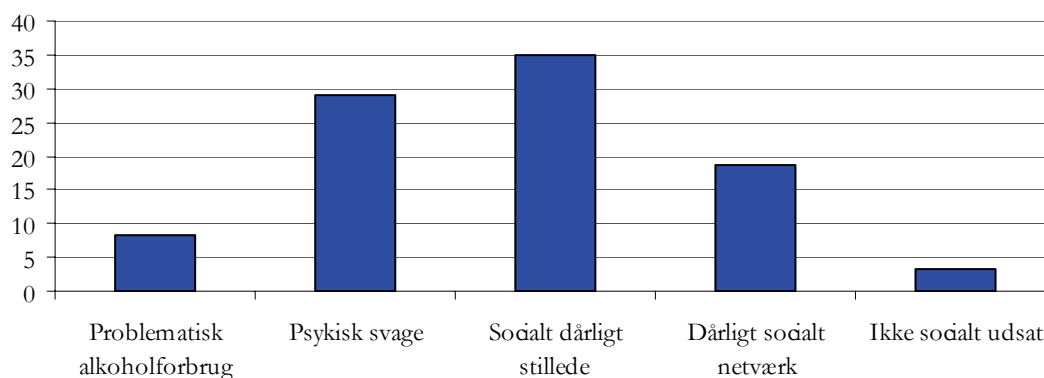
<sup>1</sup> I interviewguiden er alle spørgsmålene formuleret med tiltaleformen De, for at intervieweren har mulighed for at vælge den tiltaleform, der er mest velegnet i den enkelte situation.

Forekomsten af personer med dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred er lavest blandt de ikke socialt udsatte (3,3%), men den er også relativt lav blandt personer med problematisk alkoholforbrug (8,3%). Overordnet er forekomsten den samme blandt mænd og kvinder. For alle grupper gælder, at forekomsten af personer med dårligt eller meget dårligt selv vurderet helbred er højere blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 2.1. Andel med dårligt eller meget dårligt helbred. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	8,3	8,3	8,6	0,7	11,0
Psykisk svage	28,9	29,7	28,6	16,1	33,4
Socialt dårligt stillede	35,1	34,7	35,4	25,8	37,8
Dårligt socialt netværk	18,6	16,7	20,8	8,0	23,0
Ikke socialt udsat	3,3	2,8	3,8	1,3	4,3

Figur 2.1 Andel med dårligt eller meget dårligt helbred. Procent.



### *At være frisk nok*

Et andet mål for helbredsrelateret livskvalitet er, som nævnt, oplevelsen af at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til. I SUSY-2005 er dette belyst ved spørgsmålet: Føler du dig frisk nok til at gøre det, som du har lyst til at gøre.

I tabel 2.2 fremgår andelen, der aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, som de har lyst til, i de enkelte grupper samt opdelt på køn og alder. Den største andel ses blandt socialt dårligt stillede, hvor 36,4% angiver, at de aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, som de har lyst til. Ligeledes er der en stor andel blandt psykisk svage (30,3%), der angiver, at de aldrig eller næsten aldrig er friske nok til at gøre, som de har lyst til. Den mindste

andel ses blandt ikke socialt udsatte. Her angiver kun 4,6%, at de aldrig eller næsten aldrig er friske nok til at gøre, som de har lyst til. Også blandt personer med problematisk alkoholforbrug er der en relativt lav andel (7,8%), der aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, som de har lyst. Overordnet er andelen, der aldrig eller næsten aldrig er friske nok til at gøre, som de har lyst, større blandt kvinder end blandt mænd. Det gælder for alle grupper, at andelen, der aldrig eller næsten aldrig er friske nok til at gøre som de har lyst, er større blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 2.2. Andel der aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, som de har lyst til. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	7,8	6,3	13,1	2,0	9,8
Psykisk svage	30,3	30,3	30,3	18,2	34,5
Socialt dårligt stillede	36,4	32,2	39,2	24,5	39,8
Dårligt socialt netværk	16,1	15,3	17,2	5,6	20,5
Ikke socialt udsat	4,6	3,7	5,5	2,2	5,7

### *Psykisk funktion*

Mens forrige afsnit omhandlede de helbredsmæssige aspekter af livskvalitet, fokuserer dette afsnit på de psykiske aspekter af sundhed og livskvalitet. Dette beskrives ved en række spørgsmål om psykisk funktion og velbefindende i dagligdagen. Forekomsten af psykiske sygdomme, lidelser og gener beskrives i et senere afsnit om sygelighed.

I SUSY-2005 anvendes standardspørgeskemaet SF-36 til at beskrive helbredsrelateret livskvalitet. SF står for Short Form, idet spørgeskemaet er udviklet på grundlag af et langt mere omfattende spørgsmålsbatteri. Der indgår 36 spørgsmål i spørgeskemaet inden for i alt otte forskellige helbredsområder, som antages at være universelle og repræsentere basal menneskelig funktion og velbefindende. Der er således tale om et spørgsmålsbatteri, der måler sundhedsstatus generelt, uafhængigt af for eksempel alder, sygdom eller behandling. De otte forskellige helbredsområder (skalaer) er: Fysisk funktion, fysisk betingede begrænsninger, fysisk smerte, alment helbred, vitalitet, social funktion, psykisk betingede begrænsninger og psykisk velbefindende. I nærværende sundhedsprofil er det alene psykisk funktion, der er belyst.

I tabel 2.3 vises andelen af personer, der har god psykisk funktion, i de enkelte grupper samt opdelt på køn og alder. Andelen af personer, der har god psykisk funktion, er mindre i alle grupper af socialt udsatte end blandt ikke socialt udsatte. Socialt dårligt stillede og psykisk syge er de grupper, hvor den mindste andel angiver, at de har god psykisk funktion. Her er det kun henholdsvis 4,7% og 7,5%, der angiver, at de har god psykisk funktion. Den største andel med

god psykisk funktion ses blandt ikke socialt udsatte (36,5%). Blandt personer med problematisk alkoholforbrug er der også en relativt høj andel, der har god psykisk funktion (26,5%). I gruppen af psykisk svage angiver næsten lige store andele blandt mænd (7,7%) og blandt kvinder (7,5%), at de har god psykisk funktion. I gruppen af socialt dårligt stillede er der en større andel blandt kvinder (5,3%), der har god psykisk funktion, end blandt mænd (3,7%).

Tabel 2.3 Andel der har god psykisk funktion. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	26,5	26,6	26,1	16,6	29,1
Psykisk svage	7,5	7,7	7,5	3,1	8,8
Socialt dårligt stillede	4,7	3,7	5,3	10,8	3,2
Dårligt socialt netværk	15,7	17,7	13,7	20,8	13,9
Ikke socialt udsat	36,5	39,8	33,7	30,1	39,2

### *Tandstatus*

Tandsundheden i befolkningen er i SUSY-2005 belyst ved et enkelt spørgsmål, hvor svarpersonerne skal oplyse, hvor mange af deres egne tænder de har tilbage. Tyve eller flere egne tænder anses for at være et funktionelt naturligt tandsæt.

Der er flere årsager til, at voksne mennesker får trukket blivende tænder ud. De rent sygdomsmæssige årsager er først og fremmest huller i tænderne samt parodontale lidelser. Men tandudtrækning kan også ske i forbindelse med tandregulering eller behandling med tandprotese. I nedenstående tabel vises andelen i de enkelte grupper, der har 20 eller flere egne tænder tilbage.

Andelen, der har 20 eller flere egne tænder tilbage, er mindst blandt socialt dårligt stillede (76,5%). I denne gruppe er andelen mindre blandt mænd (72,2%) end blandt kvinder (79,3%). Endvidere ses en lille andel blandt psykisk svage. Her angiver 77,5%, at de har 20 eller flere egne tænder tilbage. Andelen er størst blandt ikke socialt udsatte (93,5%). For alle grupper gælder, at andelen, der har 20 eller flere egne tænder tilbage, er større blandt de 16-34 årige end blandt de 35-64 årige.

Tabel 2.4 Andel der har 20 eller flere egne tænder tilbage. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	88,8	89,5	86,2	98,6	85,4
Psykisk svage	77,5	80,1	76,4	100	69,5
Socialt dårligt stillede	76,5	72,2	79,3	100	69,6
Dårligt socialt netværk	86,9	86,7	87,1	100	81,4
Ikke socialt udsat	93,5	93,3	93,7	99,5	90,6

### *Opsamling sundhed og helbredsrelateret livskvalitet*

Overordnet er sundhed og livskvalitet blandt de socialt udsatte grupper dårligere end blandt de ikke socialt udsatte. I forhold til helbredsrelateret livskvalitet og tandstatus er det de socialt dårligt stillede, der i størst omfang angiver, at de har et dårligt selv vurderet helbred, ikke er friske nok til at gøre, som de har lyst til, har dårlig psykisk funktion og en dårlig tandstatus.

## **Sundhedsadfærd**

I dette kapitel belyses forskellige perspektiver af sundhedsadfærd blandt socialt udsatte. Sundhedsadfærd forstås som den del af en persons livsstil, der har indvirkning på eller betydning for den enkelte persons sundhed og helbred. Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at opnå sundhed eller for at undgå sygdom. Der kan endvidere være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser.

Sundhedsadfærd kan betragtes som en epidemiologisk risikofaktor. Det er vigtigt at kunne måle præcist, i hvilken udstrækning den enkelte person udfører sundhedsfremmende eller -skadelig adfærd. Det kan eksempelvis være, hvorvidt en person er fysisk aktiv i det anbefalede omfang eller udsætter sig for helbredsrisici i form af rygning eller i form af uhensigtsmæssige kostvaner.

Man kan imidlertid også betragte sundhedsadfærd ud fra et mere psykologisk eller socialpsykologisk perspektiv, hvor det er væsentligt at forstå, hvilket motiv og hvilken begrundelse, der kan være for adfærd. Her anerkendes, at normer og gruppeprocesser spiller en vigtig rolle i udformningen af en persons adfærd. Man kan for eksempel sagtens forestille sig, at personer tillægger sig en adfærd for at leve op til gruppens normer på arbejdspladsen, i skolen eller i familien, uden at der indgår overvejelser om, hvorvidt den pågældende adfærd er sund eller usund.

Den socialpsykologiske vinkel belyses i nedenstående afsnit om indsats for at bevare eller forbedre helbredet, mens risikofaktorbetraktningen afspejles i de følgende afsnit vedrørende rygning, fysisk aktivitet, alkohol, kost samt over- og undervægt.

### *Indsats for at bevare eller forbedre helbredet*

Dette afsnit belyser de psykosociale perspektiver af sundhedsadfærd. I SUSY-2005 er der spurgt til, om man gør noget for at bevare eller forbedre sit helbred. Andelen, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet i de enkelte grupper samt opdelt på køn og alder, fremgår af tabel 3.1. Andelen, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet, er mindst blandt personer med problematisk alkoholdrikkeri (71,6%). Blandt socialt dårligt stillede er der ligeledes en lille

andel, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet (72,9%). Den største andel, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet, ses blandt de ikke socialt udsatte (86,2%). Andelen, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet, er mindre blandt mænd end blandt kvinder, både blandt personer med problematisk alkoholforbrug og blandt personer, der er socialt dårligt stillede. I grupperne af personer, der er socialt dårligt stillede, er andelen, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet, mindre blandt de 16-34 årige end blandt de 35-64 årige. I de øvrige tre grupper af socialt udsatte er andelen, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet, større blandt de 16-34 årige end blandt de 35-64 årige.

Tabel 3.1 Andel der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	71,6	68,3	82,5	72,8	71,2
Psykisk svage	81,4	78,3	82,7	81,7	81,3
Socialt dårligt stillede	72,9	68,0	76,2	69,1	74,0
Dårligt socialt netværk	78,3	72,6	85,1	79,5	77,8
Ikke socialt udsat	86,2	82,5	89,9	84,7	87,0

### Rygning

En væsentlig årsag til danskernes overdødelighed er danskernes rygevaner. Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme - først og fremmest lungekræft, hjertekarsygdomme samt kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Rygning er en medvirkende faktor til knap 14.000 dødsfald om året, hvilket svarer til hvert fjerde dødsfald. Storrygere dør ca. 8-10 år for tidligt sammenlignet med personer, der aldrig har røget. Rygning har ligeledes store samfundsøkonomiske konsekvenser. Sundhedsvæsenets årlige ressourceforbrug til behandling af rygerelaterede lidelser er beregnet til kr. 4.456 mio., hvor sygehusindlæggelser bidrager med 87% af de beregnede omkostninger. Tabel 3.2 viser andelen, der ryger dagligt, i de enkelte grupper samt opdelt på køn og alder.

Tabel 3.2 Andel der ryger dagligt. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	53,4	54,8	48,6	45,5	56,1
Psykisk svage	53,5	62,9	49,7	50,8	54,5
Socialt dårligt stillede	60,3	58,9	61,2	64,0	59,2
Dårligt socialt netværk	51,8	53,7	49,4	37,4	57,7
Ikke socialt udsat	29,1	30,4	27,8	27,6	29,8

Det fremgår, at andelen, der ryger dagligt, er langt større blandt alle grupper af socialt udsatte end blandt ikke socialt udsatte (51,8-60,3% og 29,1%). Andelen, der ryger dagligt, er størst



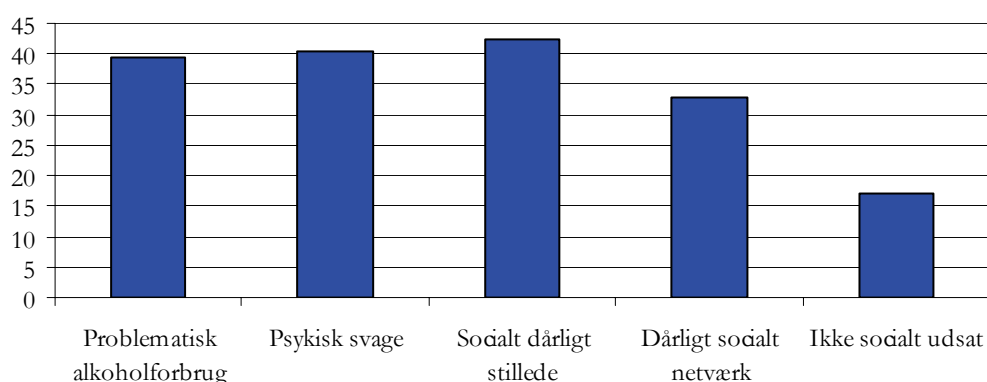
blandt personer, der er socialt dårligt stillet (60,3%). Blandt personer, der er socialt dårligt stillet, er andelen, der ryger dagligt, større blandt kvinder (61,2%) end blandt mænd (58,9%). Blandt mænd ses den største andel blandt psykisk svage (62,9%). Blandt personer, der er socialt dårligt stillet, er andelen, der ryger dagligt, større blandt de 16-34 årige end blandt de 35-64 årige. I de øvrige tre grupper af socialt udsatte er andelen, der ryger dagligt, mindre blandt de 16-34 årige end blandt de 35-64 årige. Især blandt personer med socialt dårligt netværk er der stor forskel i andelen, der ryger dagligt, i de to aldersgrupper.

Andelen, der er storrygere, dvs. ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, er størst blandt socialt dårligt stillede (42,3%) (tabel 3.3). Andelen er ligeledes stor blandt psykisk svage (40,3%) og blandt personer med problematisk alkoholforbrug (39,3%). Andelen, der er storrygere, i de enkelte grupper varierer blandt mænd og kvinder. Blandt mænd er andelen størst blandt psykisk svage (51,6%), mens den blandt kvinder er størst blandt socialt dårligt stillede (43,1%). Det gælder for alle grupper, at andelen, der er storrygere, er større blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 3.3 Andel storrygere (personer der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen). Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	39,3	41,4	32,5	27,3	43,4
Psykisk svage	40,3	51,6	35,7	40,0	40,4
Socialt dårligt stillede	42,3	41,1	43,1	37,3	43,8
Dårligt socialt netværk	32,7	37,1	27,4	19,4	38,3
Ikke socialt udsat	17,0	19,1	15,0	15,8	17,6

Figur 3.1 Andel storrygere (personer der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen). Procent.



### *Fysisk aktivitet*

Ved fysisk aktivitet forstås ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen. Det fysiske aktivitetsniveau er igennem de seneste generationer formindsket på en lang række områder i takt med, at de fysiske krav i vores fritids- og arbejdsliv er reduceret. Denne udvikling påvirker vores sundhed og sygelighed, idet fysisk aktivitet har mange positive effekter på både den fysiske og psykiske tilstand. Fysisk aktivitet af en vis intensitet og varighed mindsker risikoen for forhøjet blodtryk, hjerte-karsygdom, type 2 diabetes og osteoporose og medvirker til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges. Hvert år kan 7-8% af alle dødsfald i den danske befolkning relateres til fysisk inaktivitet i fritiden (læser, ser fjernsyn, m.m.), og personer, der er fysisk inaktive, dør i gennemsnit 5-6 år tidligere end fysisk aktive.

I SUSY-2005 er fysisk aktivitet i fritiden belyst gennem spørgsmålet: 'Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din aktivitet i fritiden?'. Fysisk inaktive er defineret som personer, der læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse i fritiden.

I tabel 3.4 vises andelen, der er fysisk inaktive i fritiden. Det fremgår, at forekomsten af personer, der er fysisk inaktive, er højest blandt socialt dårligt stillede (29,8%). Den er ligeledes høj blandt dårligt socialt stillede (28,5%) og psykisk svage (25,6%). Blandt personer, der er socialt dårligt stillet, er forekomsten højere blandt kvinder end blandt mænd. I de øvrige grupper er forekomsten højere blandt mænd end blandt kvinder. For alle grupper gælder, at forekomsten af personer, der er fysisk inaktive, er markant højere blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 3.4 Andel der er fysisk inaktive i fritiden. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	18,4	18,9	16,6	11,6	20,7
Psykisk svage	25,6	34,3	22,0	20,3	27,4
Socialt dårligt stillede	29,8	28,1	31,0	17,5	33,4
Dårligt socialt netværk	28,5	35,1	20,5	23,8	30,4
Ikke socialt udsat	9,9	11,0	8,8	11,1	9,3

### *Alkohol*

Brug af alkohol har, ligesom rygning, været en medvirkende årsag til danskernes stagnerende middellevetid op gennem 1990'erne. Opgørelser har vist, at der har været mere end 2.500 årlige dødsfald i Danmark, der enten har haft alkohol som primær årsag eller som medvirkende årsag.

Alkoholmisbrug og afhængighed medfører desuden en lang række psykiske og sociale lidelser og tab.

Personer med stort alkoholbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug. Personer uden alkoholforbrug har den samme risiko for sygelighed og dødelighed som personer med et moderat alkoholforbrug. For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumsgrænse for den enkeltes ugentlige forbrug af alkohol på 21 genstande for mænd og 14 genstande for kvinder (genstandsgrænser).

I SUSY-2005 er der spurgt til alkoholbruget inden for den seneste uge. Svarpersonerne blev bedt om at oplyse, hvor mange genstande de havde drukket på hver af dagene i sidste uge for hver af kategorierne øl, hvidvin, rødvin, hedvin og stærk spiritus. I tabel 3.5 vises andelen, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge. Gruppen med problematisk alkoholforbrug er udeladt, da næsten alle personer i den gruppe pr. definition har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Tabel 3.5 Andel der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Psykisk svage	13,2	19,5	10,6	15,9	12,2
Socialt dårligt stillede	8,0	13,2	4,6	6,5	8,4
Dårligt socialt netværk	18,9	23,7	13,2	25,1	16,4
Ikke socialt udsat	12,9	15,2	10,6	11,8	13,4

Det fremgår, at andelen, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, er størst blandt personer med socialt dårligt netværk (18,9%). Den mindste andel ses blandt personer, der er socialt dårligt stillet (8,0%). Blandt personer med et dårligt socialt netværk er andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, større blandt mænd (23,7%) end blandt kvinder (13,2%).

### *Kost*

Kost har betydning for udviklingen af de store folkesygdomme så som hjerte-karsygdomme, type 2 diabetes, kræft samt muskel- og skeletlidelser (herunder knogleskørhed). Fire procent af alle dødsfald er relateret til for meget mættet fedt. Det samme tal er gældende for et for lille frugt- og grøntindtag.

I SUSY-2005 belyses kostvaner blandt andet ved at spørge, hvor ofte respondenterne plejer at spise salat/råkost og frugt.

Forekomsten af personer, der dagligt spiser salat/råkost, er lav blandt personer med problematisk alkoholforbrug og blandt personer med dårligt socialt netværk (tabel 3.6). Her angiver kun 15,6% og 15,8%, at de dagligt spiser salat/råkost. Blandt ikke socialt udsatte er forekomsten 21,3%. Forekomsten af personer, der dagligt spiser salat/råkost, er større blandt kvinder end blandt mænd i alle grupper. For kvinder ses en høj forekomst blandt personer med problematisk alkoholforbrug (30,4%). I aldersgruppen 16-34 år ses den laveste forekomst blandt socialt dårligt stillede (13,3%), mens forekomsten i aldersgruppen 36-64 år er lavest blandt personer med dårligt socialt netværk (15,0%).

Tabel 3.6 Andel der spiser salat/råkost hver dag. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	15,6	11,2	30,4	16,4	15,3
Psykisk svage	17,6	10,8	20,3	14,5	18,7
Socialt dårligt stillede	18,2	12,8	21,8	13,3	19,7
Dårligt socialt netværk	15,8	10,7	21,9	17,6	15,0
Ikke socialt udsat	21,3	15,6	26,7	18,9	22,4

I tabel 3.7 fremgår det, at andelen, der spiser frugt hver dag er mindst blandt socialt dårligt stillede (34,1%). Endvidere er der en lille andel, der spiser frugt hver dag, blandt personer med problematisk alkoholforbrug (34,4%). Der er en markant større andel blandt kvinder end blandt mænd, der dagligt spiser frugt i alle grupper. Andelen, der dagligt spiser frugt, er mindst blandt socialt dårligt stillede i begge aldersgrupper.

Tabel 3.7 Andel der spiser frugt hver dag. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	34,4	31,0	45,6	31,7	35,2
Psykisk svage	47,2	29,6	54,4	39,4	50,0
Socialt dårligt stillede	34,1	25,0	40,2	30,9	35,1
Dårligt socialt netværk	39,5	29,4	51,6	40,1	39,2
Ikke socialt udsat	51,3	38,4	63,8	45,6	54,0

### *Overvægt*

Svær overvægt udgør et stadigt stigende folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Risikoen for udvikling af bl.a. type 2 diabetes, hjerte-karsygdomme, forhøjet blodtryk, adskillige kræftformer og belastningslidelser i bevægeapparatet øges ved svær overvægt. Den kraftige stigning i forekomsten af svær overvægt i de vestlige lande menes at være hovedårsagen til den epidemiske stigning i forekomsten af type 2 diabetes. Det er sandsynligt, at der foreligger en arvelig disposition til fedme, men den stigende forekomst af overvægt i befolkningen må først og fremmest sættes i relation til et utilstrækkeligt fysisk aktivitetsniveau og til fedtindholdet i kosten.

Body mass index (BMI) beregnes som kropsvægten i kilo divideret med kvadratet på højden målt i meter,  $\text{kg/m}^2$ . WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI:

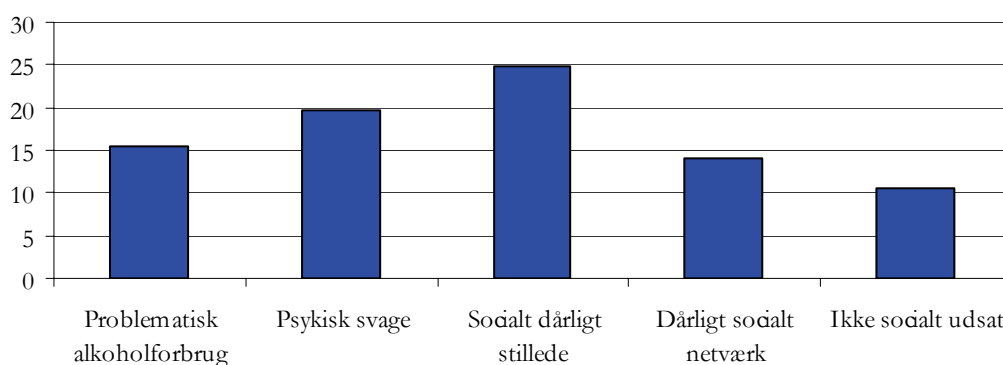
Undervægt:	BMI < 18,5
Normalvægt:	$18,5 \leq \text{BMI} < 25,0$
Moderat overvægt:	$25,0 \leq \text{BMI} < 30,0$
Svært overvægt:	BMI $\geq 30,0$

I tabel 3.8 ses andelen, der har et BMI på 30 eller derover. Den største andel af personer, der er svært overvægtige, ses blandt socialt dårligt stillede. Her er knap hver fjerde svært overvægtig. Blandt de socialt dårligt stillede er andelen, der er svært overvægtig, markant større blandt kvinder (28,1%) end blandt mænd (19,6%). Blandt mænd er andelen størst i gruppen af psykisk svage, mens den blandt kvinder er størst blandt socialt dårligt stillede. Med undtagelse af gruppen, der er socialt dårligt stillet, er der i alle grupper en større andel, der er svært overvægtige, blandt de 36-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 3.8. Andel der har et BMI større eller lig med 30. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	15,4	17,4	8,9	3,6	19,5
Psykisk svage	19,8	21,7	19,0	15,3	21,4
Socialt dårligt stillede	24,8	19,6	28,1	29,0	23,5
Dårligt socialt netværk	14,0	14,2	13,8	4,0	18,2
Ikke socialt udsat	10,5	10,7	10,3	7,3	12,0

Figur 3.2 Andel der har et BMI større eller lig med 30. Procent.



### Opsamling sundhedsadfærd

Socialt udsatte har oftere end ikke socialt udsatte en sundhedsadfærd, der giver risiko for udvikling af sygdom. Overordnet er det personer, der er socialt dårligt stillede, der har den dårligste sundhedsadfærd. Der er en større andel blandt socialt dårligt stillede, der ryger dagligt, er storrygere og svært overvægtige end blandt de øvrige grupper. Endvidere er andelen, som dagligt

spiser frugt, mindst blandt socialt dårligt stillede. Andelen, der gør noget for at bevare helbredet og andelen, der dagligt spiser salat/råkost, er mindst blandt personer med problematisk alkoholforbrug.

## **Sygelighed og konsekvenser af sygdom**

Der findes forskellige perspektiver på sundheds- og sygelighedstilstanden i en befolkning. Mens kapitel 2 handler om det subjektive, oplevelsesmæssige perspektiv, handler dette kapitel primært om det medicinske, professionelle perspektiv. Endvidere vil konsekvenser af sygdom blive beskrevet i sidste del af kapitlet.

I SUSY-2005 blev der anvendt tre forskellige mål for sygdom og sygelighed:

- forekomst af langvarig sygdom
- forekomst af specifikke sygdomme
- forekomst af gener, symptomer og besvær inden for en 14-dages periode.

### *Langvarig sygdom*

Forekomsten af langvarig sygdom i befolkningen er belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?' Langvarig sygdom er defineret som sygdom af mindst seks måneders varighed og svarer til det lægelige begreb kronisk sygdom. Hvis der svares bekræftende, stilles en række supplerende spørgsmål om sygdommens art, hvor i eller på kroppen sygdommen er lokaliseret, hvor længe man har haft sygdommen, om en læge har sagt, hvilken sygdom der er tale om, og endelig om sygdommen er hæmmende i arbejdet eller dagligdagen. Svarene er efterfølgende kodet i henhold til WHO's internationale sygdomsklassifikation (ICD-10).

Forekomsten af personer, der har en langvarig sygdom eller lidelse, er højest blandt psykisk svage (77,4%) (tabel 4.1). Også blandt socialt dårligt stillede er forekomsten af langvarig sygdom eller lidelse høj (74,8%). Blandt psykisk svage er forekomsten af personer, der har en langvarig sygdom eller lidelse, højere blandt kvinder (79,3%) end blandt mænd (72,9%). For alle grupper gælder, at forekomsten af personer, der har en langvarig sygdom eller lidelse, er højere blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 4.1 Andel der har en langvarig sygdom eller lidelse. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	40,5	39,8	42,9	33,4	42,9
Psykisk svage	77,4	72,9	79,3	57,9	84,3
Socialt dårligt stillede	74,8	72,1	76,5	70,9	75,9
Dårligt socialt netværk	50,4	55,0	44,8	24,4	61,2
Ikke socialt udsat	34,4	33,2	35,5	27,4	37,7

Andelen, der er meget hæmmet af langvarig sygdom eller lidelse, fremgår af tabel 4.2. Den største andel, der er meget hæmmet af langvarig sygdom eller lidelse, ses blandt de socialt dårligt stillede. Her angiver knap halvdelen, at de er meget hæmmet af langvarig sygdom eller lidelse. Andelen er ligeledes stor blandt psykisk svage (46,6%). For alle grupper gælder, at andelen, der er meget hæmmet af langvarig sygdom eller lidelse, er større blandt kvinder end blandt mænd, og at andelen er større blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 4.2 Andel der er meget hæmmet af langvarig sygdom eller lidelse. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	12,0	9,4	20,7	3,4	14,9
Psykisk svage	46,6	44,0	47,7	28,1	53,2
Socialt dårligt stillede	48,7	46,0	50,6	34,6	52,9
Dårligt socialt netværk	25,0	23,3	27,1	9,8	31,4
Ikke socialt udsat	7,5	6,6	8,3	3,8	9,2

I alle grupper af socialt udsatte er forekomsten af langvarig sygdom og andelen af personer, der er meget hæmmet af langvarig sygdom, højere end blandt ikke socialt udsatte. Andelen af personer med problematiske alkoholforbrug, der har en langvarig sygdom eller lidelse og er meget hæmmet af langvarig sygdom eller lidelse, er dog relativt lav i forhold til de øvrige grupper af socialt udsatte.

### *Specifikke sygdomme og lidelser*

Dette afsnit handler om forekomsten af en række specifikke sygdomme og lidelser, som svarpersonerne angiver at have på interviewtidspunktet. Svarpersonerne har under interviewet fået forevist en liste med 19 sygdomme eller tilstande og skal angive, om de har den pågældende sygdom nu, eller om de har haft den tidligere.

Når der under interviewet spørges ved at vise en liste, rapporteres der om flere sygdomme eller tilstande, end hvis der anvendes et åbent spørgsmål, således som det er tilfældet i spørgsmålet om langvarig sygdom. Dette skyldes sandsynligvis, at der er tilbøjelighed til at glemme mindre alvorlige tilfælde eller tilfælde, der ikke giver smerter eller gener, når det 'åbne' spørgsmål anvendes.

Tabel 4.3 viser forekomsten af personer, der har kronisk bronkitis. Socialt dårligt stillede er den gruppe, der har den højeste forekomst af kronisk bronkitis (13,1%), men også blandt psykisk svage og personer med dårligt socialt netværk har mange kronisk bronkitis (10,6 og 8,3%). Forekomsten af personer, der har kronisk bronkitis, er højere blandt kvinder end blandt mænd i alle grupper. Endvidere er der en højere forekomst af personer, blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige, der oplyser, at de har kronisk bronkitis.

Tabel 4.3 Andel der har kronisk bronkitis. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	4,1	3,4	6,5	-	5,5
Psykisk svage	10,6	9,3	11,1	2,8	13,3
Socialt dårligt stillede	13,1	6,5	17,5	8,0	14,6
Dårligt socialt netværk	8,3	6,2	10,9	0,9	11,4
Ikke socialt udsat	1,8	1,4	2,2	0,6	2,4

Andelen, der har sukkersyge/diabetes, fremgår af tabel 4.4. Den største andel af personer, der har diabetes, ses blandt socialt dårligt stillede (11,3%). Der er ligeledes en stor andel blandt psykisk svage, der har diabetes (8,4%). Blandt ikke socialt udsatte er andelen med diabetes 2,2%. Overordnet er andelen, der har diabetes, større blandt mænd end blandt kvinder. Endvidere er der en større andel, der har diabetes blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige i alle grupper.

Tabel 4.4 Andel der sukkersyge/diabetes. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	2,7	2,9	1,9	-	3,6
Psykisk svage	8,4	8,4	8,4	2,6	10,4
Socialt dårligt stillede	11,3	15,4	8,5	7,4	12,4
Dårligt socialt netværk	3,6	4,3	2,8	1,9	4,3
Ikke socialt udsat	2,2	2,8	1,7	0,8	2,9

Tabel 4.5 viser andelen, der lider af kronisk angst eller depression. Psykisk svage er udeladt, da en stor del af gruppen pr. definition lider af kronisk angst eller depression. Der ses en stor andel blandt socialt dårligt stillede og blandt personer med dårligt socialt netværk, der lider af kronisk angst eller depression (24,8 og 18,9%). Andelen, der lider af kronisk angst eller depression, er større blandt kvinder end blandt mænd. Med undtagelse af gruppen, der er socialt dårligt stillede, er der i alle grupper en større andel, der lider af kronisk angst eller depression blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.



Tabel 4.5 Andel der lider af kronisk angst eller depression. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	6,8	4,2	15,4	3,0	8,1
Socialt dårligt stillede	24,8	19,7	28,2	28,0	23,9
Dårligt socialt netværk	18,9	18,8	19,1	15,5	20,3
Ikke socialt udsat	2,1	1,2	2,8	1,8	2,2

Tabel 4.6 Andel med anden psykisk lidelse, dårlige nerver. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	3,5	2,8	6,1	0,9	4,4
Psykisk svage	25,8	35,7	21,8	12,3	30,6
Socialt dårligt stillede	20,2	20,3	20,1	23,2	19,3
Dårligt socialt netværk	13,7	18,5	8,0	11,5	14,7
Ikke socialt udsat	1,0	0,8	1,1	0,8	1,0

Forekomsten af personer med anden psykisk lidelse, dårlige nerver, er ikke overraskende højest blandt psykisk svage (tabel 4.6). Her angiver omkring hver fjerde, at de har en anden psykisk lidelse. Også blandt socialt dårligt stillede og personer med dårligt socialt netværk er der en stor andel personer med anden psykisk lidelse (20,2 og 13,7%). Blandt psykisk svage er forekomsten af personer med anden psykisk lidelse højere blandt mænd (35,7%) end blandt kvinder (21,8%). Med undtagelse af gruppen med dårligt socialt netværk er forekomsten i alle grupper større blandt aldersgruppen 35-64 år end blandt aldersgruppen 16-34 år.

For alle de nævnte sygdomme er andelen mindst blandt ikke socialt udsatte. Blandt de socialt udsatte er det personer med problematiske alkoholforbrug, der har den laveste andel af de specifikke sygdomme.

### *Gener og symptomer inden for en 14-dages periode*

Et tredje mål for sygeligheden i befolkningen, der anvendes i SUSY-2005, er forekomsten af gener og symptomer inden for en 14-dages periode. Gener og symptomer i hverdagen kan forekomme som manifestationer af langvarige sygdomme, som enkeltstående sygdomsepisoder eller som ganske almindeligt besvær, der kan udvikle sig til sygdom eller helt forsvinde igen.

Forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode beskriver, i hvilket omfang smerte og ubehag præger dagligdagen. Gener og symptomer kan opstå af flere årsager. De kan på forskellige måder være konsekvenser af sygdom, opstå i forbindelse med ulykker eller være resultat af medfødte skavanker.

Gener og symptomer er kendt i sundhedsvæsenet i forskelligt omfang. Eksempelvis må det formodes, at personer, der har fået diagnosticeret en diskusprolaps af deres læge, også angiver at have smerter fra lænd og ryg inden for en 14-dages periode. Derimod er det langt fra givet, at eksempelvis en forkølelse eller et maveonde bliver kendt i sundhedsvæsenet. Hovedpine kan være noget, man har med lange mellemrum, men kan også udvikle sig til egentlig sygdom i form af vedvarende hovedpine eller migræne. Oplysninger om, hvorledes gener og symptomer præger befolkningens hverdagsliv, er således et væsentligt supplement til beskrivelsen af helbredstilstanden i befolkningen.

Svarpersonerne er blevet spurgt om 14 forskellige former for gener og symptomer. For hver gene eller symptom skulle svarpersonerne angive, om de havde den pågældende gene eller symptom, og om det havde været meget generende. I det følgende er en person defineret som havende meget generende gener og symptomer, såfremt blot et enkelt symptom er angivet som meget generende.

Tabel 4.7 viser andelen, der er generet af gener og symptomer. Andelen, der har været generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage, er større i alle grupper af socialt udsatte end blandt ikke socialt udsatte. Det fremgår, at andelen, der er generet af gener og symptomer, er størst blandt psykisk svage. Her angiver 97,6%, at de har været generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage. Andelen er større blandt kvinder end blandt mænd i alle grupper. Med undtagelse af gruppen med dårligt socialt netværk gælder det for alle grupper, at andelen, der har været generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage, er større blandt de 16-34 årige end blandt de 35-64 årige.

Tabel 4.7 Andel der har været generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	84,9	83,0	91,5	92,5	82,3
Psykisk svage	97,6	95,1	98,6	98,0	97,4
Socialt dårligt stillede	91,4	88,7	93,2	93,5	90,8
Dårligt socialt netværk	87,1	82,1	93,1	83,0	88,8
Ikke socialt udsat	80,2	75,9	84,3	83,7	78,5

Forekomsten af personer, der har været meget generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage, fremgår af tabel 4.8. Andelen er større blandt alle grupper af socialt udsatte end blandt de ikke socialt udsatte. Den højeste forekomst ses blandt psykisk svage (88,5%) og blandt socialt dårligt stillede (73%). Forekomsten af personer, der har været meget generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage, er højere blandt kvinder end blandt mænd i

alle grupper. Blandt personer med dårligt socialt netværk og blandt personer, der er socialt dårligt stillet, er forekomsten af personer, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af gener og symptomer, højere blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige. I de øvrige tre grupper er det omvendt.

Tabel 4.8 Andel der har været meget generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	44,2	40,0	58,2	49,4	42,4
Psykisk svage	88,5	85,2	89,8	95,6	86,0
Socialt dårligt stillede	73,0	66,9	77,1	72,8	73,1
Dårligt socialt netværk	59,4	50,3	70,4	54,4	61,5
Ikke socialt udsat	37,9	30,5	44,9	38,2	37,7

### *Opsamling sygelighed og konsekvenser af sygdom*

Overordnet er alle grupper af socialt udsatte mere syge end ikke socialt udsatte. Psykisk svage og socialt dårligt stillede angiver oftere end de øvrige grupper, at de har en langvarig sygdom, en specifik sygdom eller lidelse og har været generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage.

## **Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet**

Dette kapitel omhandler sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet. I kapitlet belyses de socialt udsattes kontakt til praktiserende læge samt deres brug af medicin.

Mennesker reagerer forskelligt på sygdom og sygelighed. Nogle reagerer ved ikke at foretage sig noget, mens andre reagerer aktivt på måder, der kan variere bredt. De aktive reaktioner kan for eksempel være at kontakte sundhedsvæsenet, tage medicin eller søge hjælp hos venner og bekendte.

### *Kontakt til læger inden for en 3-måneders periode*

Kontakt til praktiserende læger eller andre behandlere i den primære sundhedstjeneste er i SU-SY-2005 belyst ved at spørge til svarpersonens kontakt inden for de seneste tre måneder. Spørgsmålene dækker svarpersonens kontakt på grund af egen sygdom eller helbredsproblem og ikke på grund af børns sygdom.

Andelen, der har haft kontakt med praktiserende læge inden for de seneste 3 måneder, er større i alle grupper af socialt udsatte end blandt ikke socialt udsatte. Blandt personer med problematisk alkoholforbrug ses en relativt lav andel (40, 6%) sammenlignet med de andre grupper af socialt udsatte. Andelen, der har haft kontakt med praktiserende læge inden for de seneste tre måneder,

er størst blandt psykisk svage (tabel 5.1). Her angiver mere end seks ud af ti, at de inden for de seneste tre måneder har haft kontakt med praktiserende læge. Der er ligeledes en stor andel blandt socialt dårligt stillede (57,7%). Andelen, der har haft kontakt med praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er for alle grupper større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen er endvidere større blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 5.1 Andel der har haft kontakt til praktiserende læge inden for en 3-måneders periode. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	40,6	38,9	46,4	32,5	43,3
Psykisk svage	62,2	58,6	63,7	57,0	64,0
Socialt dårligt stillede	57,7	43,8	66,8	43,2	61,9
Dårligt socialt netværk	51,1	41,7	62,4	38,4	56,4
Ikke socialt udsat	36,2	31,6	40,7	34,4	37,1

### *Brug af medicin*

Brug af medicin kan opgøres på forskellige måder. I Lægemiddelstyrelsens statistikker opgøres salget af medicin både i døgndoser og i omsætning. Sådanne statistikker giver et billede af, hvor meget medicin, der bliver omsat, men de giver ikke et billede af hvor meget medicin, der bliver brugt, og om køberen også er den person, der tager medicinen.

Selvrapporteret medicinforbrug kan komme tættere på det egentlige forbrug. Der er dog den begrænsning, at svarpersonerne måske ikke er i stand til at give en præcis beskrivelse af de lægemidler, som de anvender.

I SUSY-2005 indgår flere forskellige mål for medicinbrug. Regelmæssigt eller stadigt brug af medicin (uanset om det er receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin) kan både dreje sig om et dagligt brug af medicin og om brug i relation til ofte tilbagevendende sygdomsepisoder. Der er også spurgt til brug af forskellige former for receptpligtig medicin inden for en 14-dages periode.

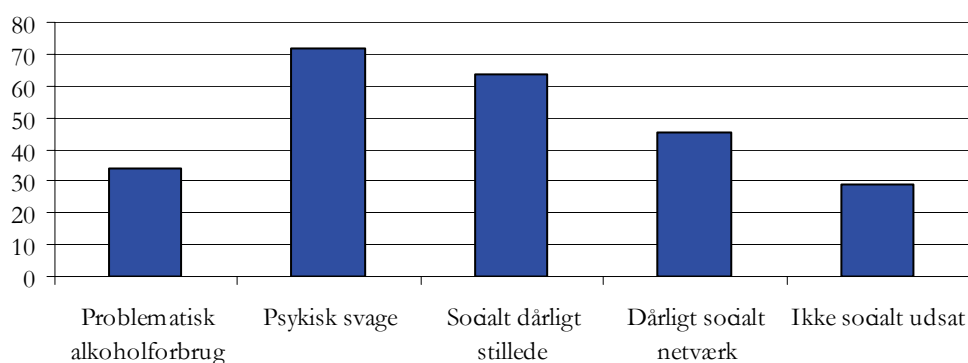
Det fremgår af tabel 5.2, at andelen, der regelmæssigt eller til stadighed bruger medicin, er størst blandt psykisk svage. Her angiver mere end syv ud af ti, at de regelmæssigt bruger medicin. Andelen er endvidere stor blandt socialt dårligt stillede (63,4%). Andelen, der regelmæssigt bruger medicin, er større i alle grupper af socialt udsatte end blandt ikke socialt udsatte. Blandt socialt udsatte ses den mindste andel blandt personer med problematisk alkoholforbrug (34,1%). I alle grupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der regelmæssigt bruger

medicin. Endvidere er andelen, der regelmæssigt bruger medicin, større blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige i alle grupper.

Tabel 5.2 Andel der regelmæssigt bruger medicin. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	34,1	32,6	39,1	14,7	40,7
Psykisk svage	71,9	68,7	73,2	41,7	82,5
Socialt dårligt stillede	63,4	55,1	68,9	49,3	67,5
Dårligt socialt netværk	45,1	39,3	52,2	18,8	56,1
Ikke socialt udsat	28,7	25,0	32,2	16,5	34,5

Figur 5.1 Andel der regelmæssigt bruger medicin. Procent.



Andelen, der bruger receptmedicin, er større i alle grupper af socialt udsatte end blandt ikke socialt udsatte. Blandt socialt udsatte findes den laveste andel blandt personer med problematisk alkoholforbrug (36,9%). Forekomsten af personer, der bruger receptmedicin, er højest blandt psykisk svage (75,5%). Der ses desuden en høj forekomst blandt socialt dårligt stillede (67,8%). Der er en højere forekomst af personer blandt kvinder end blandt mænd, der bruger receptmedicin i alle grupper. For alle grupper gælder desuden, at der er en markant højere forekomst af personer, der bruger receptmedicin blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 5.3 Andel der bruger receptmedicin. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	36,9	34,8	44,0	19,2	43,0
Psykisk svage	75,5	75,0	75,7	47,9	85,3
Socialt dårligt stillede	67,8	60,2	72,9	53,3	72,1
Dårligt socialt netværk	50,1	47,6	53,0	22,3	61,6
Ikke socialt udsat	33,6	29,3	37,8	22,2	39,1

### *Brug af forebyggende ordninger*

Det offentlige sundhedsvæsen tilbyder en række forebyggende ordninger til befolkningen, eksempelvis i form af skoletandpleje, vaccinationer, undersøgelser i forbindelse med fødsel og graviditet og forebyggende helbredssamtaler i almen praksis. Hertil kommer screeningsprogrammer for eksempelvis livmoderhalskræft og brystkræft.

De forebyggende ordninger er frivillige. De gives ofte i forbindelse med besøg hos den praktiserende læge, enten på dennes opfordring, hvis han eller hun bliver opmærksom på forhold, der kan have negativ betydning for patientens helbred, eller efter ønske fra patienten selv (for eksempel vaccinationer eller forebyggende helbredssamtaler). I nogle tilfælde indgår tilbuddene som rutine eller som en del af en egentlig behandling og ikke nødvendigvis med det formål at forebygge. Det gælder for eksempel måling af blodtryk eller kolesteroltal. Det kan derfor være vanskeligt at sondre præcist mellem, om en given undersøgelse er foretaget som led i en udredning af en sygdomssituation eller med direkte forebyggende sigte.

Andelen, der har været til forebyggende helbredstjek inden for de seneste tre måneder, er mindst blandt ikke socialt udsatte (tabel 5.4). Her angiver omkring hver tredje, at de har været til forebyggende helbredstjek inden for de seneste tre måneder. Den største andel ses blandt psykisk svage (43,9%). Blandt mænd er andelen størst blandt psykisk svage, mens andelen blandt kvinder er størst blandt personer med dårligt socialt netværk. I alle grupper er der en større andel blandt de 35-64 årige, der inden for de seneste tre måneder har været til forebyggende helbredstjek, end blandt de 16-34 årige.

Tabel 5.4 Andel der har været til forebyggende helbredstjek inden for de seneste tre måneder. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematiske alkoholforbrug	41,2	42,8	35,7	24,5	46,8
Psykisk svage	43,9	45,8	43,2	38,5	45,8
Socialt dårligt stillede	39,7	36,3	42,0	35,0	41,1
Dårligt socialt netværk	39,5	34,0	46,2	24,9	45,6
Ikke socialt udsat	33,8	32,9	34,8	23,6	38,7

### *Opsamling sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsen*

Der er en større andel blandt alle grupper af socialt udsatte, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, regelmæssigt bruger medicin, bruger receptmedicin og har været til forebyggende helbredstjek, end blandt ikke socialt udsatte. Psykisk svage og socialt dårligt stillede er de grupper, hvor den største andel har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, regelmæssigt bruger medicin og har brugt receptmedicin inden for

de seneste 14 dage. Andelen, der har været til forebyggende helbredstjek inden for de seneste tre måneder, er størst blandt psykisk svage og mindst blandt ikke socialt udsatte.

## Aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom

Dette afsnit omhandler, hvorledes sygdom og dårligt helbred influerer på den enkelte persons sociale rolle. Den enkelte persons identitet er i vid udstrækning afhængig af de sociale sammenhænge, personen indgår i. I tilfælde af sygdom er den enkelte sårbar, ikke blot fysisk men også på det psykosociale plan.

Tabel 6.1 viser andelen, der inden for de seneste 14 dage har været begrænset i at udføre sædvanlige daglige gøremål på grund af sygdom. Andelen er størst blandt psykisk svage (39,8%). Endvidere ses en stor andel, der inden for de seneste 14 dage har været begrænset i dagligdags aktiviteter på grund af sygdom, blandt socialt dårligt stillede (37,2%). Andelen er større blandt kvinder end blandt mænd i alle grupper. I alle grupper ses endvidere en større andel, der inden for de seneste 14 dage har været begrænset i dagligdags aktiviteter på grund af sygdom, blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige. Andelen af personer, der inden for de sidste 14 dage har været begrænset i at udføre sædvanlige daglige aktiviteter på grund af sygdom, er lavest blandt ikke socialt udsatte (11,6%), men den er også relativt lav blandt personer med problematisk alkoholforbrug (15,1%).

Tabel 6.1 Andel der inden for de seneste 14-dage har været begrænset i at udføre sædvanlige daglige gøremål på grund af sygdom. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	15,1	14,1	18,7	11,9	16,2
Psykisk svage	39,8	34,7	41,8	28,6	43,7
Socialt dårligt stillede	37,2	30,6	41,5	25,3	40,6
Dårligt socialt netværk	24,0	21,2	27,4	14,7	27,9
Ikke socialt udsat	11,6	9,8	13,2	10,8	11,9

## Sociale relationer

Tilknytning til andre mennesker - de sociale relationer - har fået en central placering inden for folkesundhedsvidenskaben, idet undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer ikke så let bliver syge, og at de, såfremt de bliver syge, kommer sig hurtigere og har mindre risiko for at dø tidligt.

Hvert år indtræffer 1.000-1.500 dødsfald relateret til svage sociale relationer, hvilket svarer til 1,8-2,6% af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit godt tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer dør to år for tidligt. Endvidere kan personer med svage sociale relationer forvente færre kvalitetsjusterede leveår end personer med stærke sociale relationer.

Det fremgår af tabel 7.1, at forekomsten af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, er høj blandt personer, der er socialt dårligt stillede (16,3%) og blandt psykisk svage (11,5%), mens den er lav både for ikke socialt udsatte (3,6%) og for personer med problematisk alkoholforbrug (4,5%). Personer med dårligt socialt netværk er udeladt, da gruppen pr. definition har en høj forekomst af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom. Blandt socialt udsatte er forekomsten højere blandt kvinder end blandt mænd. Forekomsten af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, er endvidere højere blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige i alle grupper.

Tabel 7.1 Andel der forventer at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom. Procent.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	4,5	3,3	8,5	-	6,0
Psykisk svage	11,5	11,4	11,6	1,8	15,0
Socialt dårligt stillede	16,3	15,5	16,8	5,8	19,3
Ikke socialt udsat	3,6	4,1	3,2	1,3	4,7

Andelen, der aldrig deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammen med andre, er større blandt socialt udsatte end blandt ikke socialt udsatte. Den største andel findes blandt socialt dårligt stillede (48,5%). Blandt socialt dårligt stillede er andelen større blandt kvinder (50,9%) end blandt mænd (45,0%). For alle grupper er der en større andel, der aldrig deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammen med andre, blandt de 35-64 årige end blandt de 16-34 årige.

Tabel 7.2 Andel der aldrig deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammen med andre.

	Total	Mænd	Kvinder	16-34 år	35-64 år
Problematisk alkoholforbrug	34,5	37,3	25,1	26,2	37,4
Psykisk svage	40,9	50,2	37,2	35,0	43,0
Socialt dårligt stillede	48,5	45,0	50,9	46,2	49,2
Dårligt socialt netværk	44,7	49,6	38,6	35,0	48,7
Ikke socialt udsat	20,2	18,6	21,7	22,0	19,4



## Sammenfatning

I nærværende sundhedsprofil, der beskriver forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte, defineres de socialt udsatte som personer, der har et problematisk alkoholforbrug, er psykisk svage, er dårligt socialt stillet og har et dårligt socialt netværk.

Overordnet er de forskellige grupper af socialt udsatte dårligere stillet inden for alle de temaer, der beskrives i sundhedsprofilen, end ikke socialt udsatte. De personer, der oftest har problemer, hvad angår sundhed og sygelighed, er socialt dårligt stillede og psykisk svage.

Sundhed og livskvalitet blandt de socialt udsatte grupper er dårligere end blandt de ikke socialt udsatte. I forhold til helbredsrelateret livskvalitet er det de socialt dårligt stillede, der i størst omfang angiver, at de har et dårligt selv vurderet helbred, ikke er friske nok til at gøre, som de har lyst til, har dårlig fysisk funktion og en dårlig tandstatus.

Socialt udsatte har oftere end ikke socialt udsatte en sundhedsadfærd, der giver risiko for udvikling af sygdom. Personer, der er socialt dårligt stillede, har den dårligste sundhedsadfærd, idet der er en større andel blandt socialt dårligt stillede, der ryger dagligt, er storrygere og er svært overvægtige, end blandt de øvrige grupper. Endvidere er andelen, som dagligt spiser frugt, mindst blandt socialt dårligt stillede. Andelen, der gør noget for at bevare helbredet, og andelen, der dagligt spiser salat/råkost, er mindst blandt personer med problematisk alkoholforbrug.

Alle grupper af socialt udsatte er mere syge end ikke socialt udsatte. Psykisk svage og socialt dårligt stillede er de grupper, hvor den største andel rapporterer at have en langvarig sygdom, en specifik sygdom eller lidelse og at have været generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage.

Psykisk svage og socialt dårligt stillede er de grupper, hvor den største andel har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, regelmæssigt bruger medicin og har brugt receptmedicin inden for de seneste 14 dage. Andelen, der har været til forebyggende helbreds-tjek indenfor de seneste tre måneder, er størst blandt psykisk svage og mindst blandt ikke socialt udsatte.

Andelen af personer, der har været begrænset i dagligdags aktiviteter på grund af sygdom, er størst blandt psykisk svage og socialt dårligt stillede og lavest blandt ikke socialt udsatte.

Forekomsten af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, er høj blandt personer, der er socialt dårligt stillede (16,3%) og blandt psykisk svage (11,5%). Andelen af personer, der aldrig deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammen med andre, er

større blandt socialt udsatte end blandt ikke socialt udsatte. Den største andel findes blandt socialt dårligt stillede (48,5%).

Gruppen af personer med et problematisk alkoholforbrug, defineret som personer, der i den sidste måned 10 eller flere gange har drukket mindst 5 genstande, adskiller sig gennem hele sundhedsprofilen ved ikke at være lige så dårligt stillet som de øvrige grupper af socialt udsatte. I flere tilfælde er denne gruppe næsten på samme niveau som gruppen af ikke socialt udsatte. Rådgivning om bedre og mere hensigtsmæssige sundhedsvaner bliver ofte fulgt af de bedre stillede i samfundet, der har ressourcemæssigt overskud til eksempelvis at spise sundere eller motionere mere. Samme mønster ses dog ikke for hensigtsmæssigt brug af alkohol, idet resultater fra det samlede SUSY materiale viser et stigende alkoholforbrug med stigende uddannelseslængde. Den definerede gruppe af socialt udsatte med et problematisk alkoholforbrug er derfor repræsenteret ikke blot ved personer, der almindeligvis betragtes som socialt udsatte, men også af personer i erhverv og med lange og mellemlange uddannelser. Sammenfattende kan det konstateres, at et problematisk alkoholforbrug kan være skadeligt for helbredet, men at den til dette formål konstruerede gruppe ikke har de samme sundhedsproblemer som de øvrige grupper af udsatte, fordi gruppen i nogen grad omfatter også velstillede og velfungerende personer. Modsat må det overordnet konkluderes, at gruppen af socialt dårligt stillede og gruppen af psykisk svage - sådan som de er konstrueret til disse analysers formål - udgør grupper, der er særligt helbredsmæssigt dårligt stillede.



# **Udvalgte helbredsforhold for socialt udsatte grønlændere i Danmark**

Januar 2007

Udarbejdet af

Peter Bjerregaard



## Indledning

Det overordnede formål med beskrivelsen af socialt udsatte grønlændere i Danmark er at bidrage med oplysninger til undersøgelsen om socialt udsattes sundhedsforhold i Danmark ud fra analyser af eksisterende datamateriale.

### *Datamateriale*

Analyserne er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt grønlændere i Danmark gennemført i 1997-1998. Der blev udsendt 3.513 spørgeskemaer til en stikprøve af voksne personer født i Grønland og bosat i Danmark, og dem der identificerede sig som grønlænder eller havde mindst en grønlandsk bedsteforælder eller forælder indgik i undersøgelsen. Deltagerprocenten var 60% svarende til 2.108 besvarelser.

### *Definition af socialt udsatte*

Det blev, med udgangspunkt i de eksisterende data, forsøgt at konstruere socialt udsatte grupper blandt grønlændere i Danmark, der omfatter de samme fire aspekter som SUSY definitionen - problematisk alkoholforbrug, psykisk svaghed, socialt dårligt stillet og dårligt netværk. Det var imidlertid ikke muligt at inddrage aspektet socialt dårligt stillet, da der manglede oplysninger om, hvorvidt deltagerne var i stand til at betale deres regninger, og denne variabel udgik derfor i identifikationen af socialt udsatte grønlændere. I forbindelse med de øvrige definitioner har der i nogle tilfælde været tale om tilnærmelser i forhold til SUSY definitionerne, idet spørgeskemamaterialet ikke var identisk. I beskrivelsen af socialt udsatte grønlændere i Danmark er følgende grupper af socialt udsatte derfor defineret:

- personer med problematisk alkoholforbrug (personer, der drikker næsten hver dag og drak mere end 5 genstande sidste gang de drak)
- psykisk svage (personer, der har haft psykiske gener de sidste 14 dage, og som er uden er hverv)
- personer med dårligt socialt netværk (personer, der ofte er alene, selvom de ikke ønsker det samt enlige)

I det samlede antal besvarelser var der 1.982 deltagere i aldersgruppen 16-64 år. For 1.662 deltagere var der tilstrækkelig information til at kunne definere alle tre grupper. Den primære årsag til den mangelfulde information var, at der ikke blev svaret på spørgsmålene om psykiske gener de seneste 14 dage.

### Beskrivelse af grupperne

Nedenfor beskrives fordeling og andel i de enkelte grupper:

Tabel 1: Antal og andel med problematisk alkoholforbrug.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	1578	94,9
Ja	84	5,1

Tabel 2: Antal og andel af psykisk svage.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	1603	96,5
Ja	59	3,5

Tabel 3: Antal og andel med dårligt socialt netværk.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	1591	95,7
Ja	71	4,3

Tabel 4: Antal og andel med mindst en af de tre aspekter problematisk alkoholforbrug, psykisk svaghed og dårligt netværk.

	Antal	Andel af respondenter
Nej	1472	88,6
Ja	190	11,4

Som det fremgår af tabel 1-3 omfatter hver af de tre grupper 3-5% af deltagerne. På basis af de tre grupper er der konstrueret en samlet variabel for at være socialt udsat, som omfatter 190 deltagere (11,4%), der enten har et problematisk alkoholforbrug, er psykisk svage eller har et dårligt netværk (tabel 4). Der er kun begrænset overlap mellem de tre variable: 90% af de udsatte kunne kun placeres i én af de tre grupper.

Tabel 5 viser, at den samlede forekomst af udsatte var noget højere blandt mænd end blandt kvinder. Dette skyldtes især alkoholvariablen, hvor forekomsten for mænd var dobbelt så stor som for kvinder, og i mindre grad netværksvariablen. To tredjedele af grønlændere i Danmark er kvinder, og i faktiske tal udgjorde kvinder derfor hovedparten af de udsatte (ikke vist).

Tabel 5: Andel socialt udsatte fordelt på køn.

	Total	Mænd	Kvinder
Ikke udsat	88,6	85,2	90,0
Udsat	11,4	14,8	10,0

Af tabel 6 fremgår det, at der er en stor overvægt af personer uden erhverv blandt de udsatte, hvilket kun delvist skyldes definitionen af psykisk svage. Blandt de (få) udsatte i erhverv er der en tendens til en social gradient med flere faglærte og ufaglærte arbejdere og færre funktionærer blandt de udsatte.

Tabel 6: Erhverv.

	Total	Ikke udsat	Udsat
Uden erhverv	42,6	38,7	75,4
Med erhverv	57,4	61,3	24,6

## Selvvurderet helbred

Med afsæt i den samlede konstruerede gruppe af socialt udsatte har det i forhold til en analyse af deres sundhedsforhold været muligt at se på tre variabler; selvvurderet helbred, rygning og langvarig sygdom. For yderligere information om disse variablers betydning henvises til sundhedsprofilrapporten udarbejdet på baggrund af SUSY materialet.

Tabel 7 viser sammenhængen mellem selvvurderet helbred og det at være udsat. Som forventet er der en stærk sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og det at være udsat. Sammenhængen genfindes for både mænd og kvinder. Justeret for alder var forekomsten af dårligt selvvurderet helbred 18% blandt ikke-udsatte og 55% blandt udsatte. Det er et markant fund, at hele 20% af de personer, der ikke er socialt udsatte, har et dårligt selvvurderet helbred.

Tabel 7: Selvvurderet helbred.

	Total	Ikke udsat	Udsat
Dårligt selvvurderet helbred	24,4	20,2	57,8
Ikke dårligt selvvurderet helbred	75,6	79,8	42,2

## Rygning

Rygning er et stort problem i Grønland for hele befolkningen, og som tabel 8 viser, er der også forholdsvis mange grønlændere bosiddende i Danmark, der ryger. Rygefrekvensen både blandt



de ikke udsatte og de udsatte grønlændere er langt højere end blandt den øvrige danske befolkning. Der er dog markant flere rygere blandt de udsatte end blandt de ikke udsatte og kun halvt så mange ikke-rygere blandt de udsatte som blandt de ikke-udsatte.

Tabel 8: Rygning

	Total	Ikke udsat	Udsat
Ja, ryger dagligt	55,1	52,8	72,7
Ja, men der er dage, hvor jeg ikke ryger	10,2	10,0	11,8
Nej, ryger ikke	34,7	37,2	15,5

## Langvarig sygdom

Som det fremgår af tabel 9, er forekomsten af langvarig sygdom signifikant højere blandt de socialt udsatte end blandt de ikke udsatte. Op mod halvdelen af de socialt udsatte lider af en langvarig sygdom, mens dette kun er tilfældet for knapt en tredjedel af de ikke socialt udsatte.

Tabel 9: Langvarig sygdom.

	Total	Ikke udsat	Udsat
Langvarig sygdom	33,9	32,2	48,0
Ikke langvarig sygdom	66,1	67,8	52,0

## Sammenfatning

Ud fra det begrænsede materiale, der har kunne anvendes fra undersøgelsen 'Grønlændere i Danmark', kan det fremhæves, at der blandt gruppen af socialt udsatte er flere, der vurderer deres helbred som dårligt end blandt de ikke socialt udsatte. Der er flere, der ryger dagligt blandt de socialt udsatte og flere, der lider af en langvarig sygdom, end det er tilfældet blandt de ikke socialt udsatte.

# **Udvalgte helbredsforhold for socialt udsatte i København**

Januar 2007

Udarbejdet af

Finn Diderichsen, Københavns Universitet



## Metode og materiale

Helbredsforhold blandt mennesker, som lever socialt og økonomisk udsat, er præget af, at udsathed ikke kun er en årsag til men i mindst lige så høj grad en konsekvens af sygdom. Sundhedsadfærd er i den forbindelse først og fremmest en årsag til sygdom og en effekt af levevilkårene.

Med den type tværsnitundersøgelser, som kommunale sundhedsprofiler udgør, er mulighederne for at belyse disse processer meget begrænsede, fordi årsagsrelationer ikke kan udredes, og fordi mennesker, som lever i socialt udsatte situationer og med psykiske problemer, er mindre tilbøjelige til at svare på spørgeskemaer.

Nedenstående analyser baserer sig på den sundhedsprofil, som København lod udføre (af Statens Institut for Folkesundhed) i 1999. 32.797 borgere i København modtog et spørgeskema, som blev besvaret af 17.865 personer (51,9%).

Spørgeskemaet indeholder kun ét spørgsmål om social position med hensyn til arbejde og indkomstkilder. På baggrund af dette spørgsmål kunne der afgrænses to grupper af socialt udsatte:

- dem som lever på kontanthjælp (N=389)
- dem som er førtidspensionerede (N= 613)

Dermed tager disse analyser udgangspunkt i nogle andre grupper af socialt udsatte end dem, som blev konstrueret i sundhedsprofilerne for udsatte grupper på baggrund af Sundheds- Sygelighedsundersøgelsen og Grønlændere i Danmark. De to ovenstående grupper udgør tilsammen 5,6% af personerne i datamaterialet fra Københavns kommunes sundhedsprofil 2000.

For en lang række variabler er der udregnet andele i procent blandt henholdsvis kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og den øvrige befolkning, som ikke opfylder disse to kriterier (N=16863). Der er desuden udregnet odds ratio-værdier med den øvrige befolkning som reference (OR=1) justeret for køn og alder.

## Resultater

### Selvvruderet helbred

For at belyse de tre gruppers vurdering af deres eget helbred indgår både de personer, der vurderer deres helbred som dårligt og dem, der vurderer det som nogenlunde. Af nedenstående tabel fremgår det tydeligt, at der blandt både kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister er markant flere, der ikke har et godt selvvruderet helbred, sammenlignet med den øvrige befolkning.

Tabel 1: Selvvruderet helbred.

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Selvvruderet helbred, dårligt eller nogenlunde	53,3	4,6	73,6	7,6	24,8

### Langvarig sygdom

Langvarig sygdom er defineret som sygdom af seks måneders varighed eller længere. Tabel 2 viser, at der blandt førtidspensionister som forventet er en meget høj andel, der lider af en langvarig sygdom. Kontanthjælpsmodtagere har i forhold til den øvrige befolkning også en højere forekomst af langvarig sygdom.

Tabel 2: Langvarig sygdom

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Langvarig sygdom	48,2	2,3	88,3	13,1	33,5

Tabel 3 viser omfanget af langvarig sygdom fordelt på diagnosegrupper. Tabellen viser, at både kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister i forhold til den øvrige befolkning i København har øget risiko for psykisk sygdom, hjertekarsygdom, sygdom i bevægeapparatet og skader. Særlig blandt førtidspensionister ses en væsentlig forøget risiko for psykisk sygdom, og en stor andel af førtidspensionister rapporterer om sygdom i bevægeapparatet og hjertekarsygdom.

Tabel 3: Langvarig sygdom efter diagnosegrupper

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Psykisk sygdom	4,4	2,8	10,8	7,5	1,5
Hjertekarsygdom	2,7	1,2	19,3	4,7	4,5
Sygdom i bevægeapparatet	14,9	1,8	36,9	3,8	11,0
Skader	8,6	2,1	8,1	1,8	4,6

### *Langvarig aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom*

En anden sygdomsvariabel er langvarig aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom, hvilket vil sige, at svarpersonen har været hæmmet i at udføre daglige aktiviteter i seks måneder eller mere. Tabel 4 viser, at der også her ses en langt højere andel blandt personer i de to udsatte grupper end i den øvrige befolkning.

Tabel 4: Langvarig aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Langvarig aktivitetsbegrænsning på grund af sygdom	24,4	4,7	46,8	8,3	9,4

### **Psykisk velbefindende**

Den ovenfor omtalte højere forekomst af psykisk sygdom blandt de to grupper, der repræsenterer socialt udsatte københavnske borgere, kan suppleres med en analyse af psykisk velbefindende i disse grupper. Psykisk velbefindende omhandler faktorer så som nervøsitæt, at være trist til mode eller ikke at være rolig og afslappet. Tabel 5 viser, at der for de to grupper af socialt udsatte er cirka fire gange større odds for at leve med psykisk besvær end for den øvrige befolkning.

Tabel 5: Psykisk besvær

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Psykisk besvær	43,4	4,0	42,6	3,5	17,7

### **Sundhedsadfærd**

#### *Rygning*

Tabel 6 viser andelen af personer, der ryger dagligt, i de tre grupper. Forekomsten af dagligrygere er højere både blandt kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister end i den øvrige befolkning.

Tabel 6: Ryger dagligt

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Ryger dagligt	41,8	1,6	54,6	2,4	29,7

### *Problematisk alkoholforbrug*

I Københavns kommunes sundhedsprofil 2000 indgår fire spørgsmål vedrørende alkoholforbrug. Spørgsmålene omhandler overvejelser om at nedsætte sit alkoholforbrug, om ens alkoholvaner er blevet kommenteret af familie og venner, om man har følt sig skyldig på grund af sine alkoholvaner og endelig om man har følt sig nødsaget til at starte dagen med en genstand for at få styr på nerverne eller blive tømmermændene kvit. Hvis en svarperson har svaret ja til mindst to ud af de fire spørgsmål antages det, at vedkommende har et problematisk alkoholforbrug. Som det fremgår af tabel 7, er andelen af kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister med et problematisk alkoholforbrug højere end andelen i den øvrige befolkning.

Tabel 7: Problematisk alkoholforbrug

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Problematisk alkoholforbrug	17,4	1,2	25,1	1,9	11,1

### *Fysisk aktivitet i fritiden*

På baggrund af de daværende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen blev der i den københavnske sundhedsprofil spurgt til graden af fritidsaktiviteter. Svarkategorierne gik fra meget aktiv i form af konkurrenceidræt til stillesiddende fritidsaktivitet. Af tabel 8 fremgår det, at ca. 1/3 af alle kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister havde en stillesiddende fritid; en betydelig større andel end blandt den øvrige befolkning.

Tabel 8: Stillesiddende fritidsaktivitet

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Stillesiddende fritidsaktivitet	31,8	3,1	31,3	3,2	16,5

### *Overvægt eller fedme*

I sundhedsprofilen for København blev der spurgt til højde og vægt, og ud fra dette blev BMI udregnet for alle svarpersoner. Med et BMI over 25 anses man for at være overvægtig, og ved BMI over 30 anses man for at være svært overvægtig. Som det fremgår af tabel 9, er der tale om en øget andel af overvægtige eller svært overvægtige i de to udsatte grupper i forhold til den øvrige befolkning.

Tabel 9: Overvægt eller fedme (svær overvægt)

	Kontanthjælp		Førtidspension		Øvrige befolkning
	Andel (%)	OR	Andel (%)	OR	Andel (%)
Overvægt eller fedme	45,7	1,6	56,4	1,5	33,2

## Sammenfatning

Begge de to udsatte grupper afviger signifikant fra referencegruppen på alle de angivne parametre. Tabellerne illustrerer det velkendte faktum, at de to grupper (førtidspensionister pr. definition men også kontanthjælpsmodtagere) har en meget høj forekomst af psykiske og somatiske symptomer. Over halvdelen rapporterer, at deres helbred ikke er godt, næsten samtlige førtidspensionister lider af en eller anden langvarig sygdom eller lidelse, og knap halvdelen har psykiske problemer. Til sammenligning er forekomsten af specifikke sygdomme relativt lav, dels fordi det ikke er let selv at rapportere om diagnoser, og dels fordi mennesker med eksempelvis specifikke psykiske sygdomme er stærkt underrepræsenteret i spørgeskemabaserede befolkningsundersøgelser. Forekomsten af risikofyldt sundhedsadfærd - rygning, problematisk alkoholforbrug, manglende fysisk aktivitet og overvægt - er også overrepræsenteret i de to grupper af socialt udsatte med odds ratio-værdier på 1,5-3,2. Flere af de sygdomme, som i særlig grad er overrepræsenteret blandt socialt udsatte grupper - psykisk sygdom, bevægeapparatsygdomme og skader - er dog forårsaget af andre faktorer, som ikke er relateret til risikofaktorer i sundhedsadfærd - med undtagelse af alkohol, som påvirker alle tre. Dette taler for, at den dominerende mekanisme i relationen mellem udsathed og helbred er de langvarigt aktivitetsbegrænsende sygdommes sociale og økonomiske konsekvenser.



Rådet for Socialt Udsatte  
Holmens Kanal 22  
1060 København K

tlf. 3392 4704  
e-mail [post@udsatte.dk](mailto:post@udsatte.dk)  
[www.udsatte.dk](http://www.udsatte.dk)

