

Anders Arnfred
Pia Vivian Pedersen
Maria Holst Algren
Knud Juel

Statens
Institut
for
Folkesundhed

Sundhed, sygelighed og trivsel blandt klinikprostituerede



Sundhed, sygelighed og trivsel blandt klinikprostituerede

Anders Arnfred
Pia Vivian Pedersen
Maria Holst Algren
Knud Juel

Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, december 2013

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-259-8

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Rapporten kan downloades på <http://www.si-folkesundhed.dk>

Indhold

Forord.....	3
Sammenfatning og konklusion	4
Helbred og trivsel	4
Sygelighed.....	4
Kontakt til egen læge og brug af medicin.....	4
Sundhedsadfærd, overvægt og undervægt.....	4
Sociale relationer.....	5
Vold og seksuelle overgreb.....	5
Arbejds miljø	5
Konklusion.....	5
Kapitel 1 - Materiale, metode og sociodemografisk beskrivelse	7
Baggrund og formål	7
Metode.....	7
Spørgeskema.....	7
Dataindsamling.....	8
Studiepopulation.....	9
Svarprocent.....	9
Sociodemografisk beskrivelse.....	9
Læsevejledning.....	12
Kapitel 2 - Helbred og trivsel.....	15
Selvvurderet helbred	15
Fysisk og mentalt helbred	15
Stress	16
Resultater: Helbred og trivsel.....	17
Andre studier.....	17
Opsamling: Helbred og trivsel	18
Kapitel 3 - Sygelighed	20
Langvarig sygdom.....	20
Smerter og ubehag inden for de seneste 14 dage	20
Specifikke sygdomme og lidelser	20

Resultater: Sygelighed.....	22
Opsamling: Sygelighed.....	23
Kapitel 4 - Kontakt til egen læge og brug af medicin.....	24
Kontakt til egen læge.....	24
Brug af medicin	24
Resultater: Kontakt til egen læge og brug af medicin	25
Opsamling: Kontakt til egen læge og brug af medicin.....	25
Kapitel 5 - Sundhedsadfærd, overvægt og undervægt.....	26
Resultater: Indsats for at bevare eller forbedre helbredet.....	27
Rygning	28
Andre studier.....	28
Passiv rygning.....	29
Alkohol.....	30
Andre studier.....	31
Brug af illegale stoffer.....	32
Andre studier.....	32
Fysisk aktivitet.....	34
Kost.....	35
Overvægt og undervægt.....	36
Andre studier.....	37
Opsamling: Sundhedsadfærd.....	38
Kapitel 6 - Sociale relationer.....	41
Resultater: Sociale relationer	41
Andre studier.....	42
Opsamling: Sociale relationer.....	42
Kapitel 7 - Vold og seksuelle overgreb	44
Resultater: Vold og seksuelle overgreb.....	45
Andre studier.....	46
Opsamling: Vold og seksuelle overgreb	46
Kapitel 8 - Arbejdsmiljø	48
Fysisk arbejdsmiljø.....	48
Psykosocialt arbejdsmiljø.....	48
Resultater: Arbejdsmiljø.....	48
Andre studier.....	49
Opsamling: Arbejdsmiljø	49

Forord

Denne rapport beskriver resultaterne fra en sundheds- og sygelighedsundersøgelse gennemført i 2010 blandt danske klinikprostituerede kvinder. I undersøgelsen beskrives klinikprostitueredes sundhed, sygelighed og trivsel og forhold af betydning herfor, fx sundhedsadfærd, kontakt til egen læge og arbejdsmiljø. Herudover sammenlignes de klinikprostituerede med kvinder i den generelle, danske befolkning.

Undersøgelsen er gennemført af cand.scient.pol. Anders Arnfred og en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, bestående af forsker Pia Vivian Pedersen, ph.d.-studerende Maria Holst Algren og forskningsleder Knud Juel.

En særlig tak skal rettes til alle undersøgelsens svarpersoner som velvilligt har besvaret spørgeskemaet. Uden denne velvilje var undersøgelsen aldrig blevet gennemført. Ligeledes skal lyde en stor tak til de gatekeepers, der hjalp os med at få adgang til miljøet.

December, 2013



Knud Juel

Forskningsleder, professor

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Sammenfatning og konklusion

Formålet med undersøgelsen er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed, sygelighed og trivsel blandt danske klinikprostituerede og at sammenligne med en gruppe af danske kvinder baseret på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 (SUSY-2010) (1). Undersøgelsen er gennemført som et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Anders Arnfred.

Undersøgelsen er baseret på selvadministrerede spørgeskemaer uddelt på ni af de største sexklinikker i København i 2010. I undersøgelsen indgår udelukkende etnisk danske klinikprostituerede i alderen 20-49 år. I alt 88 klinikprostituerede har besvaret spørgeskemaet. I rapporten sammenlignes gruppen af klinikprostituerede med en gruppe bestående af 3.225 danske kvinder i alderen 20-49 år, som deltog i den nationalt repræsentative SUSY-2010.

I de følgende afsnit præsenteres hovedresultaterne inden for de enkelte emner, der er beskrevet i rapporten. Under hvert emne belyses en række mål – eller indikatorer – for det enkelte emne. Eksempelvis er rapportens første emne 'Helbred og trivsel', og herunder beskrives blandt andet oplevelsen af stress som et mål – eller en indikator – for det overordnede emne 'Helbred og trivsel'.

Helbred og trivsel

Klinikprostitueredes generelle helbred og trivsel adskiller sig på nogle områder fra danske kvin-

ders. Andelen med dårligt mentalt helbred og andelen, der meget ofte eller ofte føler sig nervøse eller stressede, er mindre blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder. Der ses dog ingen signifikante forskelle mellem klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til selv vurderet helbred, fysisk helbred, og stressniveau.

Sygelighed

Der er overordnet set ikke markant forskel på klinikprostitueredes og danske kvinders sygelighed. Dette gælder i forhold til andelen med en langvarig sygdom og i forhold til en række specifikke sygdomme og lidelser. Dog er andelen, der har været meget generet af smerter og ubehag inden for en 14-dages periode; andelen med migræne eller hyppig hovedpine; samt andelen med forhøjet blodtryk mindre blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder.

Kontakt til egen læge og brug af medicin

Der er ikke signifikant forskel på, hvor ofte klinikprostituerede besøger egen læge sammenlignet med danske kvinder. Derimod er der forskel på brug af recept- og håndkøbsmedicin. I begge tilfælde har klinikprostituerede et markant mindre forbrug end danske kvinder.

Sundhedsadfærd, overvægt og undervægt

Overordnet har klinikprostituerede en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end danske kvinder, når det gælder rygning, alkoholforbrug og brug af stoffer. Således er der en markant større andel blandt klinikprostituerede, der er dagligrygere og storrygere; der er udsat for passiv rygning (blandt ikke-dagligrygere); der over-

skrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse; der jævnligt (hver måned) drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed; og som har brugt en række forskellige stoffer inden for det seneste år (hash, amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, svampe og andre stoffer). Andelen som ønsker at holde op med at ryge (blandt dagligrygere) er endvidere markant mindre blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. Der er generelt ingen forskelle mellem klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til kost og fysisk aktivitet. Dog er der en større andel, der spiser fisk ugentligt, blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder. Endelig er der en større andel, der er undervægtig, og en mindre andel, der er overvægtig og svært overvægtig, blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder.

Sociale relationer

Klinikprostituerede har gode sociale relationer, både hvad angår hyppigheden af kontakt til familie og venner (den strukturelle dimension af sociale relationer) samt adgangen til støtte (den funktionelle dimension af sociale relationer). Klinikprostitueredes sociale relationer adskiller sig ikke fra danske kvinders relationer, hverken i forhold til den strukturelle eller funktionelle dimension. Klinikprostitueredes kontakt til familie og venner er således lige så hyppig som danske kvinders, og de har i lige så høj grad nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Klinikprostituerede føler sig heller ikke oftere uønsket alene end danske kvinder.

Vold og seksuelle overgreb

Der er en større andel blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder, som har været udsat

for lettere fysisk vold (at være blevet skubbet, revet, rusket, slået med flad hånd eller lignende). Klinikprostituerede adskiller sig dog ikke fra danske kvinder i forhold til de øvrige indikatorer for vold og seksuelle overgreb: trusler om fysisk skade, grov fysisk vold, gennemført tvunget samleje og andre seksuelle overgreb.

Arbejds miljø

Klinikprostitueredes arbejdsmiljø er anderledes end danske kvinders. Klinikprostituerede er dårligere stillet i forhold til to indikatorer for fysisk arbejdsmiljø: ofte at arbejde i bøje-/forvredne arbejdsstillinger samt ofte at arbejde i gentagne og ensidige bevægelser. Omvendt har klinikprostituerede et bedre fysisk arbejdsmiljø, når det drejer sig om at løfte/bære tunge byrder og at være udsat for støj, kulde og træk. I forhold til det psykiske arbejdsmiljø skiller klinikprostituerede sig ligeledes positivt ud. Andelen, der altid eller ofte ikke når alle arbejdsopgaver er således mindre blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. De klinikprostituerede angiver også i langt mindre grad, at de ikke har indflydelse på deres arbejde i forhold til danske kvinder.

Konklusion

Klinikprostitueredes sundhed, sygelighed og trivsel er ikke entydigt bedre eller dårligere end danske kvinders. Klinikprostituerede adskiller sig positivt fra danske kvinder på en række parametre. Dette ses ved, at andelen med dårligt mentalt helbred; andelen, der ofte eller meget ofte føler sig nervøs eller stresset; andelen med meget generende smerter og ubehag; andelen med migræne eller hyppig hovedpine; andelen med forhøjet blodtryk; samt andelen af overvægtige og svært overvægtige er mindre blandt kli-

nikprostituerede end danske kvinder. Ligeledes er andelen, der har brugt henholdsvis recept- og håndkøbsmedicin markant mindre blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. Andelen, der spiser fisk ugentligt, er større blandt klinikprostituerede. Endelig har klinikprostituerede, sammenlignet med danske kvinder, et bedre psykisk arbejdsmiljø og også et bedre fysisk arbejdsmiljø, når det drejer sig om at løfte/bære tunge byrder og at være udsat for støj, kulde og træk.

Klinikprostituerede skiller sig på andre områder negativt ud sammenlignet med danske kvinder. Dette gælder i særdeleshed i forhold til sundhedsadfærd, hvor klinikprostituerede har en væsentlig mere uhensigtsmæssig adfærd, når det gælder rygning, alkoholforbrug og brug af en række illegale stoffer. Ud fra et sundhedsfremmeperspektiv er det også interessant at bemærke, at andelen af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, er markant mindre blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. Andelen blandt ikke-dagligrygere, der er udsat for passiv rygning, er endvidere markant større blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. Der er ydermere en større andel blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, som har været udsat for lettere fysisk vold. Sammenlignet med danske kvinder har klinikprostituerede desuden et dårligere fysisk arbejdsmiljø, når det drejer sig om ofte at arbejde i bøjede/forvredne arbejdsstillinger samt ofte at arbejde i gentagne og ensidige bevægelser.

På en række parametre er der ingen signifikante forskelle mellem de to grupper. Dette gælder fx i forhold til selv vurderet helbred, fysisk helbred, stressniveau, langvarig sygdom, en række speci-

fikke sygdomme og lidelser, kontakt til egen læge, fysisk aktivitetsniveau, de fleste indikatorer for kostvaner, sociale relationer samt seksuelle overgreb.

Kapitel 1

Materiale, metode og sociodemografisk beskrivelse

Baggrund og formål

Der er et bredt ønske blandt politikere, forskere og interesseorganisationer om at få mere viden om de forskellige prostitutionsformer. Derfor er det afgørende at få beskrevet, hvordan prostituerede har det sammenlignet med den øvrige befolkning for derved at få mulighed for at målrette fremtidige forebyggelsesindsatser på relevante områder.

I et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og Anders Arnfred (AA), blev det besluttet at belyse sundhedstilstanden blandt klinikprostituerede. Formålet med undersøgelsen er at beskrive sundhed, sygelighed og trivsel blandt klinikprostituerede sammenlignet med en relevant referencegruppe af danske kvinder med samme alder og uddannelse baseret på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 (SUSY-2010) (1).

Denne undersøgelse er rettet mod danske klinikprostituerede, da de udgør den største gruppe af prostituerede i Danmark (2). For at beskrive sundhedstilstanden blandt klinikprostituerede

de er der foretaget en spørgeskemaundersøgelse i Københavnsområdet¹.

Metode

Spørgeskema

Til at belyse sundhedstilstanden blandt klinikprostituerede er der anvendt et selvadministreret spørgeskema, som med få undtagelser er identisk med spørgeskemaet fra SUSY-2010-undersøgelsen. Ved at anvende de samme spørgsmål er det muligt at sammenligne sundheds- og sygelighedstilstanden mellem klinikprostituerede og den danske befolkning. Der blev tilføjet tre spørgsmål til belysning af, hvor ofte kvinderne arbejder med prostitution. Derudover blev et enkelt spørgsmål vedrørende klinikprostitueredes arbejdssituation omformuleret, og der blev tilføjet "Kunde" som svarmulighed i enkelte spørgsmål om vold og seksuelle overgreb. Spørgeskemaet indeholder oplysninger om helbredsrelateret livskvalitet, sundhedsadfærd, sygelighed og sygdomskonsekvenser, sociale relationer og arbejdsmiljøforhold.

¹ Som det fremgår af rapporten, er betegnelserne prostitution og prostituerede valgt fremfor sexarbejde og sexarbejdere til at beskrive den handling og de kvinder, der sælger sex for penge. Det er ikke udtryk for en politisk eller holdningsmæssig stillingtagen til prostitution. Valget begrundes med, at det er disse formuleringer som fx Socialstyrelsens Udsatteenhed og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) benytter.

Spørgeskemaet omfatter følgende emner:

- Personlige forhold
- Opfattelse af eget helbred
- Sundhedsadfærd – herunder bl.a. rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og brug af narkotiske stoffer
- Sygdom og smerter
- Kontakt til sundhedsvæsenet
- Generel trivsel
- Vold og seksuelle overgreb
- Kontakt med andre mennesker
- Økonomi, uddannelse og arbejde

Dataindsamling

Dataindsamlingsstrategien var at møde de klinikprostituerede i det miljø, hvor de færdes, det vil sige på sexklinikker og bordeller. Fremgangsmåden med at kontakte klinikprostituerede på klinikkerne er udbredt inden for prostitutionsforskningen (3-5). Dataindsamlingen foregik på ni af de største sexklinikker i Københavnsområdet, hvor der udelukkende arbejdede danske kvinder. Klinikkerne blev udvalgt på baggrund af information fra kontaktpersoner i prostitutionsmiljøet, suppleret med information fra internetsøgninger på sexklinikker i København.

Ud fra et forskningsperspektiv udgør de klinikprostitueredes behov for anonymitet en stor udfordring (3,4,6,7). Det kan derfor være problematisk at etablere kontakt med klinikprostituerede uden en gatekeeper, der kan sige ”god for” spørgeskemaundersøgelsen. En gatekeeper defineres her, som en person som folk i prostitutionsmiljøet har tillid til og er trygge ved. Således har det været væsentligt for denne undersøgelse at anvende en gatekeeper til at skaffe ad-

gang til sexklinikkerne. I vores tilfælde har en tidligere klinikprostitueret (nuværende klinik-ejer) opfyldt denne funktion. Behovet for anonymitet gør det også uomgængeligt nødvendigt at opbygge personlige relationer, hvis man ønsker at undersøge prostitutionsmiljøet videnskabeligt. En erfaring der deles af flere andre studier blandt prostituerede (2,6-9).

Der blev primært udleveret spørgeskemaer om formiddagen og sent på eftermiddagen på de ni klinikker. Spørgeskemaerne blev udleveret sammen med en kort introduktion til undersøgelsen. Samtidig med uddelingen blev der opstillet lukkede indsamlingskasser i pauserummene på de enkelte klinikker. Denne model tilgodeså kvindernes behov for anonymitet (3,4,6,7).

Det blev besluttet at uddele spørgeskemaerne på klinikkerne, da det ikke vil være etisk forsvarligt at sende et spørgeskema hjem til de klinikprostitueredes privatadresse. På baggrund af AA's tid ved Sexarbejdernes InteresseOrganisation (SIO)² og samtaler med klinikprostituerede, er det erfaret, at det ikke er alle klinikprostituerede, der indvier deres samlevende i, at de arbejder som prostituerede. Hermed kunne et spørgeskema indeholdende spørgsmål om prostitution sendt til deres privatadresse påvirke deres privatliv negativt. Det blev også overvejet at vedlægge frankerede svarkuverter sammen med spørge-

² SIO blev dannet i 2008 af en gruppe af sexarbejdere, som følte et behov for at have en organisation, der kunne fungere som et talerør for dem. SIO bliver styret af fem medlemmer, som vælges for to år ad gangen. Blandt de fem bestyrelsesmedlemmer vælges der en formand. Da en af rapportens forfattere (AA) var praktikant hos SIO, blev der som regel holdt møde ca. en gang hver halvanden måned. Der var som regel seks til syv faste deltagere og ofte besøgende. Der var på dette tidspunkt omkring 90 medlemmer, og i dag fremgår det af SIOs hjemmeside, at der er 175 medlemmer (www.s-i-o.dk).

skemaet og indsamlingskassen, således at de klinikprostituerede selv kunne returnere spørgeskemaet. Denne mulighed blev dog fravalgt, da det blev vurderet, at sandsynligheden for, at de ville svare var størst, hvis udfyldning og aflevering foregik lige ved siden af hinanden. Forbeholdet over for frakterede svarkuverter støttes også af Kofod et al. (2011) (2). De klinikprostituerede i nærværende undersøgelse har i modsætning til andre undersøgelser af prostitutionsområdet ikke modtaget pengegaver for at besvare spørgeskemaet (3-5).

Dataindsamlingen forløb i maj og juni 2010. I alt modtog SIF 90 udfyldte spørgeskemaer, hvoraf der i denne undersøgelse er anvendt besvarelser fra 88 personer. Der blev frasorteret to besvarelser, da disse var besvaret af telefondamer på klinikkerne og dermed ikke af klinikprostituerede.

Studiepopulation

Analyserne i nærværende rapport er baseret på de 88 klinikprostituerede, der har svaret på spørgeskemaet. De klinikprostituerede sammenlignes med svarpersonerne i SUSY-2010. SUSY-2010 er en nationalt repræsentativ undersøgelse, der har til formål at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed, sygelighed og trivsel i den voksne danske befolkning (16 år eller derover) (1). Undersøgelsen er baseret på selvadministrerede spørgeskemaer, og i alt 15.165 personer har besvaret skemaet. I denne undersøgelse indgår alene besvarelser fra kvinder i alderen 20-49 år med dansk etnisk baggrund, i alt 3.225 kvinder. Dette er valgt for at gøre SUSY-2010 sammenlignelig med gruppen af klinikprostituerede. I det følgende betegnes svarpersonerne fra

SUSY-2010-undersøgelsen som 'danske kvinder'.

Svarprocent

Det er ikke muligt at angive en præcis svarprocent for de indkomne spørgeskemaer, eftersom disse ikke blev uddelt til et bestemt antal klinikprostituerede. Men ifølge hjemmesiderne fra de ni deltagende klinikker i vores undersøgelse er der tilsammen ansat 224 kvinder på disse klinikker, svarende til en deltagelse på 39 %.

Betragtes antallet af besvarelser i forhold til det samlede antal klinikprostituerede i hele Danmark er svarprocenten 11 % udregnet på baggrund af, at antallet af danske klinikprostituerede var 780 i 2010 (2). Det er også værd at notere sig, at beregningen foretaget af Kofod et al. (2011) (2) for antallet af klinikprostituerede er baseret på, hvor mange kvinder der er i kontakt med prostitution i løbet af et helt år. I den forbindelse medregnes, at der er en løbende udskiftning af kvinderne. Således antager Kofod et al. (2011), at der på intet tidspunkt er mere end ca. 2/3 af det samlede antal klinikprostituerede for et år, som er aktive. Det vil sige, at de 88 klinikprostituerede, som vi har besvarelser fra, formentlig udgør en endnu større procentdel af den samlede gruppe af aktive klinikprostituerede. Tendensen med, at antallet af klinikprostituerede varierer over et år, er også velkendt i andre lande, fx New Zealand (3).

Sociodemografisk beskrivelse

Tabel 1 viser fordelingen af klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til alder, uddannelseslængde, erhvervsmæssig stilling og civilstand (uoplyste indgår ikke i tabellen). Der er en markant forskel i aldersfordelingen mellem klinik-

prostituerede og referencegruppen af danske kvinder, idet de klinikprostituerede generelt er yngre. Næsten 74 % af de klinikprostituerede er 34 år eller derunder mod 45 % blandt danske kvinder i aldersgruppen 20-49 år.

Betragtes den højest fuldførte uddannelse ses det, at omkring 24 % af de klinikprostituerede har 10 års uddannelse eller derunder mod knap 7 % blandt danske kvinder. I begge grupper er der omkring 50 %, der har en mellemlang videregående uddannelse svarende til 11-14 års uddannelse, og endeligt er der ca. halvt så mange klinikprostituerede, der har en lang videregående uddannelse som blandt danske kvinder. En del af forskellen i uddannelseslængden mellem klinikprostituerede og danske kvinder kan henføres til, at de klinikprostituerede er yngre end de danske kvinder.

I alt 71,3 % af de klinikprostituerede angiver, at de er i beskæftigelse, hvoraf 26,3 % angiver, at

de udelukkende arbejder som klinikprostituerede. Til sammenligning angiver i alt 73,9 % blandt danske kvinder, at de er i beskæftigelse. Der ses heller ingen væsentlige forskelle mellem klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til de øvrige erhvervsgrupper.

Der er stor forskel på klinikprostitueredes og danske kvinders civilstand. I referencegruppen af danske kvinder er der næsten fem gange så mange kvinder, der er gift (45,3 %) som i gruppen af klinikprostituerede (9,1 %). Derudover er næsten tre gange så mange blandt klinikprostituerede enten skilt eller separeret i forhold til danske kvinder.

Der er således væsentlige forskelle i aldersfordelingen, uddannelse og civilstand mellem klinikprostituerede og danske kvinder.

Tabel 1.1 Alder, uddannelse, erhvervsmæssig stilling og civilstand blandt klinikprostituerede og danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik- prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede
Alder (år)			
20-24	21,4	15,1	18
25-29	27,4	12,9	23
30-34	25,0	17,3	21
35-39	11,9	18,0	10
40-44	8,3	19,5	7
45-49	6,0	17,2	5
Alle	100,0	100,0	84
Uddannelse			
Går i skole	1,3	3,6	1
<10 år	12,8	2,3	10
10 år	11,5	4,3	9
11-12 år	18,0	12,2	14
13-14 år	32,1	36,6	25
≥15 år	23,1	40,4	18
Anden uddannelse	1,3	0,6	1
Alle	100,0	100,0	78
Erhvervsmæssig stilling			
Udelukkende prostituerede	26,3		21
Beskæftigede	45,0	73,9	36
Arbejdsløse herunder aktiverede	8,8	4,9	7
Uddannelsessøgende	12,5	14,0	10
Førtidspensionister	5,0	3,3	4
Øvrige ikke-erhvervsaktive	2,5	4,0	2
Alle	100,0	100,0	80
Civilstand			
Gift	9,1	45,3	7
Registreret partnerskab	5,2	2,6	4
Separeret	5,2	1,8	4
Skilt	16,9	6,8	13
Enke	0,0	0,6	0
Ugift	63,6	42,8	49
Alle	100,0	100,0	77
Antal svarpersoner	88	3.225	

Læsevejledning

Denne rapport er tænkt som et opslagsværk om klinikprostitueredes sundhed, sygelighed og trivsel, således at læseren kan slå op et givent sted i rapporten og få konkret viden om klinikprostitueredes sundhedstilstand inden for et givent emne. Rapporten består af en sammenfatning og konklusion samt af 8 kapitler.

Kapitel 1 omfatter undersøgelsens baggrund og formål, metode, beskrivelse af studiepopulation, svarpersonernes sociodemografiske profil samt denne læsevejledning. Kapitlerne 2-8 er en gennemgang af forskellige aspekter af sundhed, sygelighed og trivsel samt faktorer af betydning herfor. Rapportens forskellige kapitler repræsenterer som nævnt forskellige aspekter af sundhed, sygelighed og trivsel. Under hvert emne belyses en række mål – eller indikatorer – for det enkelte emne.

Hvert kapitel indledes med en introduktion om det pågældende emne og de pågældende indikatorer, hvorefter resultaterne præsenteres i én eller flere tabeller, der viser forekomsten og fordelingen af de enkelte indikatorer blandt henholdsvis klinikprostituerede og referencegruppen af danske kvinder. I de tilfælde, hvor det er muligt, inddrages i hvert kapitel relevante resultater fra andre undersøgelser (nationale og internationale) om klinikprostituerede. Hvert kapitel afsluttes med en opsamling i forhold til det pågældende emne.

Alle tabeller er opbygget på samme måde. I det følgende forklares, hvordan en tabel skal læses. Rygning er anvendt som eksempel (tabel 1.1). I øverste række er angivet en overskrift for hver af søjlerne i tabellen. Søjlerne har altid den samme rækkefølge; henholdsvis, 'Klinikprostituerede %', 'Danske kvinder %', 'Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede', 'OR' og til sidst '95 % sikkerhedsgrænser'.

Søjlen 'Klinikprostituerede %' angiver andelen blandt klinikprostituerede med den givne indikator. Søjlen 'Danske kvinder %' angiver andelen i referencegruppen af danske kvinder med den givne indikator.

Søjlen 'Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede' viser, hvor mange ud af den samlede stikprøve på 88 kvinder, der har besvaret den aktuelle indikator.

Søjlen 'OR' angiver odds ratio. Formålet med OR er at give en beskrivelse af forskellene mellem de to grupper, når der samtidigt kontrolleres for alder og uddannelsesniveau. OR måler for hver indikator forskellen mellem gruppen af klinikprostituerede og referencegruppen af danske kvinder.

Søjlen '95 % sikkerhedsgrænser' indeholder et 95 % sikkerhedsinterval for OR. Intervallet angiver den nedre og den øvre grænse.

Hvordan tallene skal forstås, kan ses nedenfor i tabel 1.2.

*Tabel 1.2 Rygning blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.
Eksempel.*

	Klinik- prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerheds- grænser
Andel dagligrygere	65,9	19,1	56/85	7,9	4,8-13,1
Andel storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen)	45,9	9,1	39/85	8,5	5,1-14,1
Andel dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge	62,5	82,6	35/56	0,3	0,2-0,6
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Tallet angiver, at 65,9 % blandt klinikprostituerede ryger dagligt.

Tallet angiver, at 19,1 % blandt danske kvinder ryger dagligt.

Tallet angiver, at 56 klinikprostituerede ryger dagligt ud af de 85 klinikprostituerede, der har svaret på spørgsmålet.

Tallet angiver odds ratio, dvs. hvor meget større (eller mindre) chance (odds) klinikprostituerede har for at ryge dagligt i forhold til danske kvinder.

Intervalleret 4,8-13,1 angiver inden for hvilken sikkerhedsmargen, at OR befinder sig. Hvis intervallet indeholder 1, er der ikke signifikant forskel på klinikprostituerede og danske kvinder.

-
1. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
 2. Kofod J, Dyrvig TF, Markwardt K, Lagoni N, Bille R, Termansen T, Christiansen L, Toldam EJ, Vilshammer M. Prostitution i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI, 2011.
 3. Plumridge L, Abel G. A 'segmented' sex industry in New Zealand: sexual and personal safety of female sex workers. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2001; 25 (1): 78-83.
 4. De Graaf R, Vanwesenbeeck I, Vanzessen G, Straver CJ, Visser JH. Alcohol and drug-use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behavior. AIDS Care 1995; 7(1): 35-47.
 5. Seib C, Fischer J, Najman JM. The health of female sex workers from three industry sectors in Queensland, Australia. Soc Sci Med 2009; 68 (3): 473-478.
 6. Cunningham S, Kendall TD. Prostitution 2.0: The changing face of sex work. J Urban Econ 2011; 69(3): 273-87.
 7. Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. Aust NZ J Psychiat 2001; 35(1): 75-80.
 8. Boyle FM, Dunne MP, Najman JM, Western JS, Turrell G, Wood C, Glennon S. Psychological distress among female sex workers. Aus NZ J Public Health 1997; 21 (6): 643-646.
 9. Seib C, Dunne MP, Fischer J, Najman JM. Predicting the job satisfaction of female sex workers in Queensland, Australia. International Journal of Sexual Health 2012; 24:2: 99-111.

Kapitel 2

Helbred og trivsel

Dette kapitel omfatter forskellige mål for, hvordan klinikprostituerede oplever og vurderer eget helbred, helbredsrelateret livskvalitet og trivsel. I kapitlet belyses således klinikprostitueredes selvvaluerede helbred, fysiske og mentale helbred samt deres oplevelse af stress.

Selvvalueret helbred

Selvvalueret helbred er en persons samlede vurdering af en række helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved at liste personens symptomer og sygdomme. Selvvalueret helbred er en uafhængig risikofaktor for sygelighed og dødelighed (1,2). Flere undersøgelser både i Danmark og internationalt har påvist sammenhænge mellem selvvalueret helbred og fx forekomst af kræft, hjertesygdom, brug af sundhedsvæsenet, medicinforbrug og dødelighed (3,4). Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død. Der findes forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første er det blevet fremhævet, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor personen bruger forskellige kilder i sin vurdering; dvs. ikke blot sin aktuelle helbredssituation, men også udviklingen igennem hele livsløbet, kendskab til sygelighed og dødelighed i familien, 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 (fx at man tager den medicin, man er blevet ordineret) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd – alt sammen fakto-

rer, der har betydning for sygelighed og dødelighed. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred også afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom (2).

I denne undersøgelse er følgende spørgsmål anvendt til at belyse selvvalueret helbred: 'Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?'. Der er fem svarmuligheder: 'Fremragende', 'vældig godt', 'godt', 'mindre godt' og 'dårligt'. I det følgende belyses andelen, der har et fremragende, vældig godt eller godt selvvalueret helbred.

Fysisk og mentalt helbred

Der eksisterer flere forskellige spørgsmål eller spørgsmålsbatterier, der kan anvendes til at beskrive selvrapporteret helbredsstatus og helbredsrelateret livskvalitet. I nærværende undersøgelse anvendes spørgsmålsbatteriet Short Form 12 Health Survey version 2 (SF-12) til at beskrive klinikprostitueredes fysiske og mentale helbred. SF-12 indeholder 12 spørgsmål, der belyser en persons helbredstilstand inden for de seneste fire uger. Spørgsmålene omhandler helbredsrelaterede begrænsninger i fysisk funktion, social funktion og psykisk velbefindende. Det er et udbredt og anerkendt mål, og flere studier har dokumenteret høj validitet (5-7). SF-12 er et såkaldt generisk helbredsstatusmål, hvilket vil sige, at spørgsmålene anses som relevante for såvel syge som raske.

Ud fra besvarelsen på de 12 spørgsmål er det muligt at beregne en samlet score for to generelle helbredskomponenter – henholdsvis en fysisk helbredskomponent og en mental helbredskomponent. Der scores i intervallet 0 til 100 med

100 som udtryk for den bedst tænkelige helbredsstatus. I denne undersøgelse er grupperne, der har dårligt fysisk og mentalt helbred, afgrænset til de 10 % med den laveste score på henholdsvis den fysiske og mentale helbreds-komponent. I det følgende belyses således andelen med henholdsvis dårligt fysisk og dårligt mentalt helbred.

Stress

Stress kan defineres som en tilstand karakteriseret ved ulyst og anspændthed. Stress kan udløse forskellige sygdomme, men er ikke en sygdom i sig selv. Det er vigtigt at skelne mellem den kortvarige og den langvarige stress (8). Kortvarig, akut stress oplever vi, når en situation presser os og bringer vores krop i alarmberedskab. Formålet er at skærpe sanserne og gøre os i stand til at handle. Bagefter slapper kroppen igen af og restituerer sig. Denne kortvarige form for stress er ikke skadelig. Vedvarende, langvarig stress opstår, når de situationer og begivenheder, der stresser os, ikke forsvinder, men forhindrer kroppen i at restituere. Det er næsten altid skadeligt, fordi kroppen ikke er skabt til at være i konstant beredskab, og det går ud over vores helbred og velbefindende. Stress menes at være nøglen til at forstå en række sammenhænge mellem det biologiske, det psykologiske og det sociale. Det kan tænkes, at stress påvirker helbredet via en række forskellige mekanismer, fx personlig adfærd, sårbarhed, fysiologiske processer og risiko for kronisk psykisk lidelse (9).

I denne undersøgelse anvendes to mål for klinikprostitueredes oplevelse af stress: dels andelen, der meget ofte eller ofte føler sig nervøs

eller stresset og dels andelen med et højt stressniveau. Stressniveauet måles med Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som er en valideret stressskala (10). Den måler svarpersonens oplevelse af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart og belastende, og om hun føler sig nervøs eller stresset. Jo højere score på skalaen, desto højere grad af oplevet stress. Et højt stressniveau er i denne undersøgelse defineret som en PSS score ≥ 17 .

Resultater: Helbred og trivsel

Klinikprostituerede vurderer ikke deres helbred anderledes end danske kvinder, tabel 2.1. I alt 94,3 % blandt klinikprostituerede og 90,6 % blandt danske kvinder vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Andelen med dårligt fysisk helbred udgør 5,1 % blandt klinikprostituerede og 6,4 % blandt danske kvinder; en forskel, der ikke er signifikant.

Andelen med dårligt mentalt helbred er derimod mindre blandt klinikprostituerede (1,3 %) sammenlignet med danske kvinder (12,1 %).

Andelen, der meget ofte eller ofte føler sig nervøs eller stressede, er ligeledes mindre blandt klinikprostituerede (10,5 %) end blandt danske kvinder (16,4 %). Endelig ses det, at henholdsvis 13,6 % blandt klinikprostituerede og 16,3 % blandt danske kvinder har et højt stressniveau. Denne forskel er ikke signifikant.

Tabel 2.1 Helbred og trivsel blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinikprostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser
SELVVURDERET HELBRED					
Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred	94,3	90,6	83/88	2,4	0,7-7,7
FYSISK OG MENTALT HELBRED					
Andel med dårligt fysisk helbred	5,1	6,4	4/78	0,5	0,1-2,3
Andel med dårligt mentalt helbred	1,3	12,1	1/78	0,1	0,0-0,6
STRESS					
Andel, der ofte eller meget ofte føler sig nervøs eller stresset	10,5	16,4	9/86	0,4	0,2-0,9
Andel med højt stressniveau	13,6	16,3	12/88	0,6	0,3-1,2
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Andre studier

På trods af at der internationalt set er flere studier, der belyser klinikprostitueredes helbred, er det kun Romans et al. (2001), der specifikt har undersøgt indendørsprostitueredes selvvurderede helbred og foretager en sammenligning med new zealandske kvinder generelt. Studiet finder dog ingen signifikant forskel mellem de to grupper i forhold til selvvurderet helbred, hvilket kan hænge sammen med et begrænset antal respondenter (N=29) i undersøgelsen (11).

Seib et al. (2009) finder, at klinikprostituerede havde et lidt bedre fysisk helbred end gruppen af tilfældigt udvalgte, aldersmatchede australske kvinder (målt ved hjælp af SF-36 - en længere version af SF-12-spørgsmålsbatteriet) (12). Seib et al (2009) peger på flere mulige forklaringer på denne forskel. Først og fremmest øger seksuel aktivitet pulsen, blodtrykket og iltindtaget. Disse metaboliske ændringer ses også ved andre former for moderat fysisk aktivitet. I forhold til

mentalt helbred finder andre studier ingen signifikante forskelle mellem indendørsprostituerede og kvinder i den generelle befolkning (11-13). I stedet synes typen af prostitution at spille en væsentlig rolle, idet gadeprostitueredes mentale helbred og psykiske velbefindende er markant dårligere end klinikprostitueredes (11-14).

Opsamling: Helbred og trivsel

Klinikprostitueredes generelle helbred og trivsel adskiller sig på nogle områder fra danske kvinder. Andelen med dårligt mentalt helbred og andelen, der meget ofte eller ofte føler sig nervøse eller stressede, er mindre blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder. Der ses dog ingen signifikante forskelle mellem klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til selv vurderet helbred, fysisk helbred, og stressniveau.

-
1. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 267-275.
 2. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997; 38: 21-37.
 3. Kristensen TS, Bjørner J, Smith-Hansen L, Borg V, Skov T. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø – Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse. Arbejdsmiljøinstituttet og Institut for Folkesundhedsvidenskab. København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
 4. Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1991; 46: 55-65.
 5. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34: 220-233.
 6. Gandek, B. et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1171-1178.
 7. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 55.
 8. Netterstrøm B. Stress. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.
 9. Kristensen TS. Stress og psykosomatiske sygdomme. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein B, Due P, red. *Medicinsk Sociologi - samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, 2002.
 10. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 385-396.
 11. Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. *Aust NZ J Psychiat* 2001; 35(1): 75-80.
 12. Seib C, Fischer J, Najman JM. The health of female sex workers from three industry sectors in Queensland, Australia. *Soc Sci Med* 2009; 68 (3): 473-78.
 13. Boyle FM, Dunne MP, Najman JM, Western JS, Turrell G, Wood C, Glennon S. Psychological distress among female sex workers. *Aus NZ J Public Health* 1997; 21 (6): 643-646.
 14. Kofod J, Dyrvig TF, Markwardt K, Lagoni N, Bille R, Termansen T, Christiansen L, Toldam EJ, Vilshammer M. *Prostitution i Danmark*. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI, 2011.

Kapitel 3

Sygelighed

Der findes forskellige perspektiver på sundheds- og sygelighedstilstanden i en befolkning. Hvor kapitel 2 om helbred og trivsel fokuserer på den subjektive, oplevelsesmæssige dimension af sundhed og helbred, omhandler dette kapitel primært den medicinske, professionelle dimension. I spørgeskemaet er der således spurgt til klinikprostitueredes sygelighed, der kan variere fra sygdomme diagnosticeret i sundhedsvæsenet til gener og besvær i dagligdagen, som kan udvikle sig til egentlig sygdom eller forsvinde igen.

Der er anvendt tre forskellige mål for sygdom og sygelighed:

- langvarig sygdom
- smerter og ubehag inden for en 14-dages periode
- specifikke sygdomme og lidelser

Langvarig sygdom

Hvor sygdomsbilledet tidligere var domineret af infektionssygdomme, mødre- og børnedødelighed sammen med ernæringsmæssige og sociale forhold, er de største problemer i dag langvarige sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, sygdomme i nervesystemet, kræftsygdomme, psykiske lidelser, kroniske lungesygdomme (primært KOL), type 2-diabetes og muskel- og skeletsygdomme (1). Langvarige sygdomme er i høj grad betinget af vores livsstil, da denne både kan øge risikoen for og fremskynde udviklingen af en række langvarige sygdomme (2).

Forekomsten af langvarig sygdom er i denne undersøgelse belyst ved spørgsmålet 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?' Langvarig sygdom er her defineret som sygdom af mindst seks måneders varighed og benyttes i denne rapport synonymt med begrebet kronisk sygdom.

Smerter og ubehag inden for de seneste 14 dage

Et andet mål for sygelighed, som anvendes i denne undersøgelse, er forekomsten af smerter og ubehag inden for en 14-dages periode. Smerter og ubehag kan i hverdagen være et udtryk for manifestationer af langvarige sygdomme, enkeltstående sygdomsepisoder eller som ganske almindeligt besvær, der enten kan udvikle sig til sygdom eller helt forsvinde igen.

I denne undersøgelse er smerter og ubehag belyst ved spørgsmålet: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag?'. Svarmulighederne var: 'Ja, meget generet', 'ja, lidt generet' eller 'nej' på følgende otte former for smerter eller ubehag: 'Smerter eller ubehag i skulder eller nakke', 'Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led', 'Smerter eller ubehag i ryg eller lænd', 'Træthed', 'Hovedpine', 'Søvnbesvær, søvnproblemer', 'Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig' og 'Ængstelse, nervøsitet, uro og angst'.

Specifikke sygdomme og lidelser

Et tredje mål for sygelighed er forekomsten af specifikke sygdomme og lidelser, som de klinikprostituerede og danske kvinder angiver at

have eller have haft. De specifikke sygdomme er belyst via følgende spørgsmål: 'For hver af følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger'. Hvis svarpersonen har den pågældende sygdom nu, eller stadig har eftervirkninger fra sygdommen, er svarpersonen defineret som at have den pågældende sygdom. Spørgeskemaet spurgte ind til i alt 18 specifikke sygdomme.

Resultater: Sygelighed

Tabel 3.1 Sygelighed blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik- prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerheds- grænser
LANGVARIG SYGDOM					
Andel med langvarig sygdom	22,1	27,0	19/86	0,7	0,4-1,3
SMERTER OG UBEHAG					
Andel der har været meget generet af smerter og ubehag inden for de seneste 14 dage	25,0	35,5	22/88	0,5	0,3-0,9
SPECIFIKKE SYGDOMME OG LIDELSER					
Andel med astma	7,5	8,0	6/80	0,7	0,2-1,8
Andel med allergi	25,3	25,4	21/83	1,1	0,6-1,9
Andel med forhøjet blodtryk	0,0	4,6	0/82	0,0	0,0-1,0
Andel med slidgigt	4,8	7,2	4/83	1,2	0,4-3,5
Andel med leddegigt	3,6	2,9	3/83	1,7	0,5-5,5
Andel med migræne eller hyppig hovedpine	15,5	23,7	13/84	0,5	0,2-0,9
Andel med forbigående psykisk lidelse (fx let depression eller angst)	20,5	18,3	17/83	1,0	0,6-1,8
Andel med vedvarende psykisk sygdom eller mentale forstyrrelser	2,5	4,5	2/81	0,2	0,0-1,7
Andel med diskusprolaps eller andre rygsygdomme	9,5	9,7	8/84	1,3	0,6-2,8
Andel med tinnitus (hyletone, susen for ørerne)	4,9	5,1	4/82	1,2	0,4-3,5
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Der er i alt 22,1 % blandt de klinikprostituerede og 27,0 % blandt danske kvinder, der angiver at have en langvarig sygdom, tabel 3.1. Forskellen er ikke signifikant.

Andelen, der har været meget generet af smerter og ubehag inden for en 14-dages periode, er signifikant mindre blandt klinikprostituerede (25,0 %) end blandt danske kvinder (35,5 %).

Betragtes de specifikke sygdomme og lidelser ses det, at der er en signifikant forskel ved to sygdomme. Det drejer sig om forekomsten af

forhøjet blodtryk og forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine. I begge tilfælde er forekomsten lavere blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. Eksempelvis angiver i alt 15,5 % blandt klinikprostituerede at have eller have haft migræne eller hyppig hovedpine mod 23,7 % blandt danske kvinder. For de øvrige sygdomme og lidelser ses ingen signifikante forskelle mellem klinikprostituerede og danske kvinder. Eksempelvis er der blandt klinikprostituerede 20,5 %, der har haft en forbigående psykisk lidelse mod 18,3 % blandt danske kvinder. Spørges der til vedvarende psykisk

lidelse angiver 2,5 % blandt klinikprostituerede og 4,5 % blandt danske kvinder at have eller have haft dette.

Opsamling: Sygelighed

Dette kapitel har belyst klinikprostitueredes sygelighed ud fra tre forskellige indikatorer: langvarig sygdom, smerter og ubehag inden for en 14-dages periode og specifikke sygdomme og lidelser. Der er overordnet set ikke markant forskel på klinikprostitueredes og danske kvinders sygelighed. Dog er andelen, der har været meget generet af smerter og ubehag inden for en 14-dages periode; andelen med migræne eller hyppig hovedpine; samt andelen med forhøjet blodtryk, mindre blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder.

1. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

2. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006. København, Statens Institut for Folkesundhed.

Kapitel 4

Kontakt til egen læge og brug af medicin

Dette kapitel omhandler klinikprostitueredes kontakt til egen læge og brug af medicin.

Kontakt til egen læge

Mennesker reagerer forskelligt på sygdomme og sygelighed. Nogle reagerer ved ikke at foretage sig noget, mens andre reagerer aktivt på måder, der kan variere bredt. De aktive reaktioner kan fx være at tage noget medicin, søge hjælp hos familie og venner eller kontakte fagpersoner i og uden for sundhedsvæsenet. Udviklingen i sygdomsmønsteret i den danske befolkning betyder, at sundhedsvæsenet i dag ikke blot skal have fokus på behandlingen af sygdom, men også i højere grad end tidligere have fokus på den forebyggende indsats og behandling af kroniske sygdomme. I den forbindelse spiller den praktiserende læge en vigtig rolle. Klinikprostitueredes kontakt til egen læge belyses ud fra spørgsmålet 'Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?'.

Brug af medicin

Brug af medicin kan opgøres på forskellige måder. I Lægemiddelstyrelsens statistikker opgøres salget af medicin både i døgndoser og i omsætning. Disse statistikker giver et billede af, hvor meget medicin der bliver omsat, men ikke af hvor meget medicin, der bliver anvendt (1). De kan heller ikke vise, om køberen også er den person, der tager medicinen. Selvrapporteret

medicinformbrug kan komme tættere på det egentlige forbrug. Der er dog den usikkerhed, at svarpersonen måske ikke er i stand til at give en præcis beskrivelse af den medicin, vedkommende anvender. I denne undersøgelse er der spurgt til brug af henholdsvis receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode.

Resultater: Kontakt til egen læge og brug af medicin

Tabel 4.1 Kontakt til egen læge og brug af medicin blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik-prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser
KONTAKT TIL EGEN LÆGE					
Andel, der har været ved egen læge inden for de seneste 12 måneder	92,8	86,0	77/83	1,6	0,7-3,8
BRUG AF MEDICIN					
Andel, der har taget receptmedicin inden for de seneste 14 dage	40,7	57,8	24/59	0,5	0,3-0,9
Andel, der har taget håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage	46,2	67,0	30/65	0,4	0,2-0,7
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Klinikprostituerede benytter i lige så høj grad som danske kvinder egen praktiserende læge, tabel 4.1. Således er der 92,8 % blandt klinikprostituerede, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder mod 86,0 % blandt danske kvinder. Der er ikke signifikant forskel på de to grupper. Der er derimod stor forskel på de to gruppers brug af recept- og håndkøbsmedicin. Således har 40,7 % af de klinikprostituerede brugt receptmedicin inden for de seneste 14 dage mod 57,8 % blandt danske kvinder. I alt har 46,2 % blandt klinikprostituerede brugt håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage mod 67 % blandt danske kvinder. Forskellen er signifikant både for recept- og håndkøbsmedicin.

tuerede besøger egen læge sammenlignet med danske kvinder. Derimod er der forskel på brug af recept- og håndkøbsmedicin. I begge tilfælde har klinikprostituerede et markant mindre forbrug end danske kvinder.

Opsamling: Kontakt til egen læge og brug af medicin

Analysen af klinikprostitueredes kontakt til egen læge og brug af medicin viser, at der ikke er signifikant forskel på, hvor ofte klinikprosti-

1. Statistisk Sentralbryrå. Helse i Norge. Helse-tilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser. Oslo-Kongsvinger. Statistisk Sentralbryrå. 2001.

Kapitel 5

Sundhedsadfærd, overvægt og undervægt

I dette kapitel belyses forskellige aspekter af klinikprostitueredes sundhedsadfærd. Sundhedsadfærd kan overordnet defineres som de vaner og aktiviteter, der influerer på menneskets sundhed (1). Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at bevare eller forbedre sundheden eller for at undgå sygdom, og der kan være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundheds- og helbredsmæssige konsekvenser (2). De forskellige former for sundhedsadfærd kan påvirke sundheden både positivt og negativt. Er der tale om en positiv virkning, anvendes begreber som forebyggende og sundhedsfremmende virkning (3). Er der tale om negativ påvirkning, taler man om sundhedsadfærd som en risikofaktor (4).

Sundhedsadfærden kan være bestemt af både personlige, lokale og samfundsmæssige forhold, hvorfor det er muligt at fremme sundheden og undgå sygdomme ved at ændre på disse forhold. Personlige forhold omfatter bl.a. den enkeltes færdigheder og viden, lokale forhold indbefatter fx cykelstier, idrætsforeninger etc., og samfundsmæssige forhold, lovgivning vedrørende rygeforbud, moms og skatter på alkohol og fødevarer etc. Endvidere kan befolkningens sundhedsadfærd anskues ud fra et socialpsykologisk perspektiv, idet sociale netværk og de normer og værdier, der eksisterer i disse netværk, er med-

virkende til at påvirke sundhedsadfærden. Således kan de sociale netværk i den enkeltes hverdag være med til at påvirke sundhedsadfærden i såvel positiv som negativ retning (5).

Sociale faktorer såsom uddannelse, indkomst, erhverv og tilknytning til arbejdsmarkedet er i høj grad bestemmende for sundhedsadfærden (6). Der er i Danmark som i andre lande sociale forskelle i sundhedsadfærd, idet personer med fx længere uddannelse oftere end personer med kort uddannelse har gode sundhedsvaner. Der findes flere hypoteser og teorier til at forklare disse forskelle i sundhedsadfærd mellem sociale grupper. En af disse teorier går på, at de sociale grupper foranlediget af deres forskellige ressourcer har forskellige muligheder for at leve sundt (7). Forskellige sociale grupper råder over forskellige ressourcer og kompetencer, hvilket bevirker, at de udvikler forskellige sociale strategier og forskellige slags værdier og livsstile i forhold til sundhedsadfærd (8).

Dette kapitel belyser først klinikprostitueredes tro på, at egen indsats har betydning for sundheden. I de efterfølgende afsnit belyses rygning, passiv rygning, alkohol, brug af illegale stoffer, fysisk aktivitet, kost, samt over- og undervægt.

Resultater: Indsats for at bevare eller forbedre helbredet

Klinikprostitueredes tro på, at egen indsats har en betydning for sundheden belyses ud fra spørgsmålet: 'Tror du, man selv kan gøre noget for at bevare et godt helbred?'. Troen på, at egen indsats har en betydning for sundheden, er en vigtig forudsætning for, at sundhedsfagligt per-

sonale kan motivere personer til selv at ændre deres sundhedsadfærd. Det fremgår af tabel 5.1, at 4,8 % blandt klinikprostituerede og 3,0 % blandt danske kvinder tror, at egen indsats har nogen eller ingen betydning for at bevare et godt helbred. Begge grupper tror altså i lige høj grad på, at de selv kan gøre en forskel i forhold til at bevare et godt helbred.

Tabel 5.1 Tro på egen indsats for at bevare eller forbedre helbredet blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik- prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerheds- grænser
Andel, der tror, egen indsats har nogen eller ingen betydning for at bevare et godt helbred	4,8	3,0	4/84	1,6	0,6-4,7
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Rygning

Rygning er en af de forebyggelige risikofaktorer, der betyder mest for dødeligheden i Danmark.

Rygning er medvirkende årsag til 12-14.000 dødsfald om året, hvilket svarer til 20-25 % af alle dødsfald (9). Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme – først og fremmest lungekræft, hjerte-kar-sygdomme samt kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Risikoen for en rygerelateret sygdom øges med rygemængde, inhalering samt antallet af år, der er blevet røget. Storrygere dør ca. 8-10 år for tidligt sammenlignet med aldrigrygere, og smårygere dør i gennemsnit fem år for tidligt i forhold til aldrigrygere (9).

I det følgende belyses rygning blandt klinikprostituerede ved hjælp af tre indikatorer: dagligrygning, storrygning, og hvorvidt man ønsker at holde op med at ryge (blandt dagligrygere). I opgørelsen af dagligrygere indgår personer, der enten ryger cigaretter, cerutter, cigarer eller pipe. Storrygere er defineret som personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen.

Der er en væsentlig større andel, der ryger dagligt, blandt klinikprostituerede (65,9 %) sammenlignet med danske kvinder (19,1 %), tabel 5.2. Andelen af storrygere er ligeledes markant større blandt klinikprostituerede (45,9 %) end blandt danske kvinder (9,1 %). Endelig er andelen af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, væsentlig mindre blandt klinikprostituerede (62,5 %) end blandt danske kvinder (82,6 %).

Andre studier

Andre, internationale studier viser generelt en relativ høj rygeprævalens blandt indendørsprostituerede og en markant højere forekomst af rygning blandt indendørsprostituerede sammenlignet med aldersmatchede referencegrupper i den generelle befolkning (10-12). Eksempelvis finder et australsk studie, at 33,1 % blandt klinikprostituerede ryger 30 eller flere cigaretter om dagen, mens 37,1 % ryger mellem 10 og 30 cigaretter om dagen (10). Der er således god overensstemmelse mellem disse udenlandske studier og resultaterne i denne undersøgelse.

Tabel 5.2 Rygning blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinikprostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser
Andel dagligrygere	65,9	19,1	56/85	7,9	4,8-13,1
Andel storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen)	45,9	9,1	39/85	8,5	5,1-14,1
Andel dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge	62,5	82,6	35/56	0,3	0,2-0,6
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Passiv rygning

Man taler om passiv rygning, når en person ved vejtrækningen indånder røgen fra tobaksrygning. Det forekommer typisk ved, at man opholder sig i det samme lokale som en ryger, og via luften indånder noget af røgen. En ryger er også passiv ryger, når han eller hun trækker vejret i røgen (13). Passiv rygning medfører ofte gener som f.eks. irritation af øjne og slimhinder i halsen, hoste, hovedpine samt lugtgener. Men passiv rygning øger også risikoen for kroniske sygdomme som lungekræft, hjerte-kar-sygdomme samt luftvejslidelser (14). Den øgede sygdomsrisiko skyldes, at man som passiv ryger udsættes for de samme skadelige stoffer som en ryger.

I nærværende undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvor mange timer om dagen

de opholder sig i et rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg. Passiv rygning er i denne rapport defineret som andelen blandt ikke-dagligrygere, der er udsat for passiv rygning i mindst ½ time om dagen. I forbindelse med besøgene på sexklinikkerne konstaterede vi, at der blev røget i næsten alle pauserumme. Dette indtryk bakkes op af Kofod et al. (2011) (15). Det tyder på, at de klinikprostituerede, der ikke selv ryger, ofte vil være udsat for passiv rygning i forbindelse med deres vagter.

Som det fremgår af tabel 5.3, er der markant stor forskel på klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til andelen af passivrygere blandt ikke-dagligrygere; i alt 92,6 % blandt klinikprostituerede mod 10,3 % blandt danske kvinder.

Tabel 5.3 Passiv rygning blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinikprostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser
Andel passivrygere blandt ikke-daglig rygere	92,6	10,3	25/27	84,2	26,2-270,7
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Alkohol

Tabel 5.4 Alkoholforbrug blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik- prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerheds- grænser
Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse	11,9	5,0	10/84	2,3	1,1-4,6
Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse	22,6	19,9	19/84	1,1	0,7-2,0
Andel, der jævnligt (hver måned) drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed	46,6	19,0	41/88	2,8	1,8-4,6
Andel, der viser tegn på alkoholafhængighed	4,8	8,0	4/84	0,5	0,2-1,7
Andel, der gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen	30,0	25,7	3/10	1,8	0,4-7,7
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Alkohol er en af de kendte forebyggelige enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark. Hvert år er der mindst 3.000 dødsfald i Danmark, der enten har haft alkohol som bagvedliggende årsag eller medvirkende årsag. Dette svarer til 5 % af alle dødsfald (9). Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række lidelser, herunder mave-tarm sygdomme, kræftsygdomme, leverlidelser, lunge-sygdomme, muskel- og skeletsygdomme, sygdomme i kønsorganer, fosterpåvirkning og afhængighed. Desuden kan alkoholmisbrug og afhængighed have en lang række psykiske og sociale konsekvenser (16).

I denne undersøgelse er der spurgt til alkoholforbruget i løbet af en typisk uge. Svarpersonen blev bedt om at oplyse, hvor mange genstande vedkommende typisk indtager på hver af ugens dage for hver af kategorierne øl, vin/hedvin og

spiritus. Ud fra Sundhedsstyrelsens anbefaling for maksimalt alkoholforbrug (21 genstande pr. uge for mænd og 14 for kvinder) blev der defineret en højrisikogrænse og en lavrisikogrænse for alkoholforbrug. Sundhedsstyrelsens grænser for lavrisikoforbrug er 14 genstande pr. uge for mænd 7 genstande pr. uge for kvinder. Derudover blev svarpersonerne spurgt, hvor ofte de drak mere end 5 genstande ved samme lejlighed (såkaldt binge drinking). Endelig inddrages indikatorer vedrørende tegn på alkoholafhængighed (17), og hvorvidt man ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug.

Andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, er større blandt klinikprostituerede (11,9 %) end blandt danske kvinder (5,0 %), tabel 5.4. Der er ikke signifikant forskel på de to grupper i forhold til overskridelse af Sundhedsstyrelsens

lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse.

I alt 46,6 % blandt klinikprostituerede angiver, at de jævnligt (hver måned) drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed (binge drinking). Det er en markant større andel sammenlignet med andelen blandt danske kvinder (19,0 %). Der er ikke signifikant forskel på klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til at vise tegn på alkoholafhængighed. Endelig ses det, at andelen, der gerne vil nedsætte alkoholforbruget (blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse), udgør 30,0 % blandt klinikprostituerede mod 25,7 % blandt danske kvinder. Denne forskel er ikke signifikant.

Andre studier

Kofod et al. (2011) spørger i deres kortlægning af prostitution ind til alkoholforbrug. Her svarer 10 % blandt klinikprostituerede og 73 % blandt gadeprostituerede, at de 'jævnligt' har et forbrug af alkohol. Det bliver dog ikke defineret i rapporten, hvad 'jævnligt' dækker over (15).

Internationalt er der flere studier, der har set på alkoholforbruget blandt indendørsprostituerede (11,12,18). I Plumridge et al.'s (2001) studie fremgår det, at 19 % af de 225 adspurgte indendørsprostituerede angiver, at de drikker alkohol på arbejdet nogle gange, mens 13 % angiver, at de drikker de fleste gange eller hver gang, de er på arbejde (11).

Brug af illegale stoffer

Tabel 5.5 Brug af illegale stoffer inden for det seneste år blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik-prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser
Andel, der har brugt hash	46,8	4,9	37/79	12,7	7,4-21,9
Andel, der har brugt amfetamin (speed)	7,6	0,5	6/79	8,0	2,8-23,3
Andel, der har brugt ecstasy	10,3	0,2	8/78	57,2	16,6-197
Andel, der har brugt kokain	27,2	0,4	22/81	71,2	31,7-160
Andel, der har brugt LSD	3,9	0,0	3/77	39,0	8,0-113,9
Andel, der har brugt svampe	5,3	0,1	4/76	49,0	7,5-319
Andel, der har brugt andre stoffer	6,7	0,4	5/75	11,1	3,4-36,9
Andel, der har brugt andre illegale stoffer end hash	31,7	1,0	26/82	36,6	19,4-69,1
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Det skønnes, at der i 2009 var omkring 33.000 stofmisbrugere i Danmark (19). Stofmisbrug kan enten direkte eller indirekte (eksempelvis gennem selvmord, ulykker mv.) relateres til ca. 1.000 årlige dødsfald. Endvidere er stofmisbrug hvert år relateret til ca. 4.000 hospitalsindlæggelser, ca. 1.500 skadestuebesøg og ca. 6.500 ambulante besøg (9).

I denne undersøgelse er der spurgt til brugen af en række illegale stoffer: hash, amfetamin (speed), ecstasy, kokain, LSD, svampe med euforiserende virkning samt andre stoffer. Svarpersonerne blev bedt om at angive, om de nogensinde havde brugt det pågældende stof, og i givet fald om det var inden for den seneste måned, det seneste år eller tidligere.

Som det fremgår af tabel 5.5 har klinikprostituerede generelt set haft et markant større forbrug af alle typer af stoffer inden for det seneste år end danske kvinder. Eksempelvis har 46,8 % blandt klinikprostituerede inden for det seneste

år røget hash mod 4,9 % blandt danske kvinder. Andelen, der har brugt ecstasy, er ligeledes markant større blandt klinikprostituerede (10,3 %) sammenlignet med danske kvinder (0,2 %). I alt 27,2 % blandt klinikprostituerede har brugt kokain inden for det seneste år mod 0,4 % blandt danske kvinder. Der er også en større andel, der har brugt LSD blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder. Endelig ses det, at andelen, der har brugt svampe, andre stoffer og andre illegale stoffer end hash, er markant større blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder.

Andre studier

Prostitueredes brug af illegale stoffer er et relativt velbelyst emne inden for prostitutionsforskningen, og en række studier har undersøgt dette blandt indendørsprostituerede (10-12,15,18, 20-21). Der er forskel på, hvordan brug af illegale stoffer er blevet målt på tværs af studierne. Dels er der i nogle studier en tidsafgrænsning således, at der kun spørges til brug af stoffer inden

for den seneste uge, mens der i andre studier spørges til brug af stoffer inden for den seneste måned. En anden parameter, hvor studierne varierer, er i hvilken sammenhæng stofferne er indtaget. Et studie spørger eksempelvis til brug af stoffer i forbindelse med arbejde. Derudover varierer studierne også fra udelukkende at omhandle klinikprostituerede til at inddrage flere forskellige former for indendørsprostitution. Disse forskelle studierne imellem begrænser sammenligningsmulighederne.

Overordnet set peger samtlige studier på, at indendørsprostituerede har et større forbrug af illegale stoffer sammenlignet med tilfældigt udvalgte referencegrupper af ikke-prostituerede. Der synes ligeledes at være stor forskel på karakteren af dette stofbrug mellem forskellige grupper af prostituerede og i særdeleshed mellem indendørs- og gadeprostituerede, med et større forbrug og et større forbrug af hårde stoffer blandt gadeprostituerede. Derudover angiver gadeprostituerede og indendørsprostituerede vidt forskellige begrundelser for brugen af illegale stoffer. Gadeprostituerede angiver primært, at det er en del af et misbrug og noget, som får dem gennem dagen, mens indendørsprostituerede i højere grad angiver, at de bruger stoffer som et nydelsesmiddel og som en del af deres sociale liv (11).

Fysisk aktivitet

Ved fysisk aktivitet forstås ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet har mange positive effekter på både det fysiske og psykiske helbred. Fysisk aktivitet af en vis intensitet og varighed mindsker risikoen for forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdom, type 2-diabetes og knogleskørhed og medvirker til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges (22). Hvert år kan 7-8 % af alle dødsfald i den danske befolkning relateres til fysisk inaktivitet i fritiden, og personer, der er fysisk inaktive, dør i gennemsnit 5-6 år tidligere end fysisk aktive (9).

I denne undersøgelse måles fysisk aktivitet ud fra spørgsmålet: 'Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?'. Det var muligt at svare:

- Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen

- Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen
- Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)
- Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse

Overordnet er der ikke signifikant forskel på det fysiske aktivitetsniveau mellem klinikprostituerede og danske kvinder, tabel 5.6. I alt oplyser 32,9 % blandt klinikprostituerede og 28,8 % blandt danske kvinder, at de dyrker moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden, mens 17,1 % blandt klinikprostituerede og 10,1 % blandt danske kvinder oplyser, at de er stillesiddende i fritiden. Endelig ses det, at 78,6 % blandt klinikprostituerede og 87,1 % blandt danske kvinder angiver, at de gerne ville være mere fysisk aktive. Forskellen er dog ikke signifikant.

Tabel 5.6 Fysisk aktivitet blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinikprostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser
Andel, der er moderat eller hårdt fysisk aktive i fritiden	32,9	28,8	27/82	1,4	0,8-2,3
Andel med stillesiddende fritidsaktivitet	17,1	10,1	14/82	1,6	0,8-3,0
Andel, der gerne vil være mere fysisk aktiv, blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet	78,6	87,1	11/14	0,7	0,1-4,0
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Kost

Kost har stor betydning for udviklingen af de store folkesygdomme, så som hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, kræft og muskel- og skeletsygdomme. Kostvaner spiller ligeledes en central rolle i forhold til overvægt og tandsundhed (22). Det vurderes, at 2.200 dødsfald hvert år kan relateres til indtagelse af for meget mættet fedt, svarende til 4 % af alle dødsfald. Et utilstrækkeligt indtag af frugt og grønt kan relateres til et tilsvarende antal dødsfald (9).

I denne undersøgelse er kostvaner belyst ved spørgsmål om, hvor ofte man spiser forskellige typer af fedtstof på brød, grøntsager, frugt, pålæg og forskellige former for varm mad. Disse kostemner har i tidligere spørgeskemaundersøgelser vist sig at være gode indikatorer for generelle sunde eller usunde kostvaner.

Der er generelt ikke forskel på klinikprostitueredes og danske kvinders kostvaner, tabel 5.7. I alt 13,0 % blandt klinikprostituerede og 8,0 % blandt danske kvinder har et usundt kostmønster forstået som usunde kostvaner, hvor der er et lavt indtag af frugt, grønt, fisk og et højt indtag af mættet fedt i kosten. Forskellen er ikke signifikant. Det ses også, at 69,1 % blandt klinikprostituerede og 76,3 % blandt danske kvinder angiver, at de spiser frugt dagligt, mens lige store andele blandt klinikprostituerede og danske kvinder angiver, at de ofte spiser grøntsager. Der er ikke signifikant forskel på grupperne på disse spørgsmål. Derimod er der en signifikant forskel på indtaget af fisk. Andelen, der spiser fisk ugentligt, er således større blandt klinikprostituerede (82,7 %) sammenlignet med indtaget blandt danske kvinder (63,5 %). Der er ingen forskel mellem de to grupper i forhold til ønsket om at ville spise mere sundt.

Tabel 5.7 Kostvaner blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinikprostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser
Andel, der har et usundt kostmønster	13,0	8,0	10/77	1,3	0,6-2,8
Andel, der spiser frugt dagligt	69,1	76,3	56/81	0,8	0,5-1,4
Andel, der ofte spiser grøntsager	54,6	57,7	48/88	1,0	0,6-1,6
Andel, der spiser fisk minimum 1-2 gange om ugen som varm mad	82,7	63,5	67/81	2,4	1,3-4,3
Andel med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt	80,0	78,1	8/10	2,1	0,3-19,6
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Overvægt og undervægt

Svær overvægt udgør et alvorligt folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Risikoen for udvikling af alvorlige komplikationer, bl.a. type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme, forhøjet blodtryk, adskillige kræftformer og belastningslidelser i bevægeapparatet øges ved svær overvægt (23,24). Hovedårsagen til det større antal af type 2-diabetikere menes at være den kraftige stigning i antallet af overvægtige (24). Hvert år dør 1.300-1.400 danskere på grund af overvægt – svarende til godt 2 % af alle dødsfald (9). I Danmark er antallet af svært overvægtige steget med 300 % fra de tidlige 1970'ere til 2004 (25).

Undervægt er i lige så høj grad som overvægt associeret med større dødelighed (26). Hvor undervægt tidligere var forbundet med under- eller fejlnæring, er undervægt i de vestlige

lande i dag forbundet med såvel somatiske som psykiske sygdomme.

Overvægt og undervægt vurderes i denne rapport på baggrund af svarpersonernes selvrapporterede højde og vægt. På baggrund af højde og vægt beregnes Body Mass Index (BMI). BMI beregnes som vægten i kg divideret med kvadratet på højden i meter. WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI (23):

Undervægt:	BMI<18,5
Normalvægt:	18,5<=BMI<25
Moderat overvægt:	25<=BMI<30
Svær overvægt	BMI≥30

BMI siger ikke noget om fedtfordelingen på kroppen, men er alene et udtryk for vægt i forhold til højde. Således kan personer med samme BMI godt have vidt forskellig taljevidde.

Tabel 5.8 Overvægt og undervægt blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik-prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser
Andel undervægtige (BMI<18,5)	14,3	3,1	12/84	4,3	2,1-8,7
Andel overvægtige (BMI≥25)	11,9	36,7	10/84	0,3	0,1-0,6
Andel svært overvægtige (BMI≥30)	0,0	12,2	0/84	0,0	0,0-0,4
Andel, der gerne vil tabe sig blandt overvægtige	50,0	59,0	5/10	0,6	0,2-2,2
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Af tabel 5.8, fremgår det, at andelen af undervægtige er markant større blandt klinikprostituerede (14,3 %) end blandt danske kvinder (3,1 %). Ingen klinikprostituerede har dog en BMI på under 18 (data ikke vist). Samtidig ses det, at andelen af overvægtige er markant mindre blandt klinikprostituerede (11,9 %) end blandt

danske kvinder (36,7 %). Sammenlignet med danske kvinder er andelen af svært overvægtige ligeledes mindre blandt klinikprostituerede, hvor ingen er svært overvægtige. Endelig ses det, at andelen, der gerne vil tabe sig blandt overvægtige personer, ikke er signifikant forskellig i de to grupper.

Andre studier

Der er generelt meget få studier, der undersøger overvægt og undervægt blandt prostituerede. Et amerikansk studie finder, at forekomsten af undervægt er større blandt indendørsprostituerede, der bruger internettet, sammenlignet med ikke-prostituerede mænd og kvinder i den generelle befolkning (27).

Opsamling: Sundhedsadfærd

Overordnet har klinikprostituerede en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end danske kvinder, når det gælder rygning, alkoholforbrug og brug af stoffer. Således er der en markant større andel blandt klinikprostituerede, der er dagligrygere og storrygere; der er udsat for passiv rygning (blandt ikke-dagligrygere); der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse; der jævnligt (hver måned) drikker mere end fem genstande ved samme lejlighed; og som har brugt en række forskellige illegale stoffer inden for det seneste år (hash, amfetamin, ecstasy, kokain, LSD, svampe og andre stoffer). Andelen som ønsker at holde op med at ryge (blandt dagligrygere) er endvidere markant mindre blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. Der er generelt ingen forskelle mellem klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til kost og fysisk aktivitet. Dog er der en større andel, der spiser fisk ugentligt, blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder. Endelig er der en større andel, der er undervægtig, og en mindre andel, der er overvægtig og svært overvægtig, blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder.

-
1. Due P, Holstein BE. Sundhedsadfærd. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, editors. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2009: 209-219.
 2. Christensen U, Albertsen K. Teorier om danselse og forandring af livsstil. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, editors. Medicinsk sociologi. København: Munksgaard, 2002: 207-224.
 3. Iversen L. Forebyggelse og sundhedsfremme. I: Iversen L, Kristensen TC, Holstein BE, Due P, editors. Medicinsk sociologi. København: Munksgaard, 2002: 275-301.
 4. Grønbæk M. Forebyggelse og epidemiologiske analyser. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, editors. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2009: 181-188.
 5. Kjølner M & Rasmussen NK. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
 6. Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
 7. Rasmussen NK. Ulighed i sundhed. Nøglebegreber og forklaringsmodeller. I Sørensen & Johansen (red.): Ulighedens pris. Social ulighed og sundhed. København: Socialpolitisk Forlag, 2000.
 8. Bourdieu P. Distinksjonen – En sociologisk kritikk av dømmekraften. Norge: Pax Forlag, 1995.
 9. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
 10. Perkins R, Lovejoy F. Healthy and unhealthy life styles of female brothel workers and call girls (private sex workers) in Sydney. Australian and New Zealand Journal of Public Health 1996; 20 (5): 512-516.
 11. Plumridge L, Abel G. A 'segmented' sex industry in New Zealand: sexual and personal safety of female sex workers. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2001; 25 (1): 78-83.
 12. Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. Aust NZ J Psychiat 2001; 35 (1): 75-80.
 13. Clemmensen IH, Bentzen J, Brink AL, Goldstein H, Juel K, Sonne T (red.). Passiv rygning. Hvidbog om passiv rygning udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer. København, 2005.
 14. Brink AL. Internationale konklusioner om helbredseffekter ved passiv rygning. I: Clemmensen IH, Bentzen J, Brink AL, Goldstein H, Juel K, Sonne T (red.). Passiv rygning. Hvidbog om passiv rygning udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer. København, 2005.
 15. Kofod J, Dyrvig TF, Markwardt K, Lagoni N, Bille R, Termansen T, Christiansen L, Toldam EJ, Vilshammer M. Prostitution i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI, 2011.
 16. Grønbæk M. Alkohol. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten

Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.

17. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH et al. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. *Scand J Clin Lab Invest* 2005; 65(7): 615-22.

18. De Graaf R, Vanwesenbeeck I, Vanzessen G, Straver CJ, Visser JH. Alcohol and drug-use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behavior. *AIDS Care* 1995; 7(1): 35-47.

19. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2012. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.

20. Seib C, Fischer J, Najman JM. The health of female sex workers from three industry sectors in Queensland, Australia. *Soc Sci Med* 2009; 68(3): 473-78.

21. Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal* 2001; 322 (7285): 524-525.

22. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.

23. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2000.

24. Svendsen OL. Overvægt og fedme. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.

25. Due P, Heitmann BL, Sørensen TIA. Prevalence of obesity in Denmark. *Obes Rev* 2007; 8(3): 187-189.

26. Kushner RF. Body weight and mortality. *Nutr Rev* 1993; 51(5): 127-136.

27. Cunningham S, Kendall TD. Prostitution 2.0: The changing face of sex work. *J Urban Econ* 2011; 69(3): 273-87.

Kapitel 6

Sociale relationer

Dette kapitel omhandler klinikprostitueredes sociale relationer. Sammenhængen mellem sociale relationer og sundhed er veldokumenteret. Personer med stærke sociale relationer har overordnet et bedre helbred, bliver i mindre grad syge og overvinder lettere sygdom end personer med svage sociale relationer. Stærke sociale relationer mindsker fx risikoen for hjerte-kar-sygdomme og psykiske lidelser. Endvidere har personer med stærke sociale relationer lavere dødelighed end personer med svage sociale relationer (1-4). Hvert år indtræffer 1.000-1.500 dødsfald relateret til svage sociale relationer, hvilket svarer til cirka 2 % af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer dør to år for tidligt. Personer med svage sociale relationer kan forvente færre gode leveår uden langvarig belastende sygdom end personer med stærke sociale relationer. Personer med svage sociale relationer er her defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie, eller personer, som ikke regner med at kunne få hjælp af andre i tilfælde af sygdom (5).

De sociale relationer kan beskrives ved en strukturel og en funktionel dimension. Den strukturelle dimension dækker over, hvor mange og hvilke personer man har kontakt med – dvs. den kvantitative del af sociale relationer. Den funktionelle dimension beskriver, hvorledes de sociale relationer fungerer. Hermed hvilken grad af følelsesmæssig støtte, praktisk hjælp og værd-

sættelse en person kan modtage fra sine sociale relationer, eller de problemer og bekymringer sociale relationer giver – dvs. den kvalitative del af sociale relationer.

I denne undersøgelse er det strukturelle aspekt belyst ud fra to spørgsmål:

- Hvor ofte er du i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med? (Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden mv.)
- Hvor ofte er du i kontakt med venner? (Med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden mv.)

Det funktionelle aspekt belyses ud fra spørgsmålene:

- Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?
- Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

Resultater: Sociale relationer

Klinikprostitueredes sociale relationer adskiller sig ikke fra danske kvinders. I alt 4,8 % blandt klinikprostituerede angiver, at de sjældnere end én gang om måneden eller aldrig er i kontakt med familie, tabel 6.1. Denne andel er næsten den samme blandt danske kvinder (3,3 %), og der er dermed ikke signifikant forskel på de to grupper. Samme tendens ses i forhold til kontakten med venner, hvor 1,2 % blandt klinikprostituerede og 4,5 % blandt danske kvinder angiver, at de sjældent eller aldrig har kontakt

med venner. Der ses heller ingen signifikante forskelle mellem klinikprostituerede og danske kvinder på de spørgsmål, der måler de funktionelle aspekter af sociale relationer. En lige stor andel har således svaret, at de ofte føler sig uønsket alene, henholdsvis 3,6 % blandt klinikpro-

stituerede og 4,3 % blandt danske kvinder. Hvor andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, udgør 2,4 % blandt klinikprostituerede, er denne andel 1,5 % blandt danske kvinder.

Tabel 6.1 Sociale relationer blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik- prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerheds- grænser
Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt med familie	4,8	3,3	4/83	1,3	0,4-4,2
Andel, der sjældent eller aldrig har kontakt med venner	1,2	4,5	1/83	0,4	0,0-2,5
Andel, der ofte føler sig uønsket alene	3,6	4,3	3/83	0,7	0,2-2,2
Andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte	2,4	1,5	2/82	0,9	0,1-6,9
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Andre studier

Der er generelt få studier, som har undersøgt indendørsprostitueredes sociale relationer som et selvstændigt emne. Romans et al. (2001) finder, at over 90 % blandt de adspurgte indendørsprostituerede havde nogen at tale med, hvis noget gik dem på. Samme studie viser også, at indendørsprostituerede scorer det samme gennemsnitlige pointtal som en referencegruppe af ikke-prostituerede, new zealandske kvinder på en skala for social støtte (6). I en dansk undersøgelse belyses klinikprostitueredes sociale relationer i forhold til prostitutionsarbejdet, men ikke som et selvstændigt emne. Her angiver 6 % blandt klinikprostituerede, at de ikke har nogen at tale med om intime emner relateret til deres arbejde, mens denne andel udgør 23 % blandt gadeprostituerede (7).

Opsamling: Sociale relationer

Klinikprostituerede har gode sociale relationer, både hvad angår hyppigheden af kontakt til familie og venner samt adgangen til støtte. Klinikprostitueredes sociale relationer adskiller sig ikke fra danske kvinders relationer, hverken i forhold til den strukturelle eller funktionelle dimension. Klinikprostitueredes kontakt til familie og venner er således lige så hyppig som danske kvinders, og de har i lige så høj grad nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Klinikprostituerede føler sig heller ikke oftere uønsket alene end danske kvinder.

-
1. Lund R, Due P. Sociale relationer og helbred. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P (red.). Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard, 2002.
 2. Due P, Holstein B. Sociale relationer og sundhed. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB (red.). Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2009.
 3. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988; 241: 540-545.
 4. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. I: Berkman LF, Kawachi I (red.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
 5. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
 6. Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. *Aust NZ J Psychiat* 2001; 35 (1): 75-80.
 7. Kofod J, Dyrvig TF, Markwardt K, Lagoni N, Bille R, Termansen T, Christiansen L, Toldam EJ, Vilshammer M. Prostitution i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI, 2011.

Kapitel 7

Vold og seksuelle overgreb

Vold og seksuelle overgreb er alvorlige indikatorer for individets trivsel. Der er sammenhæng mellem selvrapporteret dårligt helbred, en række symptomer på dårlig trivsel og at have været udsat for overgreb (1). I denne undersøgelse er der spurgt til klinikprostitueredes udsathed for forskellige former for fysiske og seksuelle overgreb inden for det seneste år. Spørgsmålene har tidligere været anvendt i danske og en række udenlandske undersøgelser. Ved spørgsmålene om vold skelnes der mellem følgende kategorier:

- Trusler om fysisk skade
- Lettere fysisk vold (at være blevet skubbet, revet, ruset, slået med flad hånd eller lignende)
- Grov fysisk vold, en samlet opgørelse over dem, der har svaret, at de er blevet:

- sparket, slået med knyttet hånd eller genstand
- kastet ind mod møbler, vægge, ned ad trappe eller lignende eller
- udsat for kvælningsforsøg, angrebet med kniv eller skydevåben

Hvad angår seksuelle overgreb angives dels andelen, der har været udsat for gennemført, tvunget samleje, dels andelen, der har været udsat for andre seksuelle overgreb. Andre seksuelle overgreb dækker over følgende tre spørgsmål: ubehagelig seksuel beføling, blotteri eller lignende; forsøg på tvunget samleje, og andre seksuelle overgreb.

På samtlige klinikker, der blev besøgt i forbindelse med denne undersøgelse, var der minimum to, og ofte tre, personer til stede hele tiden. Derudover var der altid en låst dør og enten videoovervågning eller dørspion. Disse foranstaltninger er formentlig med til at mindske de klinikprostitueredes risiko for at blive udsat for vold og seksuelle overgreb.

Resultater: Vold og seksuelle overgreb

Tabel 7.1 Vold og seksuelle overgreb blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik- prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerheds- grænser
Andel, der har været udsat for trusler om fysisk skade	9,9	4,1	8/81	2,1	0,9-4,6
Andel, der har været udsat for lettere fysisk vold	12,1	5,0	10/83	2,5	1,2-5,0
Andel, der har været udsat for grov fysisk vold	6,2	2,7	5/81	1,7	0,6-4,8
Andel, der har været udsat for gennemført tvunget samleje	2,4	0,3	2/83	3,6	0,4-29,2
Andel, der har været udsat for andre seksuelle overgreb	6,0	1,7	5/83	2,2	0,8-6,3
Antal svarpersoner	88				

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

I alt 9,9 % blandt klinikprostituerede angiver, at de har været udsat for trusler om fysisk skade. Denne andel er ikke signifikant forskellig fra andelen blandt danske kvinder (4,1 %). Derimod er andelen, der har været udsat for lettere fysisk vold større blandt klinikprostituerede (12,1 %) sammenlignet med danske kvinder (5,0 %). Der ses ingen forskel mellem klinikprostituerede og danske kvinder i forhold til andelen, der har været udsat for grov fysisk vold; andelen, der har været udsat for gennemført, tvunget samleje; samt andelen, der har været udsat for andre seksuelle overgreb.

De klinikprostituerede, som svarede bekræftende til at være blevet udsat for henholdsvis fysiske overgreb og seksuelle overgreb, blev endvi-

dere spurgt til, hvem der udsatte dem for overgrebet/overgrebene. Det fremgår af tabel 7.2, at i alt otte klinikprostituerede kvinder angiver, at de blev udsat for fysisk overgreb af en tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod. I alt fem kvinder angiver, at de blev udsat for fysisk overgreb af en tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt. Der er fire kvinder, der angiver, at det var en fremmed, der udsatte dem for fysisk overgreb, og i alt tre kvinder angiver, at det var en kunde, der udsatte dem for et fysisk overgreb. Tabel 7.3 viser, at i alt to klinikprostituerede kvinder angiver, at de blev udsat for seksuelt overgreb af en tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod. Der er endvidere to kvinder, som angiver, at det var en kunde, der udsatte dem for et seksuelt overgreb.

Tabel 7.2 Hvem udsatte dig for fysisk overgreb, 2010.

Hvis ja til et eller flere fysiske overgreb - hvem udsatte dig for overgrebet/overgrebene?	Antal
Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	1
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod	8
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt	5
Andet familiemedlem/slægtning	1
Ven/bekendt	0
Kollega/person på dit arbejde	0
Kunde	3
En fremmed	4

Tabel 7.3 Hvem udsatte dig for seksuelt overgreb, 2010.

Hvis ja til et eller flere seksuelle overgreb - hvem udsatte dig for overgrebet/overgrebene?	Antal
Nuværende ægtefælle/samlever/kæreste	0
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, mens forholdet bestod	2
Tidligere ægtefælle/samlever/kæreste, efter forholdet var brudt	0
Andet familiemedlem/slægtning	0
Ven/bekendt	1
Kollega/person på dit arbejde	0
Kunde	2
En fremmed	1

Andre studier

Udsathed for vold og seksuelle overgreb blandt indendørsprostituerede er også blevet undersøgt i andre studier (2-7). Der er dog stor variation i fundene, idet studierne viser, at mellem 2 % og 48 % blandt indendørsprostituerede har angivet, at de har været udsat for vold i forbindelse med indendørsprostitution. Studierne viser endvidere, at mellem 41 % og 81 % blandt gadeprostituerede har oplevet vold i forbindelse med prostitution (2,4,5,7). I et nyligt dansk studie finder Kofod et al. (2011), at 3 % af de klinikprostituerede og 33 % af de escortprostituerede har været udsat for vold fra deres kunder i 2010 (4). Seib (2007) finder, at 42 % af de adspurgte klinikprostituerede havde været udsat for vold fra en partner i deres voksenliv (2).

Andelen, der har været udsat for voldtægt i forbindelse med prostitution, blandt indendørsprostituerede varierer i andre studier mellem 3 % og 8 % (2,5-7).

Opsamling: Vold og seksuelle overgreb

Analysen af vold og seksuelle overgreb viser, at der er en større andel blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder, som har været udsat for lettere fysisk vold (at være blevet skubbet, revet, rusket, slået med flad hånd eller lignende). Klinikprostituerede adskiller sig dog ikke fra danske kvinder i forhold til de øvrige indikatorer for vold og seksuelle overgreb, og klinikprostituerede har således ikke i højere grad end danske kvinder været udsat for trusler om fysisk skade, grov fysisk vold, gennemført tvunget samleje og andre seksuelle overgreb.

-
1. Helweg-Larsen K & Larsen HB. Unges trivsel år 2002. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb i barndommen. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
 2. Seib C. Health, well-being and sexual violence among female sex workers: A comparative study. PhD Thesis. Centre for Public Health Research, Queensland University of Technology.
 3. Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. Aust NZ J Psychiat 2001; 35 (1): 75-80.
 4. Kofod J, Dyrvig TF, Markwardt K, Lagoni N, Bille R, Termansen T, Christiansen L, Toldam EJ, Vilshammer M. Prostitution i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI, 2011.
 5. Church S, Henderson M, Barnard M, Hart G. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. British Medical Journal 2001; 322 (7285): 524-525.
 6. Perkins R, Lovejoy F. Healthy and unhealthy life styles of female brothel workers and call girls (private sex workers) in Sydney. Australian and New Zealand Journal of Public Health 1996; 20 (5): 512-516.
 7. Plumridge L, Abel G. A 'segmented' sex industry in New Zealand: sexual and personal safety of female sex workers. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2001; 25 (1): 78-83.

Kapitel 8

Arbejdsmiljø

Dette kapitel beskriver klinikprostitueredes arbejdsmiljø. Det vurderes, at hver tiende sygdomstilfælde kan tilskrives arbejdsmiljøet (1). I dette kapitel beskrives en række påvirkninger i arbejdsmiljø, der har betydning for helbredet. Det gælder fx fysiske påvirkninger, såsom støj og dårlige arbejdsstillinger, samt psykosociale forhold, såsom indflydelse på arbejdet.

Fysisk arbejdsmiljø

Nogle af de hyppigst forekommende arbejdsbetingede lidelser kan henføres til det fysiske arbejdsmiljø. Det drejer sig fx om muskel- og skeletsygdomme og høreskader. Ifølge Verdenssundhedsorganisationen (WHO) er høreskader som følge af støj den mest almindelige uhelbredelige erhvervssygdom (1). Til belysningen af det fysiske arbejdsmiljø i denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt, om de ofte er udsat for forskellige typer af fysiske og termiske belastninger i deres arbejde. 'Ofte' er defineret som mere end to dage om ugen.

Psykosocialt arbejdsmiljø

Det psykosociale arbejdsmiljø spiller en betydelig rolle for helbred og trivsel. Fx er det velkendt, at et belastende psykosocialt arbejdsmiljø øger risikoen for bl.a. hjerte-kar-sygdomme, sygefravær og arbejdsulykker. Hvert år kan ca. 1.400 dødsfald relateres til psykisk arbejdsbelastning, hvilket svarer til ca. 2,5 % af alle dødsfald i aldersgruppen 25-64 år. Endvidere er psykisk arbejdsmiljø hvert år skyld i 30.000 hospitalsindlæggelser (2). I denne undersøgelse bely-

ses klinikprostitueredes psykosociale arbejdsmiljø ved to spørgsmål: 'Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?' og 'Hvor ofte har du indflydelse på, hvad du laver på dit arbejde?'.

Resultater: Arbejdsmiljø

Klinikprostitueredes arbejdsmiljø adskiller sig fra danske kvinders arbejdsmiljø på seks ud af de otte indikatorer, tabel 8.1. I forhold til det fysiske arbejdsmiljø ses det, at andelen, der ofte er udsat for bøjede/forvredne arbejdsstillinger, og andelen, der ofte er udsat for gentagne og ensidige bevægelser, er markant større blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. Eksempelvis angiver 62,1 % blandt klinikprostituerede, at de ofte er udsat for gentagne og ensidige bevægelser, mod 35,5 % blandt danske kvinder. Omvendt er andelen, der ofte er udsat for at løfte/bære tunge byrder; og andelen, der ofte er udsat for henholdsvis støj, kulde eller træk, mindre blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder. Eksempelvis er 12,5 % blandt klinikprostituerede ofte udsat for kulde mod 27,6 % blandt danske kvinder.

I forhold til det psykosociale arbejdsmiljø ses også signifikante forskelle mellem klinikprostituerede og danske kvinder, idet andelen, der altid eller ofte ikke når alle arbejdsopgaver, er mindre blandt klinikprostituerede (9,9 %) end blandt danske kvinder (17,2). Det fremgår også, at andelen, der kun sjældent, sommetider eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver på arbejdet, er mindre blandt klinikprostituerede (8,5 %) end blandt danske kvinder (24,8 %).

Tabel 8.1 Fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik- prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR ¹	95 % sikkerheds- grænser
Andel, der mere end to gange om ugen er udsat for bøje/de/forvredne arbejdsstillinger	59,1	39,2	39/66	1,5	0,9-2,6
Andel, der mere end to gange om ugen er udsat for gentagne og ensidige bevægelser i arbejdet	62,1	35,5	41/66	1,9	1,1-3,4
Andel, der mere end to gange om ugen bærer eller løfter tunge byrder	4,7	21,9	3/64	0,1	0,0-0,4
Andel, der mere end to gange om ugen er udsat for støj i arbejdet	6,3	29,3	4/64	0,2	0,1-0,4
Andel, der mere end to gange om ugen er udsat for kulde i arbejdet	12,5	27,6	8/64	0,3	0,1-0,7
Andel, der mere end to gange om ugen er udsat for stærk varme i arbejdet	18,8	14,2	12/64	1,3	0,6-2,5
Andel, der mere end to gange om ugen er udsat for træk i arbejdet	12,3	27,6	8/65	0,3	0,1-0,6
Andel, der altid eller ofte ikke når deres arbejdsopgaver	9,9	17,2	2/68	0,2	0,1-0,9
Andel, der kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver på deres arbejde	8,5	24,8	6/71	0,2	0,1-0,5
Antal svarpersoner	88	3.225			

¹ Justeret for alder og uddannelsesniveau

Andre studier

En australsk undersøgelse har sammenlignet indendørs- og gadeprostitueredes jobtilfredshed (3). Her fandt man, at der ikke var signifikant forskel på jobtilfredsheden blandt de adspurgte indendørsprostituerede og en sammenligningsgruppe bestående af ikke-prostituerede, australske kvinder. Derimod var jobtilfredsheden signifikant lavere for illegale prostituerede (primært gadeprostituerede). Tre faktorer viste sig at have stor indflydelse på jobtilfredsheden: (i) den prostitueredes aktuelle mentale helbred (ii) begrundelserne for at begynde med prostitution (hvorvidt arbejdet påbegyndes for at finansiere et stofmisbrug eller modsat: på grund af fleksible arbejdstider og en god indkomst) (iii) hvorvidt de prostitueredes familier kendte til deres

arbejde. I undersøgelsen uddybes det endvidere, at en bevidst afsløring af sexarbejdet til familien kan afspejle en positiv arbejdsidentitet. Alternativt kan håndteringen af risikoen for at blive opdaget og opretholdelsen af en hemmelig og separat identitet være en stor bekymring, der reducerer jobtilfredsheden og øger stressniveauet for dem der ikke har fortalt det. I undersøgelsen påpeges det også, at der er en stærk korrelation mellem jobautonomi og jobtilfredshed (3).

Opsamling: Arbejdsmiljø

Klinikprostitueredes arbejdsmiljø er anderledes end danske kvinders. Klinikprostituerede er dårligere stillet i forhold til to indikatorer for fysisk arbejdsmiljø: ofte at være udsat for bøje/de/forvredne arbejdsstillinger samt ofte at være

udsat for gentagne og ensidige bevægelser. Omvendt har klinikprostituerede et bedre fysisk arbejdsmiljø, når det drejer sig om at løfte/bæretunge byrder og at være udsat for støj, kulde og træk. I forhold til det psykiske arbejdsmiljø adskiller klinikprostituerede sig ligeledes positivt. Færre klinikprostituerede end danske kvinder oplever, at de ofte ikke når deres arbejdsopgaver. De klinikprostituerede angiver også i langt mindre grad, at de ikke har indflydelse på deres arbejde i forhold til danske kvinder.

-
1. Buhr H, Bach E, Poulsen MO. Arbejdsmiljøet. I: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.
 2. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006. København, Statens Institut for Folkesundhed.
 3. Seib C, Dunne MP, Fischer J, Najman JM. Predicting the job satisfaction of female sex workers in Queensland, Australia. *International Journal of Sexual Health* 2012; 24:2: 99-111.