

Nanna Ahlmark
Ivalu Katajavaara Sørensen
Michael Davidsen



STATENS INSTITUT FOR
FOLKESUNDHED

Socialt udsattes sundhed og trivsel i København og resten af landet

2007 til 2017

RÅDET FOR
SOCIALT
UDSATTE

**Socialt udsattes sundhed og trivsel i København og resten af landet
2007 til 2017**

Copyright © 2019
Statens Institut for Folkesundhed,
SDU

Nanna Ahlmark, Ivalu Katajavaara Sørensen og Michael Davidsen
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Elektronisk udgave ISBN: 978-87-7899-445-5

Statens Institut for Folkesundhed, SDU
Studiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra
www.sdu.dk/sif
www.udsatte.dk

Forord

Socialt udsatte anses ofte som primært værende et storbyfænomen koncentreret i København. Social udsathed findes imidlertid i hele Danmark, hvilket Rådet for Socialt Udsatte tidligere har sat fokus på i udgivelsen *Socialt Udsatte i Udkantskommuner*, og hvilket denne rapport også er et vidne om.

Formålet med denne undersøgelse er at belyse, om der er forskel i sundhedssituationen for socialt udsatte i storbyen og i resten af landet. I rapporten sammenlignes udviklingen i udvalgte sundheds- og trivselsparametre blandt socialt udsatte i København og i resten af landet fra 2007 til 2017. Samtidig undersøges det, i hvilket omfang socialt udsatte primært opholder sig i den kommune, de er bopælsregisteret i. Rapporten bygger på data fra de tre sundhedsprofiler for socialt udsatte –SUSY UDSAT – gennemført i 2007, 2012 og 2017.

Rapporten er udarbejdet for Rådet for Socialt Udsatte, som er talerør for socialt udsatte og arbejder for at sætte fokus på socialt udsattes livssituation og vilkår.

Rapporten er udarbejdet af forsker Nanna Ahlmark, videnskabelig assistent Ivalu Katajavaara Sørensen og seniorforsker Michael Davidsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Vi vil gerne rette en stor tak til alle de mange socialt udsatte mennesker, der deltog i undersøgelserne i 2007, 2012 og 2017 samt til medarbejderne på de herberger, væresteder og øvrige sociale tilbud, der medvirkede i undersøgelserne, for deres store hjælp og velvilje i denne sammenhæng. Vi vil også gerne takke kolleger på Statens Institut for Folkesundhed for hjælp i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten: seniorrådgiver Ola Ekholm, som har læst internt review på rapporten, og Camilla Knudsen, der har læst korrektur.

Februar, 2019.

Morten Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed
SDU

Jann Sjursen
Formand
Råder for Socialt Udsatte

Indhold

1	Sammenfatning	5
2	Baggrund og formål	6
3	Data og metode	7
4	Geografisk fordeling	9
4.1	Geografisk fordeling af socialt udsatte	9
4.2	Sammenhæng mellem registreret bopælskommune og egen angivelse af bopæl	10
5	Belastende livsomstændigheder	11
5.1	Alkoholmisbrug	11
5.2	Sindslidelse	12
5.3	Hjemløshed	13
5.4	Stofmisbrug	14
5.5	Fattigdom	15
6	Sundhed og trivsel	16
6.1	Selvurderet helbred	16
6.2	Nervøs eller stresset	16
6.3	Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	17
6.4	Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	18
6.5	Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter, led eller fødder	18
6.6	Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	19
6.7	Nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig	20
6.8	Måltid mad på varmestue	21
6.9	Overdosis	21
6.10	Uønsket alene	22
7	Kontakt med sundheds- væsenet	23
7.1	Kontakt til læge	23
7.2	Kontakt til tandlæge	24
	Referencer	25
	Bilag A: Statistisk usikkerhed	26

1 Sammenfatning

Nærværende undersøgelse viser, at socialt udsatte, der har medvirket i undersøgelsen, trækkes mod hovedstaden, selvom de har folkeregisteradresse et andet sted. Cirka 30 % af de socialt udsatte svarpersoner, der angiver at opholde sig mest i København, har således deres bopæl registreret et andet sted. Der ses en mindre tendens til samme mønster i Aarhus og Esbjerg, hvor cirka 12 % af de socialt udsatte, der angiver at opholde sig mest i disse respektive byer, ikke har folkeregisteradresse her.

Hvis der ses på belastende livsomstændigheder, står det værre til blandt socialt udsatte i København end i resten af landet på flere områder, nemlig i forhold til alkoholmisbrug, fattigdom og hjemløshed. Andelen med et alkoholmisbrug er dobbelt så stor i København sammenlignet med andelen i resten af landet i 2012 og 2017. Andelen af fattige er også større i København end i resten af landet, særligt i 2017, hvor andelen af fattige falder i resten landet. Dette år er andelen dobbelt så stor i København som i resten af landet. Der er desuden en væsentlig større andel af hjemløse i København sammenlignet med resten af landet, særligt i 2007 og 2012, hvor andelen er dobbelt så stor i København som i resten af landet.

Andelen med en sindslidelse er til gengæld mindre i København end i resten af landet blandt socialt udsatte i undersøgelsen. I forhold til andelen af socialt udsatte med et stofmisbrug er der ikke store forskelle mellem København og resten af landet. Der er ligeledes ikke store forskelle i andelen, der har haft en overdosis, når man sammenligner København og resten af landet.

I forhold til de fleste af de undersøgte sundheds- og trivselsparametre er der ikke store forskelle på andelen i København og i resten af landet. Det drejer sig om selv vurderet helbred, at føle sig nervøs eller stresset, at være meget generet af forskellige former for fysiske smerter eller ubehag eller at føle sig nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig. Der ses heller ikke store forskelle mellem København og resten af landet i andelen, der spiser et måltid mad på en varmestue eller lignede mindst én gang om ugen.

Der er imidlertid en lidt mindre andel i København end i resten af landet, der er meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro eller angst og også en mindre andel, der ofte er uønsket alene.

Hvis der ses på kontakt med sundhedsvæsenet, er andelen mindre i København end i resten af landet, både med hensyn til kontakt med praktiserende læge inden for de seneste tre måneder og i forhold til kontakt med tandlæge inden for det seneste år.

2 Baggrund og formål

Socialt udsathed betragtes ofte som et storbyfænomen, særligt koncentreret i København. Der har i tråd hermed historisk været særlig politisk opmærksomhed omkring forholdene for socialt udsatte i og omkring København. Man ved imidlertid kun lidt om, hvorvidt der er forskelle i sundhed og trivsel og i kontakt med sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte i henholdsvis København og i resten af landet.

Socialt udsatte mennesker har ikke altid en fast bopæl, og mange bevæger sig i perioder fra kommune til kommune. Man ved desuden kun lidt om, hvorvidt der er overensstemmelse mellem den kommune, socialt udsatte opholder sig mest i og den kommune, de er registreret i.

Rådet for Socialt Udsatte har på denne baggrund bedt Statens Institut for Folkesundhed, SDU kortlægge disse forhold.

Kortlægningen ligger i forlængelse af tre sundhedsprofiler for socialt udsatte, som Statens Institut for Folkesundhed tidligere har lavet for Rådet for Socialt Udsatte, nemlig SUSY UDSAT-undersøgelserne. De er gennemført i henholdsvis 2007, 2012 og 2017 (Ahlmærk et al. 2018; Pedersen et al. 2012; Pedersen et al. 2008) og beskriver socialt udsattes sundhed, sygelighed og trivsel samt forhold af betydning herfor, herunder levekår, sundhedsadfærd, brug af sundhedsvæsenet, vold og overgreb samt sociale relationer. Desuden viser de udviklingen i sundhed, sygelighed og trivsel over tid (2007 til 2017) blandt socialt udsatte og sammenligner med sundhed, sygelighed og trivsel hos den generelle danske befolkning. Nærværende kortlægning sammenligner udvalgte parametre fra de tre SUSY UDSAT-undersøgelser for socialt udsatte i henholdsvis København og resten af landet.

Formålet med denne undersøgelse er 1. at undersøge i hvilken grad, der er overensstemmelse mellem socialt udsattes bopælskommune som registreret i folkeregisteret og deres egen angivelse af, hvor de opholder sig mest, for de fem største byer/kommuner i Danmark (København, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg), og 2. at sammenligne udviklingen i udvalgte sundheds- og trivselsparametre blandt socialt udsatte i henholdsvis København og i resten af landet i årene 2007, 2012 og 2017.

3 Data og metode

Hvem er de socialt udsatte?

Hvem er socialt udsatte mennesker? Social udsathed er et flydende begreb, der ikke er klart afgrænset. Betegnelsen dækker over mange forskellige livssituationer, problemer og sårbarheder og rummer ofte en kompleks sammensathed af både sociale og sundhedsfaglige udfordringer. Dét at være socialt udsat er ofte et resultat af en proces, der finder sted over tid (Christensen et al. 2012, Ahlmark et al. 2018). Betegnelsen social udsathed rummer dermed også forskellige grader af social eksklusion og marginalisering, der spænder fra at være i risiko for at blive ekskluderet af samfundsfællesskabet til et langt liv i social eksklusion eller være helt udstødt (ibid.). At være socialt udsat indebærer ifølge Rådet for Socialt Udsatte at være i risiko for stigmatisering, diskrimination, udstødelse og personlig deroute og at leve et liv, som de fleste ikke forstår eller vil betegne som et godt liv (Rådet for Socialt Udsatte 2017).

Hvorfor opstår social udsathed? Der findes ingen entydige kausale mekanismer. Social udsathed må anskues i konteksten af et komplekst samspil mellem mange indbyrdes forbundne faktorer, herunder økonomiske, sociale, demografiske og adfærdsmæssige faktorer (Christensen et al. 2012). Social udsathed drejer sig om en ophobning af dårlige levekår og manglende deltagelse på en række centrale samfundsområder i form af for eksempel arbejdsløshed, dårlige boligforhold, få sociale aktiviteter og begrænset politisk deltagelse (ibid., Ahlmark et al. 2018).

Socialt udsatte i denne undersøgelse

I denne undersøgelse er socialt udsatte, ligesom i de tre SUSY UDSAT-undersøgelser, defineret som brugere af herberger, forsorgshjem, væresteder, varmetuer, natcaféer, botilbud og andre sociale tilbud til socialt udsatte mennesker. Spørgeskemaerne er uddelt til og besvaret af brugere på disse forskellige steder i hele Danmark. Hermed nås en bred gruppe af socialt udsatte. Samtidig er der en stor gruppe af socialt udsatte, der ikke nås med disse undersøgelser, nemlig socialt udsatte, som ikke benytter sådanne sociale tilbud. Undersøgelsen er derfor heller ikke repræsentativ for socialt udsatte i Danmark. Den skal nærmere ses som et væsentligt indblik i sundhed, sygelighed og trivsel hos en gruppe, der ellers er svær at nå med spørgeskemaundersøgelser og dermed svær at dokumentere sundhedstilstanden hos.

Dataindsamling og data

Undersøgelsen bygger på selvadministrerede spørgeskemasvar fra de tre SUSY UDSAT-undersøgelser gennemført i henholdsvis 2007, 2012 og 2017, hvor svarpersonen har opgivet sit CPR-nummer. Personer, som ikke angav deres CPR-nummer i deres besvarelse, optræder ikke i denne rapport.

Spørgeskemaerne er udviklet af Statens Institut for Folkesundhed med input fra Rådet for Socialt Udsatte og andre eksperter (Ahlmark et al. 2018). Det blev første gang udviklet i 2007 og efterfølgende justeret en smule i 2012 og i 2017. Spørgeskemaerne er udviklet med særlig opmærksomhed på følgende tre kriterier: 1) de skulle identificere de *særlige og forskellige livsomstændigheder*, som socialt udsatte lever under: alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom, 2) de skulle være *meningsfulde, relevante og forståelige* for socialt udsatte og omhandle forhold og situationer, der afspejler socialt udsattes levekår og livsstil, og 3) spørgsmålene skulle gøre det muligt at *sammenligne sundheds- og sygelighedstilstanden* mellem socialt udsatte og den generelle danske befolkning. Derfor indgår mange spørgsmål fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, der undersøger den generelle befolknings sundhed og trivsel (Jensen et al. 2018). For en yderligere beskrivelse af udviklingen af spørgeskemaerne og af dataindsamlingen henvises til

de tre SUSY UDSAT-undersøgelser (Pedersen et al. 2008, Pedersen et al. 2012, Ahlmark et al. 2018).

I denne undersøgelse indgår i alt 1.053 besvarelser fra SUSY UDSAT-undersøgelsen i 2007, 910 besvarelser fra SUSY UDSAT 2012 og 918 besvarelser fra SUSY UDSAT 2017. Dette er besvarelserne, hvor der er oplyst CPR-nummer, og hvor det har været muligt at finde oplysninger om registreret bopælskommune. Det svarer til 81,6 % af de samlede besvarelser fra 2007, 78,7 % af de samlede besvarelser fra 2012 og 72,4 % af de samlede besvarelser fra 2017. Andelen, der har opgivet CPR-nummer blandt svarpersonerne, er således faldet i perioden 2007 til 2017.

Blandt svarpersonerne i SUSY UDSAT 2017, der har angivet at opholde sig mest i København (n=255), har 169 (66,3 %) opgivet deres CPR-nummer, og det har været muligt at finde deres bopælskommune. Blandt svarpersoner, der har angivet at opholde sig mest i resten af landet eller ikke har svaret herpå (n=1.001), har 748 (74,8 %) opgivet deres CPR-nummer, og det har været muligt at finde deres bopælskommune.

Metode

Ved hjælp af CPR-nummeret har vi identificeret svarpersonernes bopælskommune, som anført i folkeregisteret. Der er foretaget en registersammenkøring på individniveau mellem deltagere med oplyst CPR-nummer i de tre SUSY UDSAT-undersøgelser og det register på Danmarks Statistik, der indeholder bopælskommune per 1. januar.

I rapporten undersøges, om der er overensstemmelse mellem den by, hvor socialt udsatte selv har angivet at opholde sig mest i 2017 og den bopælskommune, de er registreret i ved folkeregisteret. Svarpersonernes egen angivelse af bopæl er baseret på spørgsmålet: "I hvilken by opholder du dig mest?" Svarkategorierne var: København, Aarhus, Odense, Aalborg, Esbjerg og anden (med mulighed for at angive, i hvilken anden by).

Desuden undersøges udviklingen i en række sundheds- og trivselsparametre fra 2007 til 2017, udvalgt fra SUSY UDSAT-undersøgelserne. Her sammenlignes udviklingen for svarpersoner, der ifølge folkeregisteret bor i Københavns eller Frederiksberg Kommune det pågældende år med svarpersoner, som ifølge folkeregisteret bor i resten af landet det pågældende år.

I rapporten angives Københavns og Frederiksberg kommune samlet som 'København', mens landets resterende kommuner angives som 'resten af landet'.

4 Geografisk fordeling

4.1 Geografisk fordeling af socialt udsatte

I dette kapitel beskrives den geografiske fordeling af socialt udsatte svarpersoner, der deltager i denne undersøgelse, fordelt på København og resten landet samt fordelt på regioner.

København og resten af landet

Tabel 4.1 Bopæl registreret i folkeregisteret blandt socialt udsatte svarpersoner i 2007, 2012 og 2017, fordelt på København og resten af landet. Antal svarpersoner og procent.

	København		Resten af landet		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
2007	259	24,6	794	75,4	1.053	100,0
2012	197	21,7	713	78,4	910	100,0
2017	118	12,9	800	87,2	918	100,0

Tabel 4.1 viser, at antallet af socialt udsatte svarpersoner falder markant i København fra 259 personer i 2007 til 118 personer i 2017. I resten af landet er antallet af socialt udsatte svarpersoner nogenlunde konstant i perioden og er på 800 personer i 2017.

Regionerne

Tabel 4.1.1 Bopæl registreret i folkeregisteret blandt socialt udsatte svarpersoner, i 2007, 2012 og 2017, fordelt på landets fem regioner. Antal svarpersoner og procent.

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
2007	308	29,3	83	7,9	279	26,5	176	16,7	207	19,7	1053	100,0
2012	285	31,3	73	8,0	276	30,3	155	17,0	121	13,3	910	100,0
2017	214	23,3	80	8,7	284	30,9	201	21,9	139	15,1	918	100,0

Tabel 4.1.1 viser, at det største antal socialt udsatte svarpersoner i undersøgelsen befinder sig i Region Hovedstaden og i Region Syddanmark. I Region Hovedstaden falder antallet af socialt udsatte svarpersoner fra 308 i 2007 til 214 i 2017, imens antallet er stort set uændret i perioden i Region Syddanmark. Det mindste antal socialt udsatte svarpersoner befinder sig i Region Sjælland, hvor antallet er stort set uændret i perioden, og udgør 80 personer i 2017. I Region Midtjylland stiger antallet fra 176 i 2007 til 201 i 2017, mens det falder i Region Nordjylland fra 207 i 2007 til 139 i 2017.

4.2 Sammenhæng mellem registreret bopælskommune og egen angivelse af bopæl

Socialt udsatte har ikke altid en fast bopæl, og nogle bevæger sig i perioder mellem flere kommuner. I SUSY UDSAT 2017 blev svarpersonerne spurgt: "I hvilken by opholder du dig mest?" I tabel 4.2 ses den by, de socialt udsatte selv har angivet at opholde sig mest i 2017.

Tabel 4.2 Byer, som socialt udsatte svarpersoner angiver at opholde sig mest i fordelt på de fem største byer og resten af landet. Antal svarpersoner og procent.

By	Antal	%
København	169	18,5
Aarhus	65	7,1
Odense	79	8,6
Aalborg	99	10,8
Esbjerg	35	3,8
Andre byer	469	51,2
I alt	916	100,0

Tabel 4.2 viser, at den største andel af de socialt udsatte i SUSY UDSAT 2017 angiver at opholde sig mest i København, nemlig 18,5 %, og den mindste andel opholder sig mest i Esbjerg (3,8 %).

I denne undersøgelse har vi som nævnt sammenlignet svarpersonernes egen angivelse af den by, de opholder sig mest i, med den kommune, de er registreret under i folkeregisteret. Resultaterne viser, at 31 % af de socialt udsatte, som angiver at opholde sig i mest i København i 2017, ikke har en registreret folkeregisteradresse i København (tal ikke vist). For Aarhus og Esbjerg er der cirka 12 % af de socialt udsatte, der angiver at opholde sig mest i den respektive by, som ikke har folkeregisteradressen registreret her (tal ikke vist). For Odense og Aalborg er der under 5 %, der angiver at opholde sig mest i den respektive by, som ikke har folkeregisteradresse her (tal ikke vist).

Der er således en væsentlig andel af socialt udsatte, der opholder sig i København, som ikke har folkeregisteradresse her, og andelen er markant større end andelen af socialt udsatte, der opholder sig i de øvrige større byer uden at have folkeregisteradresse her. Der ses imidlertid en mindre tendens i Aarhus og Esbjerg til, at socialt udsatte opholder sig i byen uden at have registreret adresse her.

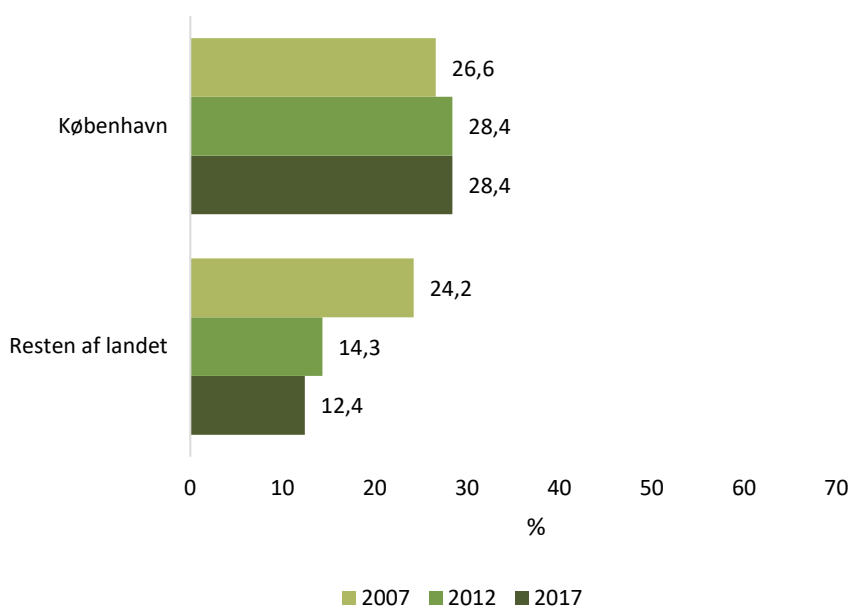
5 Belastende livsomstændigheder

I dette afsnit beskrives udviklingen i andelen af socialt udsatte svarpersoner, der lever med følgende belastende livsomstændigheder: alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, stofmisbrug og fattigdom i henholdsvis København og i resten af landet. Definitionerne af de respektive belastende livsomstændigheder fremgår i de enkelte afsnit. Svarpersonerne kan optræde i flere af de definerede grupper af belastende livsomstændigheder. Man kan eksempelvis godt fremgå i gruppen 'alkoholmisbrug' og 'fattigdom' på samme tid.

5.1 Alkoholmisbrug

Definitionen af et alkoholmisbrug er i SUSY UDSAT-undersøgelsen i 2017 justeret lidt fra SUSY UDSAT-undersøgelserne i 2007 og 2012. I 2007 og 2012 blev alkoholmisbrug defineret ud fra to spørgsmål/svar: personer, der har angivet, at de drikker alkohol hver dag eller næsten hver dag, og personer, der har angivet, at sidste gang, de drak, drak de mere end fem genstande. I 2017 blev alkoholmisbrug defineret som personer, der har angivet, at de dagligt eller næsten dagligt drikker fem genstande eller mere ved samme lejlighed. Antal genstande blev således ændret i 2017 (fem genstande eller mere) i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens ændrede anbefalinger. Sammenligningen til 2017 bør derfor tolkes med forsigtighed.

Figur 5.1 Andel, som har et alkoholmisbrug, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

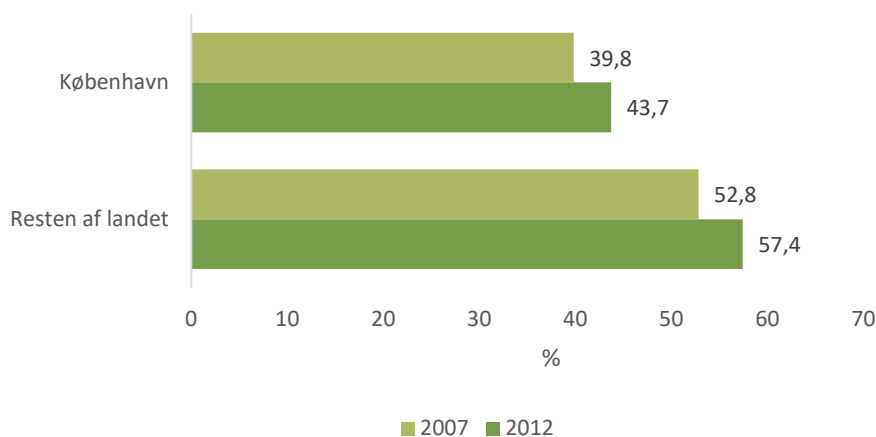


Af figur 5.1 ses, at andelen af socialt udsatte med et alkoholmisbrug var omtrent lige stor i København (26,6 %) og i resten af landet (24,2 %) i 2007. Andelen er stort set uændret i perioden 2007 til 2017 i København, mens der ses et klart fald i resten af landet i den samme periode, hvor andelen er 12,4 % i 2017. Andelen af socialt udsatte med et alkoholmisbrug er således omtrent dobbelt så stor i København som i resten af landet i 2012 og 2017.

5.2 Sindslidelse

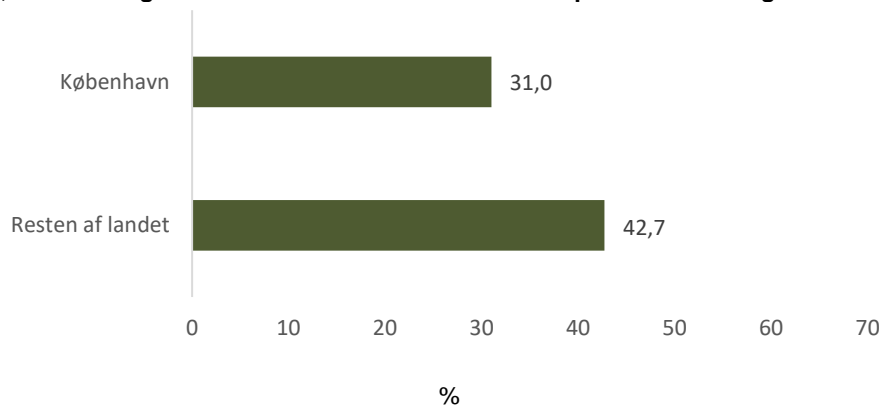
Personer med en sindslidelse er i 2007 og 2012 defineret som: personer, der har angivet, at de har en sindslidelse, at de lider af kronisk angst eller depression, at de har anden psykisk lidelse eller dårlige nerver. I 2017 er personer med en sindslidelse defineret som personer, der har angivet af have en diagnosticeret sindslidelse. Det er derfor ikke retvisende at sammenligne prævalensen fra 2017 med den fra 2007 og 2012, og resultaterne vises således i to separate figurer.

Figur 5.2.1 Andel, med en sindslidelse i 2007 og 2012 fordelt på København og resten af landet. Procent.



Det ses af figur 5.2.1, at andelen af socialt udsatte med en sindslidelse, jf. definitionen ovenfor, er mindre i København end i resten af landet i 2007 og i 2012. Andelen stiger både i København og i resten af landet i perioden, fra 39,8 % i 2007 til 43,7 % i 2012 i København og fra 52,8 % i 2007 til 57,4 % i 2012 i resten af landet.

Figur 5.2.2 Andel, med en diagnosticeret sindslidelse i 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

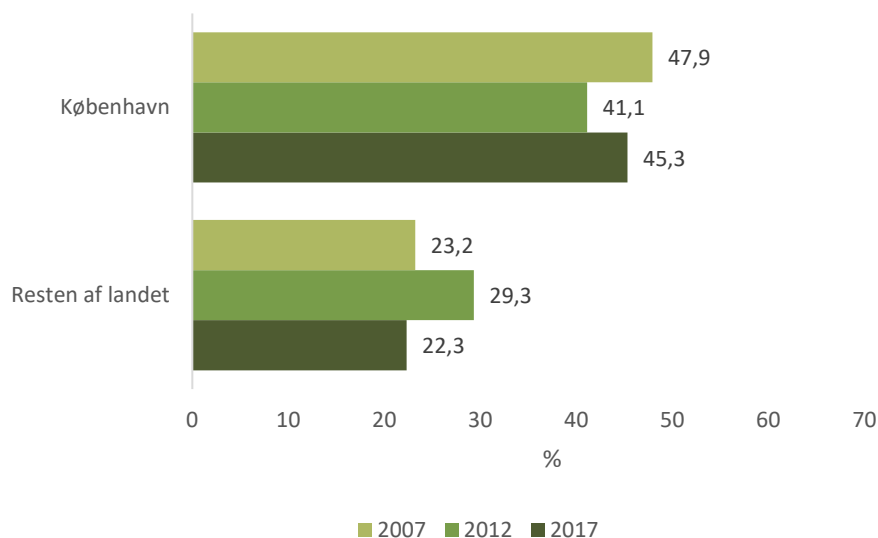


Som det fremgår af figur 5.2.2, ses samme mønster i 2017 som i 2007 og 2012: der er en mindre andel af socialt udsatte svarepersoner, der har en diagnosticeret sindslidelse, i København (31,0 %) end i resten af landet (42,7 %).

5.3 Hjemløshed

Hjemløse er defineret som personer, der har angivet, at de har boet på herberg, pensionat eller forsorgshjem, eller har angivet, at de har boet på gaden/ingen bolig har haft, som svar på spørgsmålet: "Hvor har du boet den seneste måned?".

Figur 5.3. Andel, som er hjemløse, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

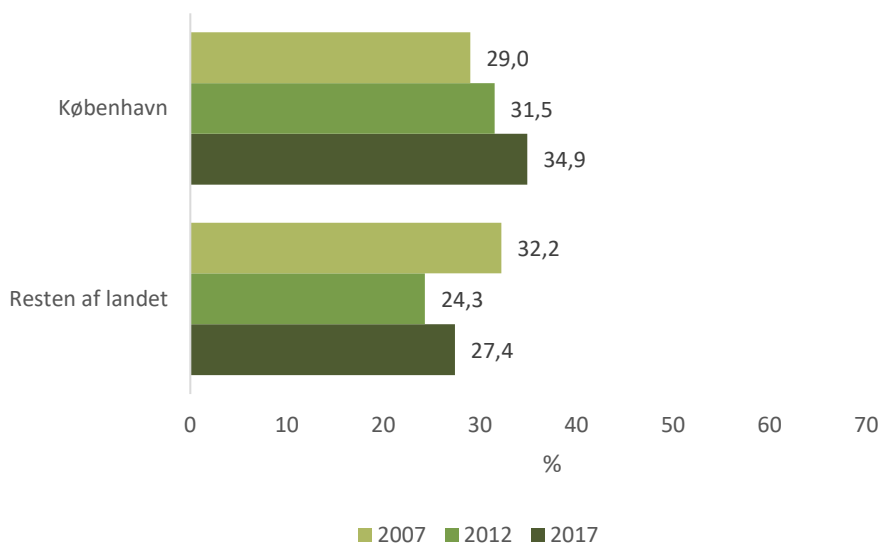


Figur 5.3 viser, at andelen af socialt udsatte, som er hjemløse, er væsentligt større i København end i resten af landet både i 2007, 2012 og 2017. I 2017 udgør andelen af hjemløse 45,3 % i København, mens den udgør 22,3 i resten af landet. Der ses ikke store udsving i andelen af hjemløse i henholdsvis København og i resten af landet i perioden.

5.4 Stofmisbrug

Personer med et stofmisbrug er defineret som personer, der har angivet, at de inden for den seneste måned har indtaget mindst et illegalt eller ikke-lægeordineret stof. En række af de mest almindelige stoffer blev listet i spørgeskemaet efterfulgt af 'andet', hvor man selv kunne tilføje et stof. I 2007 og 2012 inkluderede listen af stoffer amfetamin, heroin, ketamin, LSD, metadon, subutex, rohypnol og ketogan. I 2017 blev stofferne benzodiazepiner og serequel tilføjet, mens LSD, rohypnol og ketogan udgik af listen.

Figur 5.4. Andel, som har et stofmisbrug, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

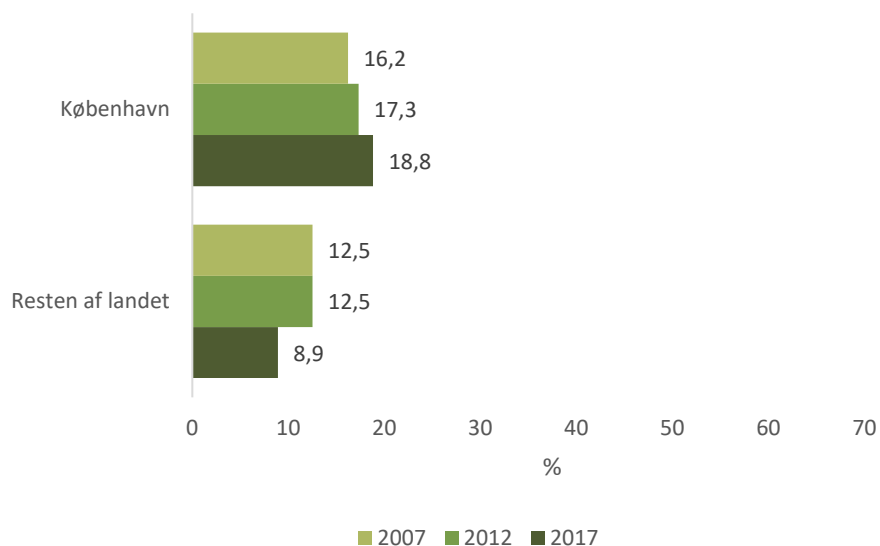


Figur 5.4 viser, at andelen af socialt udsatte med et stofmisbrug er en smule større i resten af landet end i København i 2007, men en smule større i København end i resten af landet i 2012 og 2017. Andelen stiger jævnt i København fra 2007 (29,0 %) til 2017 (34,9 %). I resten af landet falder andelen fra 2007 (32,2 %) til 2012 (24,3 %), men stiger lidt igen i 2017 (27,4 %).

5.5 Fattigdom

Fattige er defineret som personer, der har svaret 'ofte' på spørgsmålet: "Sker det, at du ikke får mad nok, fordi du ikke har råd?". De øvrige svarkategorier er 'nogle gange' og 'aldrig'.

Figur 5.5. Andel, som er fattige, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.



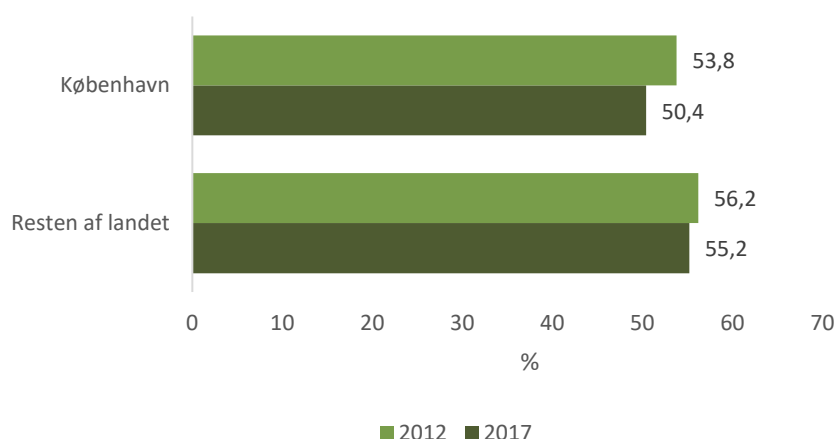
Af figur 5.5 ses, at andelen af socialt udsatte svarpersoner, som er fattige, er større i København end i resten af landet i perioden 2007-2017. I København har andelen af socialt udsatte, som er fattige, overordnet set været konstant fra 2007 (16,2 %) til 2017 (18,8 %). I resten af landet er andelen uændret i perioden 2007 til 2012 (12,5 %), hvorefter der ses et mindre fald til 8,9 % i 2017.

6 Sundhed og trivsel

6.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er god prædikator for sygelighed og dødelighed. Målet siger både noget om en persons aktuelle helbredssituation og helbred gennem livsforløbet samt om, hvordan man reagerer på egen sygdom og om indre og ydre ressourcer, man kan trække på for eksempel i tilfælde af sygdom. Følgende spørgsmålsformulering er anvendt til måling af selvvurderet helbred: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?". Svarkategorierne er: fremragende, vældig godt, godt, mindre godt, dårligt.

Figur 6.1 Andel, med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, i 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

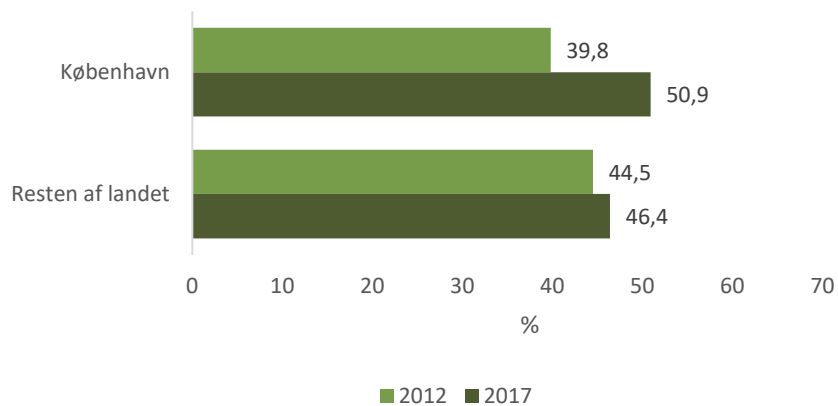


Som det fremgår af figur 6.1, er der ikke store forskelle mellem København og resten af landet i andelen af socialt udsatte svarpersoner med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. I København udgør andelen 53,8 % i 2012 og i resten af landet udgør andelen 56,2 % samme år. Andelen er stort set uændret i 2017, hvor den udgør 50,4 % i København og 55,2 % i resten af landet. Det er ikke muligt at lave en sammenligning med 2007, da der siden er foretaget ændringer i de mulige svarkategorier.

6.2 Nervøs eller stresset

Til måling af nervøsitet og stres er anvendt følgende spørgsmålsformulering: "Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset inden for den seneste måned?". Svarkategorierne er: aldrig, næsten aldrig, en gang i mellem ofte, meget ofte.

Figur 6.2 Andel, der ofte eller meget ofte har følt sig nervøs eller stresset inden for den seneste måned, i 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

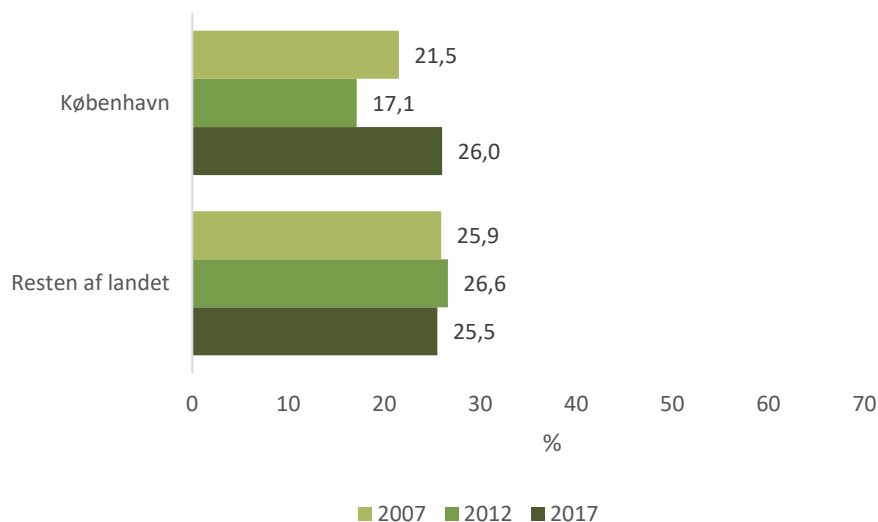


Figur 5.2 viser, at der ikke er store forskelle mellem København og resten af landet i andelen, ofte eller meget ofte har følt sig nervøs eller stresset inden for den seneste måned. I København udgør andelen 39,8 % i 2012 og den stiger til 50,9 % i 2017. I resten af landet udgør andelen 44,5 % i 2012, og den er stort set uændret i 2017 (46,4 %). Det er ikke muligt at lave en sammenligning med 2007, da der siden er foretaget ændringer i spørgsmålsformuleringen.

6.3 Smerter eller ubehag i skulder eller nakke

De næste fem emner vedrører forskellige former for smerter eller ubehag. De er målt ved at spørge: "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?" efterfuldt af en liste med forskellige former for smerter eller ubehag og tre svarkategorier ud for hver: 1) ja, meget generet, 2) ja, lidt generet og 3) nej.

Figur 6.3 Andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

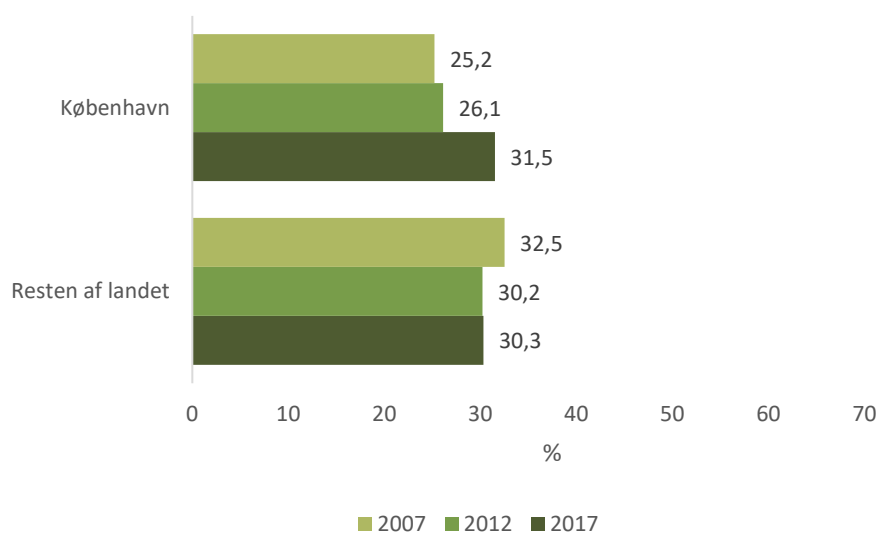


Der er ikke store forskelle mellem København og resten af landet i andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage. I København ses et noget usystematisk billede; andelen udgør 21,5 % i 2007, falder til 17,1 % i 2012 og stiger igen til 26,0 % i 2017. I resten af landet er andelen nogenlunde konstant i perioden 2007 til 2017 og udgør omkring 26 %.

6.4 Smerter eller ubehag i ryg eller lænd

Smerter eller ubehag i ryg eller lænd er målt ved samme spørgsmål og svarkategorier, som nævnt i afsnit 6.3.

Figur 6.4 Andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de seneste 14 dage, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

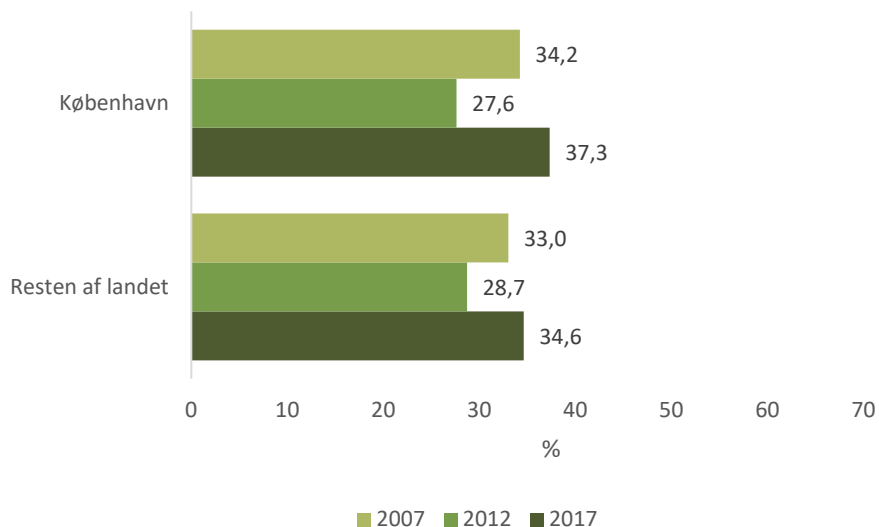


Figur 6.4 viser, at der ikke er store forskelle mellem København og resten af landet i andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de seneste 14 dage. Andelen er en smule mindre i København end i resten af landet i 2007 og 2012, hvor andelen udgør omkring 25 % i København. Andelen stiger lidt i København i 2017 til 31,5 %. I resten af landet har andelen overordnet set været konstant i perioden på omkring 30%.

6.5 Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter, led eller fødder

Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter, led eller fødder er målt ved samme spørgsmål og svarkategorier, som nævnt i afsnit 6.3.

Figur 6.5 Andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter, led eller fødder inden for de seneste 14 dage, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

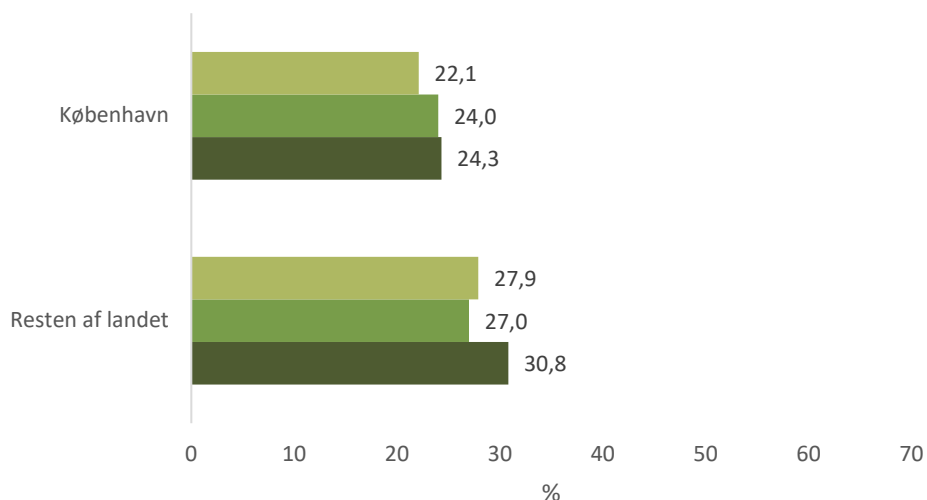


Der ingen nævneværdige forskelle i andelen af socialt udsatte, der har været meget generet af smerter og ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter, led eller fødder inden for de seneste 14 dage, mellem København og resten af landet i perioden, hvilket ses af figur 6.5. Udviklingen følger samme mønster; i 2007 udgør andelen 34,2 % i København og 33 % i resten af landet. Der ses et lille fald i 2012 og lille stigning i 2017 både i København og i resten af landet.

6.6 Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst

Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst er målt ved samme spørgsmål og svarkategorier, som nævnt i afsnit 6.3.

Figur 6.6 Andel, der har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro eller angst inden for de seneste 14 dage, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

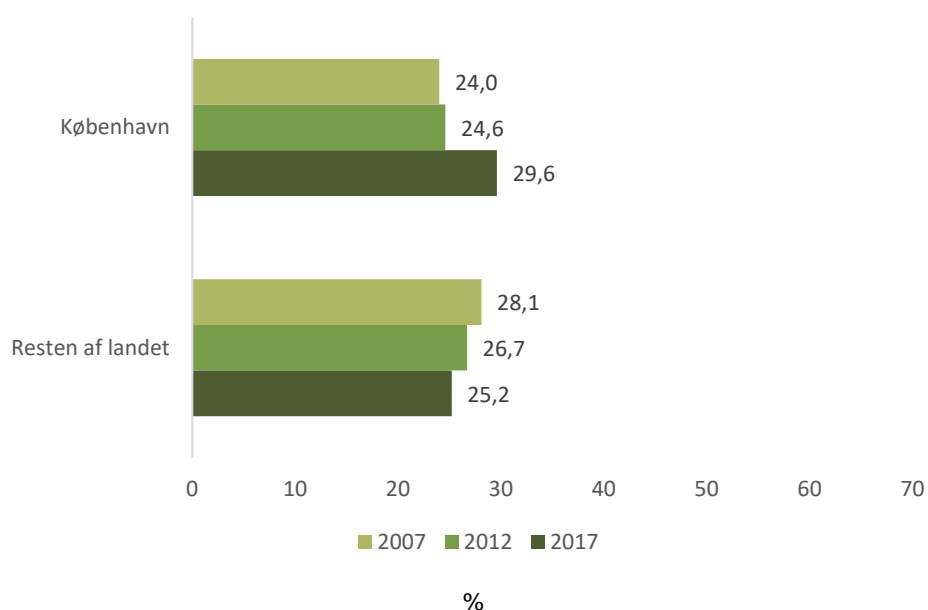


Figur 6.6 viser, at andelen, der har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro eller angst inden for de seneste 14 dage er lidt mindre i København end i resten af landet. Andelen stiger en smule i København fra 22,1 % i 2007 til 24,3 % i 2017. Andelen er uændret i resten af landet i perioden 2007 (27,9 %) til 2012 (27,0 %), hvorefter der ses en mindre stigning i 2017 (30,8 %).

6.7 Nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig

Nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig er også målt ved hjælp af ovenstående spørgsmål og svarkategorier (afsnit 6.3).

Figur 6.7 Andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

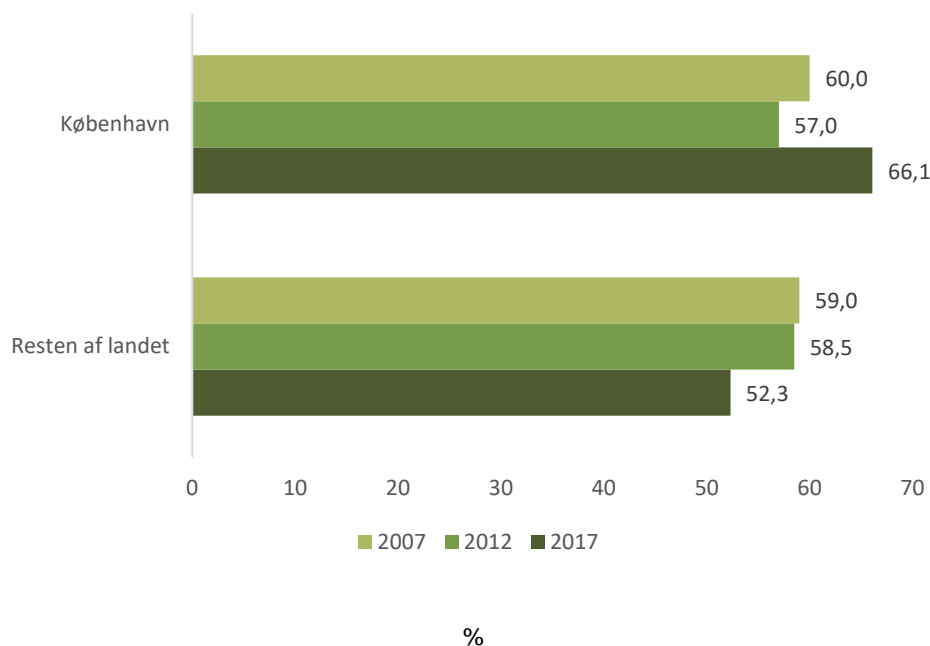


Det fremgår af figur 6.7, at der ikke er store forskelle mellem København og resten af landet i andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage. I København stiger lidt fra 24,0 % i 2007 til 29,6 % i 2017, mens der ses et mindre fald i andelen i resten af landet i perioden, hvor andelen udgør 25,2 % i 2017.

6.8 Måltid mad på varместue

Der er i SUSY UDSAT også spurgt: "hvor mange gange om ugen spiser du et måltid mad i varместue, værested, suppekøkken eller lignende?" Svarpersonen kan herefter selv skrive antal gange.

Figur 6.8. Andel, der spiser et måltid mad i varместue, et værested, et suppekøkken eller lignede mindst én gang om ugen i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

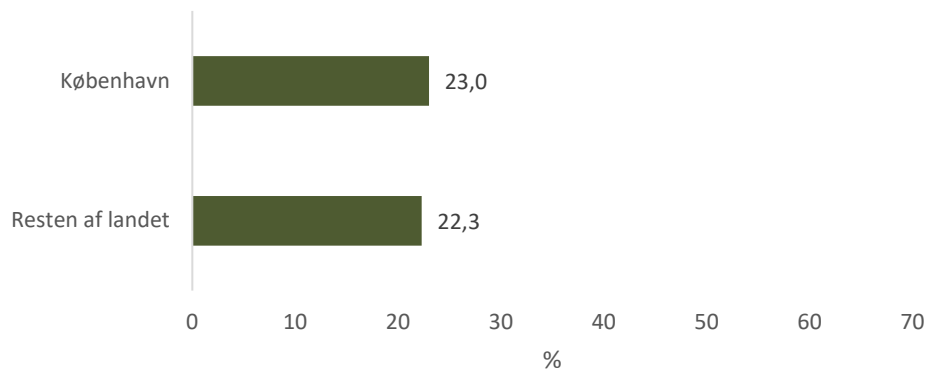


Det fremgår af figur 6.8, at andelen, der spiser et måltid mad på en varместue, et værested, et suppekøkken eller lignede mindst én gang om ugen, er cirka den samme i København og resten af landet i både 2007 og 2012, nemlig omkring 60 %. I 2017 ses en stigning i København til 66,1 %, mens der ses et fald i resten af landet til 52,3 %.

6.9 Overdosis

I SUSY UDSAT 2017 blev der tilføjet et nyt spørgsmål vedrørende overdosis. Svarpersonerne blev spurgt: "Har du nogensinde haft en overdosis?". Svarkategorierne er: inden for de seneste tre måneder, inden for det seneste år, tidligere end det seneste år og nej. Her vises andelen, der nogensinde har haft en overdosis.

Figur 6.9. Andel, der nogensinde har haft en overdosis fordelt på København og resten af landet i 2017. Procent.

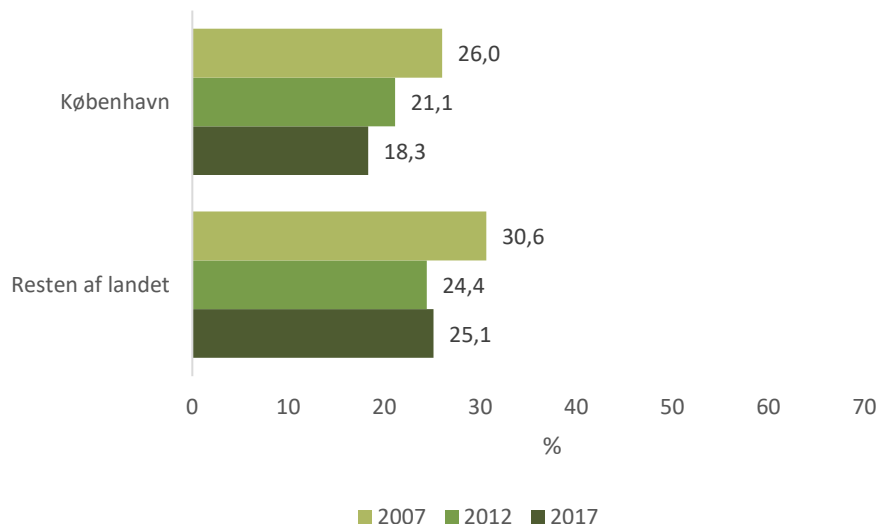


Figur 6.9 viser, at andelen af socialt udsatte svarpersoner, der nogensinde har haft en overdosis er den samme i København (23,0 %) som i resten landet (22,3 %).

6.10 Uønsket alene

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. I SUSY UDSAT blev sociale relationer blandt andet målt ved at undersøge, om man føler sig uønsket alene. Dette måles ved spørgsmålsformuleringen: "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?". Svarkategorierne er: ja, ofte, ja, en gang i mellem, ja, men sjældent og nej, aldrig.

Figur 6.10. Andel, der ofte er alene, selvom de havde mest lyst til at være sammen med andre, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.



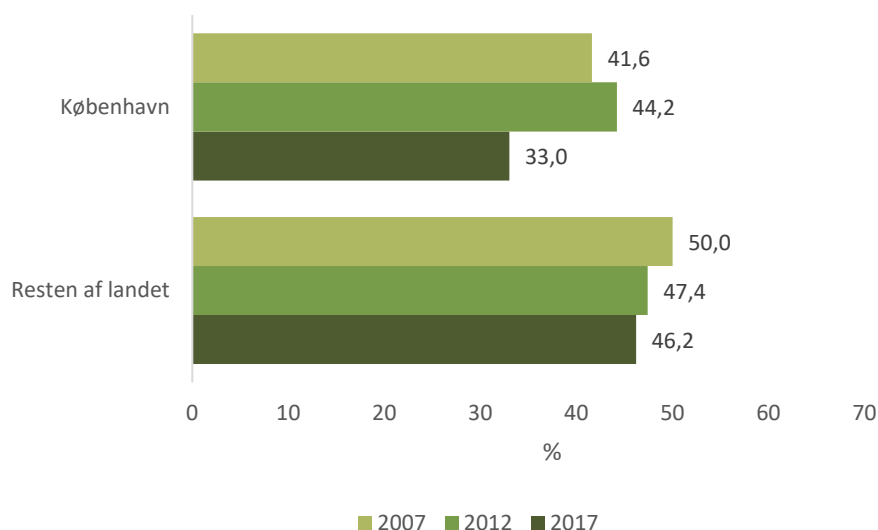
Figur 6.10 viser, at andelen, der ofte føler sig uønsket alene overordnet set er lidt mindre i København end i resten af landet. Andelen falder jævnt fra 26,0 % i 2007 til 18,3 % i 2017 i København. I resten af landet falder andelen fra 30,6 % i 2007 til 24,4 % i 2012, hvorefter andelen er nogenlunde konstant.

7 Kontakt med sundhedsvæsenet

7.1 Kontakt til læge

Lægekontakt blandt socialt udsatte svarpersoner er målt ved at spørge: "Har du inden for de seneste tre måneder været i kontakt med en læge på grund af gener, sygdom eller skade?". Svarkategorierne inkluderede: praktiserende læge, vagtlæge, praktiserende speciallæge, skadestue/akutmodtagelse, hospitalsambulatorium og indlagt på hospital. Her fokuseres på kontakt med praktiserende læge.

Figur 6.1. Andel, der har været i kontakt med en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.

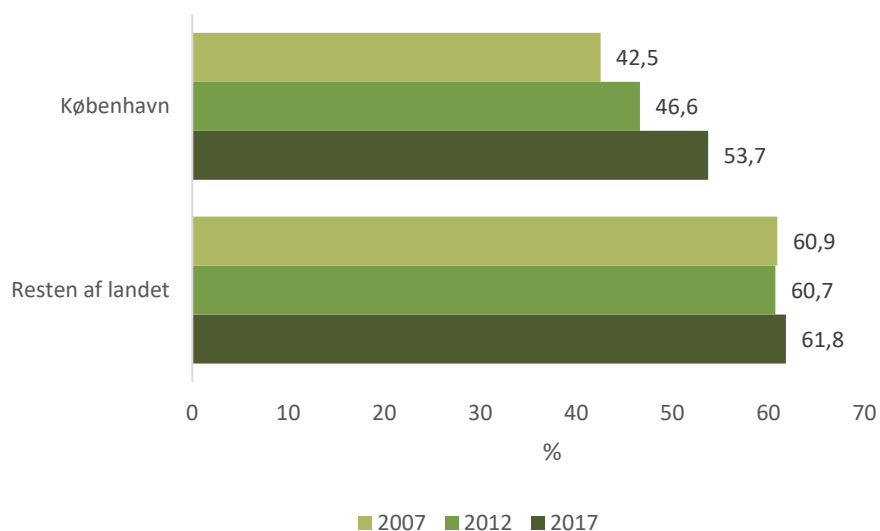


Andelen, som har været i kontakt med en praktiserende læge inden for de seneste tre måneder, er lidt mindre i København end i resten af landet både i 2007, 2012 og 2017, hvilket ses af figur 7.1. Andelen er nogenlunde konstant i København i perioden 2007 (41,6 %) til 2012 (44,2 %), hvorefter der ses et fald til 33,0 % i 2017. I resten af landet ses et mindre fald i perioden, fra 50,0 % i 2007 til 46,2 % i 2017.

7.2 Kontakt til tandlæge

Socialt udsatte svarpersoners kontakt med tandlægen er målt ved at spørge: "Har du inden for det seneste år været hos tandlægen?" Med mulighed for at svare ja eller nej.

Figur 7.2. Andel, der har været til tandlæge inden for det seneste år, i 2007, 2012 og 2017 fordelt på København og resten af landet. Procent.



Figur 7.2 viser, at andelen, der har været ved tandlæge inden for det seneste år, er større i resten af landet end i København på tværs af alle tre år. Andelen stiger imidlertid jævnt i København fra 42,5 % i 2007 til 53,7 % i 2017. Blandt socialt udsatte i resten af landet er andelen uændret i perioden 2007 (60,9 %) til 2017 (61,8 %).

Referencer

Ahlmark N, Sørensen I, Davidsen M, Ekholm O. 2018. *SUSY UDSAT 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Christensen U og Larsen JE. 2012. Social udsathed og helbred. I Lund R, Christensen U og Iversen L (red.) *Medicinsk Sociologi. Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*. 2. udgave. Munksgaard.

Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. 2018. *Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København, Sundhedsstyrelsen.

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

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

Rådet for Socialt Udsatte. 2017. *Socialpolitisk grundlag*. København: Rådet for Socialt Udsatte, revideret version. Rådet for Socialt Udsatte, 2012.

Bilag A: Statistisk usikkerhed

I dette bilag vil den statistiske usikkerhed på de i rapporten angivne forekomster blive belyst. I tabel 1 vises 95 % sikkerhedsintervaller for en given forekomst og et givet antal svarpersoner eller svarpersoner.

Tabel 1: 95 % sikkerhedsgrænser for en given forekomst afhængig af antal svarpersoner. Procent.

Antal svarpersoner (n)	Forekomst								
	10	20	30	40	50	60	70	80	90
100	5-18	13-29	21-40	30-50	40-60	50-70	60-79	71-87	82-95
800	8-12	17-22	26-33	36-43	46-53	56-63	66-73	77-82	87-92

Af tabel 1 fremgår, at i en gruppe med 100 svarpersoner vil 95 % sikkerhedsintervallet for en forekomst på 20 % være 13-29 %. Den formelle fortolkning heraf er, at i 95 % af tilfældene vil det angivne interval indeholde den sande værdi af forekomsten. Den populære fortolkning er, at den sande forekomst med 95 % sandsynlighed ligger mellem 11 % og 32 %. Usikkerheden for små grupper temmelig stor, det vil sige, at 95 % sikkerhedsintervallet er bredt.

Beregningerne i tabel 1 er lavet med eksakte tests i SAS-version 9.4. Dette sikrer, at alle sikkerhedsintervaller ligger mellem 0 og 100, men betyder samtidigt, at sikkerhedsintervallerne ikke er symmetriske.