



SUNDHED OG SYGELIGHED BLANDT SOCIALT UDSATTE BORGERE

- analyse af SUSY data om sundhed hos arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering

2008

Sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere

- analyse af data om arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering

Undersøgelse som led i projekt LIGHED I SUNDHED

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, som er ansvarlig for rapportens udformning og indhold.

Forfatterne er forskningsassistent Anne Illemann Christensen og forskningsmedarbejder, Ulrik Hesse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Udredning
Emneord: SUSY; Lighed i Sundhed; Socialt udsatte; Forebyggelse; Kommuner
Sprog: Dansk

Version: 1.0
Versionsdato: 14. marts 2008
Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-648-1

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, marts 2008

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Forord

Denne rapport præsenterer en sundhedsprofil, der beskriver forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt udvalgte grupper af socialt udsatte.

Rapporten er et led i Sundhedsstyrelsens projekt ”Lighed i sundhed”, som har fokus på førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse. Sundhedsstyrelsen vil med projektet ”Lighed i sundhed” understøtte udviklingen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser over for socialt udsatte. Formålet er at skabe større lighed i sundhed i den danske befolkning i overensstemmelse med mål i Regeringens folkesundhedsprogram ”Sund hele livet” og arbejdet i Forebyggelseskommissionen, nedsat i begyndelsen af 2008.

Det er et generelt problem, at der er meget få befolkningsdata om sundhedstilstanden blandt socialt udsatte. Denne rapport skal ses som et skridt på vejen mod at skabe større datamæssig baggrund for at udvikle metoder på området. Rapporten er inspireret af ”Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed?” fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Rådet for socialt udsatte, som omtaler flere forskellige udsatte gruppers sundhed (2007).

Rapporten er baseret på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra henholdsvis år 2000 og 2005, idet der er foretaget analyser af grupper, der ligger så tæt som muligt på de målgrupper, der indgår i ”Lighed i sundhed”. Sundhed og sygelighed blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering sammenlignes med forholdene i befolkningen som sådan.

Håbet er, at rapporten anvendes i kommunens planlægning af forebyggende indsatser over for de undersøgte grupper.

Rapporten er produceret for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, hvor forskningsassistent Anne Illemann Christensen og forskningsmedarbejder, Ulrik Hesse har udarbejdet rapporten.

*Center for Forebyggelse
Marts 2008*

*Else Smith
Centerchef*

Indhold

	Sammenfatning og konklusioner for undersøgelsen	6
1	Metode og materiale	9
	1.1 Formål	9
	1.2 Datamateriale	9
	1.3 Definition af grupper	9
	1.4 Beskrivelse af grupperne	10
	1.5 Præsentation af tal	11
	1.6 Litteratur	12
2	Helbredsrelateret livskvalitet	13
	2.1 Selvvurderet helbred	13
	2.2 Frisk nok	14
	2.3 Stress	15
	2.4 Udvikling	16
	2.5 Opsamling	16
	2.6 Litteratur	17
3	Sundhedsadfærd	18
	3.1 Bestemmende faktorer for sundhedsadfærd	18
	3.2 Sociale forskelle i sundhedsadfærd	19
	3.3 Indsats for at bevare eller forbedre helbredet	19
	3.4 Rygning	20
	3.5 Fysisk aktivitet	21
	3.6 Alkohol	22
	3.7 Kost	24
	3.8 Overvægt	25
	3.9 Udvikling	26
	3.10 Opsamling	26
	3.11 Litteratur	27
4	Sygelighed og konsekvenser af sygdom	28
	4.1 Langvarig sygdom	28
	4.2 Specifikke sygdomme og lidelser	29
	4.3 Gener og symptomer inden for en 14-dages periode	29
	4.4 Konsekvenser af sygdom	31
	4.5 Udvikling	32

4.6	Opsamling	32
4.7	Litteratur	33
5	Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet	34
5.1	Kontakt til læger inden for en 3-måneders periode	34
5.2	Brug af tandlæge	35
5.3	Brug af medicin	36
5.4	Brug af forebyggende ordninger	38
5.5	Udvikling	39
5.6	Opsamling	39
5.7	Litteratur	40
6	Sociale relationer	41
6.1	Udvikling	43
6.2	Opsamling	43
6.3	Litteratur	43

Sammenfatning og konklusioner for undersøgelsen

Nærværende rapport er en sundhedsprofil, der beskriver forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt

- arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse
- førtidspensionister
- kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering

Rapporten arbejder videre med data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra henholdsvis 2000 og 2005 (herefter ”SUSY-undersøgelserne”). Der er samlet analyseret på data fra 1.161 personer i 2000-undersøgelsen og 972 personer i 2005-undersøgelsen. Nedenfor er konklusionerne fra 2005 undersøgelsen gennemgået. I afsnittet ”Udvikling fra 2000 til 2005” er der anvendt data fra begge undersøgelser.

Formålet er at give et grundlag for planlægning af forebyggende indsatser over for de undersøgte grupper ved at gennemgå udbredelsen af risikofaktorer og sygelighed i disse grupper.

Overordnet er de undersøgte grupper dårligere stillet inden for alle de områder, der beskrives i sundhedsprofilen, sammenlignet med den voksne befolkning som helhed (herefter ”den voksne befolkning”). Den gruppe, der har de største problemer, hvad angår sundhed og sygelighed, er førtidspensionister.

Helbredsrelateret livskvalitet

Helbredsrelateret livskvalitet er en særdeles god prædikator for sygelighed og dødelighed. I denne undersøgelse arbejdes der med 3 dimensioner af ”helbredsrelateret livskvalitet”: selvvurderet helbred, oplevelsen af at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til og oplevelsen af stress i dagligdagen. Blandt de undersøgte grupper er helbredsrelateret livskvalitet dårligere end i den øvrige voksne befolkning. Dette gælder både for andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, andelen, der ikke er friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, og andelen, som ofte eller engang imellem føler sig stresset i dagligdagen.

Sundhedsadfærd

Den samme tendens ses i forhold til sundhedsadfærd, forstået som de handlinger, mennesker udfører i hverdagen, som har betydning for deres sundhed (fx vaner omkring rygning, fysisk aktivitet, alkohol, kost etc.). De undersøgte grupper har oftere end den voksne befolkning en adfærd, der giver risiko for udvikling af sygdom. Eksempelvis er der en større andel blandt de undersøgte grupper, som er fysisk inaktive, og som ryger dagligt sammenlignet med den voksne befolkning. Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse og blandt førtidspensionister er der endvidere en større andel, der er svært overvægtige og en mindre andel der dagligt spiser salat/råkost eller frugt, sammenlignet med den voksne befolkning.

Overordnet har alle de undersøgte grupper således en dårligere sundhedsadfærd end den voksne befolkning. Blandt de undersøgte grupper er det gruppen af ar-

bejdsløse med en kort eller ingen uddannelse der har den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd.

Sygelighed og konsekvenser af sygdom

Sygdom og sygelighed defineres i undersøgelsen som forekomst af langvarig sygdom, forekomst af specifikke sygdomme og forekomst af gener, symptomer og besvær inden for en 14-dages periode. Analyserne viser, at alle de undersøgte grupper overordnet er mere syge end den voksne befolkning. Gruppen af førtidspensionister er den gruppe, der er dårligst stillet i relation til sygdom og sygelighed. Dette skal dog ses i lyset af, at gruppen af førtidspensionister per definition har en høj forekomst af sygdom og sygelighed, da det ofte er grundlaget for tilkendelse af førtidspension.

Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet

Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet fokuserer på borgernes kontakt til praktiserende læge og andre behandlere samt deres brug af medicin. Der er overordnet en større andel blandt alle de undersøgte grupper, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder og bruger forskellige former for medicin sammenlignet med den voksne befolkning. Andelen, der har været til tandlæge inden for de sidste tre måneder, er dog mindre blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse end i den voksne befolkning. Derudover er der blandt førtidspensionister en større andel, der har været til forebyggende helbredstjek inden for de sidste tre år, sammenlignet med den voksne befolkning. Overordnet er de undersøgte grupper dog dårligere stillet sammenlignet med den voksne befolkning i relation til sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet.

Sociale relationer

Hvad angår sociale relationer adskiller arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering sig ikke fra den voksne befolkning. Derimod viser analyserne, at gruppen af førtidspensionister har dårligere sociale relationer sammenlignet med den voksne befolkning. Blandt førtidspensionister er der således en større andel, der sjældent eller aldrig ser familie og venner, som ofte eller engang i mellem er uønsket alene og ikke regner med at kunne få hjælp af andre ved sygdom, sammenlignet med den voksne befolkning.

Udvikling fra 2000 til 2005

Fra 2000 til 2005 er andelen, der *vurderer eget helbred* som værende virkelig godt eller godt, steget blandt førtidspensionister. Førtidspensionister er dog stadig den gruppe, hvor den mindste andel oplyser, at de har et virkelig godt eller godt selv-vurderet helbred.

I samme periode er der inden for mange områder sket en forbedring af *sundhedsadfærden* i den voksne befolkning, mens der i de undersøgte grupper ikke er sket nogen ændringer. Befolkningen som helhed udvikler således en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd, mens de undersøgte grupper opretholder en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Eksempelvis er der blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse sket en stigning i andelen, der er fysisk inaktive – hovedsageligt blandt mænd og for begge køn i aldersgruppen 25-39 år. Andelen, der har overskredet

Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, og andelen, der er svært overvægtige, er ligeledes steget blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse – i disse tilfælde især blandt kvinder og for begge køn i aldersgruppen 40-64 år.

Indenfor *sygelighed og konsekvenser af sygdom* er der sket en række alders- og kønsspecifikke forandringer fra 2000 til 2005. For eksempel er der blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse sket en stigning af personer, som har en langvarig sygdom eller lidelse blandt kvinder og for begge køn i aldersgruppen 40-64 år. I alle grupper er der sket en stigning i andelen, der har forhøjet blodtryk og andelen, der har været generet af træthed inden for de sidste 14 dage. Herudover er der i den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, sket en stigning i andelen, der inden for de sidste 14 dage har været generet af nervøsitet eller nedtrykthed. Stigningen ses i sær blandt mænd og i aldersgruppen 25-39 år.

I forhold til *sygdomsafærd og brug af sundhedsvæsnen* er det især gruppen af førtidspensionister, der skiller sig ud. Således er andelen, der har haft kontakt til sin praktiserende læge, faldet blandt førtidspensionister, mens andelen i de øvrige grupper er den samme i de to undersøgelser. Endvidere er andelen, der har været til tandlæge inden for de sidste tre måneder, den samme blandt førtidspensionister, mens den er faldet i de øvrige grupper. Endelig er der en tendens til, at andelen, der bruger forskellige former for medicin, overordnet ikke har ændret sig blandt førtidspensionister, mens den er steget i de øvrige grupper. Andelen, der regelmæssigt eller til stadighed bruger medicin, er hovedsageligt steget blandt kvinder og blandt de 40-64-årige, mens andelen, der har taget receptpligtig medicin, hovedsageligt er steget blandt mænd og i aldersgruppen 40-64 år.

Fra 2000 til 2005 er der ikke sket ændringer i forhold til *sociale relationer* blandt de undersøgte grupper. I den voksne befolkning er forekomsten af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre, dog steget fra 12,7 % i 2000 til 15,0 % i 2005.

Sammenfattende er de undersøgte grupper på alle områder dårligere stillet sammenlignet med den voksne befolkning. Blandt de undersøgte grupper er førtidspensionister den gruppe, som er dårligst stillet og som har haft den mest uhensigtsmæssige udvikling fra 2000 til 2005. En særlig indsats overfor alle de undersøgte grupper kan derfor være hensigtsmæssig ved tilrettelæggelse og planlægning af de forebyggende indsatser i kommunerne.

1 Metode og materiale

1.1 Formål

Formålet med nærværende sundhedsprofil er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt

- arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse
- førtidspensionister
- kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering

Hensigten er at give et grundlag for planlægning af forebyggende indsatser over for disse grupper. Beskrivelsen omfatter helbredsrelateret livskvalitet, sundhedsadfærd, sygdom og sygelighed, sygdomsadfærd samt sociale relationer.

1.2 Datamateriale

Analyserne er baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY-2000) og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005). Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY-undersøgelserne) er repræsentative, nationale stikprøveundersøgelser af den voksne danske befolkning, der gennemføres af Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Der vil blive gennemført analyser separat for de svarpersoner fra SUSY-2000 og SUSY-2005, der er henholdsvis førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere eller kortuddannede arbejdsløse. Besvarelser fra disse grupper vil blive sammenlignet med besvarelser fra henholdsvis hele SUSY-2000 og SUSY-2005 populationen. Analyserne bliver foretaget på en selekteret aldersgruppe (25-64 år i SUSY-2005 og 25-66 år i SUSY-2000).

I SUSY-2000 var den samlede stikprøve på 22.486 personer. Af disse blev der i alt opnået helt eller delvist interview med 16.688 personer, hvilket svarer til en samlet opnåelse på 74,2 %. Der blev opnået besvarelse fra 638 førtidspensionister, 122 kontanthjælpsmodtagere og 401 arbejdsløse med kort eller ingen erhvervsuddannelse.

Den samlede stikprøve i SUSY-2005 er på 21.832 personer. Der er i alt opnået interview med 14.566 personer – svarende til en samlet svarprocent på 66,7 %.

Der er i SUSY-2005 opnået besvarelse fra i alt 595 førtidspensionister, 54 kontanthjælpsmodtagere og 323 arbejdsløse med kort eller ingen erhvervsuddannelse.

1.3 Definition af grupper

Grupperne defineres som følgende:

1. Førtidspensionister/pensionister pga. helbred eller sociale årsager
2. Kontanthjælpsmodtagere, bistandsmodtagere og personer under revalidering

3. Arbejdsløse under aktivering, der ikke har gennemført en erhvervsuddannelse, og som ikke er i gang med erhvervsuddannelse samt faglærte arbejdsløse.

De tre grupper er gensidigt udelukkende.

- Gruppen af førtidspensionister:
 - er i år 2000 defineret som de personer der på spørgsmålet om erhvervmæssig stilling svarer, at de er pensionister, at de modtager pension, og at de modtager førtidspension enten pga. helbredsmæssige eller sociale årsager.
 - er i år 2005 defineret som de personer, der på spørgsmålet om erhvervmæssig stilling siger, at de modtager førtidspension.
- Gruppen af kontanthjælpsmodtagere, bistandsmodtagere og personer under revalidering er både i 2000 og i 2005 defineret som de personer, der på spørgsmålet om erhvervmæssig stilling svarer, at de er på kontanthjælp/bistandshjælp eller under revalidering (i rapporten benævnt kontanthjælpsmodtagere).
- Gruppen af arbejdsløse med ingen uddannelse eller med højst en faglig uddannelse er både i 2000 og i 2005 defineret som de personer, der på spørgsmålet om erhvervmæssig stilling har svaret, at de er arbejdsløse/under aktivering samt at de har ingen uddannelse eller maksimalt en faglært uddannelse.

1.4 Beskrivelse af grupperne

I alt er 7,2 % af danskere i den erhvervsaktive alder (18 – 64 år) førtidspensionister i 2007 (1). Andelen af førtidspensionister var i SUSY-2000 5,1 % og SUSY-2005 5,5 %. En sammenligning af SUSY-undersøgelsernes andel af førtidspensionister med andelen af førtidspensionister i den samlede danske befolkning giver således anledning til forbehold overfor nærværende undersøgelses repræsentativitet. Dette kan desværre ikke efterprøves hos de andre undersøgte grupper, da rapportens definitioner af faglærte arbejdsløse ikke umiddelbart kan sammenlignes med registre. På samme måde er det ikke muligt at sammenligne gruppen af kontanthjælpsmodtagere med registerdata.

Det fremgår af tabel 1.1, at blandt arbejdsløse, førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere er størstedelen kvinder. Således er to ud af tre arbejdsløse i 2005 kvinder. Andelen af kvinder er større i de tre grupper end i den danske befolkning som helhed. Andelen af kvinder i de tre grupper, er blevet større siden år 2000, hvor fx 58,1 % af førtidspensionisterne var kvinder i forhold til år 2005, hvor 63,3 % af førtidspensionisterne var kvinder. Der er ikke lavet sammenligning med registrering af førtidspensionister i den samlede danske befolkning og der er ikke lavet en kønsopdelt frafaldsanalyse på SUSY analyserne. Det er dermed ikke muligt at undersøge nærmere, om overrepræsentationen af kvinder er udtryk for faktiske forhold, eller om overrepræsentationen skyldes mere praktiske årsager, fx at kvinder i højere grad end mænd accepterer at deltage i interviewene.

Tabel 1.1: Andel arbejdsløse, førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere blandt mænd og kvinder. Procent

		Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	Førtidspensionister	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	Hele befolkningen
2005	Mænd	35,3	36,7	36,5	49,2
	Kvinder	64,7	63,3	63,5	50,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
	Svarpersoner	323	595	54	10.532
2000	Mænd	42,3	14,9	43,6	49,8
	Kvinder	57,7	58,1	56,4	50,2
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
	Svarpersoner	401	638	122	12.213

Tabel 1.2 viser, at 59,5 % af de arbejdsløse i 2005 er i alderen 40-64 år. Blandt førtidspensionisterne i 2005 er 91,7 % i alderen 40-64 år, hvorimod under halvdelen af kontanthjælpsmodtagerne i år 2005 er i alderen 40-64 år. Andelen af arbejdsløse og kontanthjælpsmodtagere i alderen 40-64 år er større end i den generelle befolkning, og andelen af førtidspensionister i aldersgruppen 25-39 år er markant mindre end den samlede gruppe af 25-39-årige befolkning. Der er en tendens til, at både arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse samt kontanthjælpsmodtagere er blevet ældre, og at der ikke er forskel på alderssammensætningen blandt førtidspensionister i SUSY-2000 og SUSY-2005.

Tabel 1.2: Andel arbejdsløse, førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere i aldersgrupper. Procent

		Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	Førtidspensionister	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	Hele befolkningen
2005	25-39 år	40,5	8,3	52,6	33,7
	40-64 år	59,5	91,7	47,4	66,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
	Svarpersoner	323	595	54	10.532
2000	25-39 år	46,0	9,3	57,4	37,3
	40-66 år	54,0	90,7	42,6	62,7
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
	Svarpersoner	401	638	122	12.213

1.5 Præsentation af tal

De indikatorer, der vises i dette notat, bliver præsenteret i ensartede tabeller. I tabellerne er der vist tal for henholdsvis SUSY-2000 og SUSY-2005. Der vises tal for den voksne befolkning, arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering. For den voksne befolkning indgår samtlige interviewede i alderen 25-64 år (i SUSY-2000: 25-66 år), dvs. også personer, der er arbejdsløse, førtidspensionister eller kontanthjælpsmodtagere. Hvor det er muligt, er der vist tal fordelt på køn og aldersgrupper. Dette har været muligt for den voksne befolkning og for arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse. Selvom der i analyserne indgår 595 førtidspensionister fra 2005-undersøgelsen og 638 fra 2000-undersøgelsen, præsenteres alene kønsopdelte tal, men ikke aldersopdelte. Dette skyldes den meget skæve aldersfordeling. For kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering vises alene totalforekom-

ster. I analyserne er der 122 personer fra SUSY-2000, men kun 54 personer fra SUSY-2005.

I beskrivelsen af de enkelte tabeller er der alene kommenteret på signifikante forskelle. Der er foretaget signifikanstest, således at prævalenserne for 2005-tallene for kontanthjælpsmodtagere, arbejdsløse og førtidspensionister er sammenlignet med den voksne befolkning. Der er endvidere foretaget test for udvikling, hvor andele blandt de forskellige grupper i 2000 og 2005 er sammenlignet.

Antallet af kontanthjælpsmodtagere er meget lavt, specielt i 2005-undersøgelsen (54 personer). Det betyder, at der skal være store procentmæssige forskelle, før det kan konkluderes, at forskellene er statistisk signifikante. Eksempelvis ses i nedenstående eksempel, at andelen blandt førtidspensionister (33,2 %) er signifikant forskellig fra hele befolkningen (52,0 %), mens andelen blandt kontanthjælpsmodtagere (40,5 %) ikke er signifikant forskellig fra hele befolkningen.

Eksempel: Andel der inden for den seneste måned har haft mindst en bingeepisode

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Hele befolkningen	56,2	49,9	65,3	39,1	52,0	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	45,4	49,6	60,8	40,9	47,9	323
	Førtidspensionister	-	-	48,5	24,4	33,2	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	40,5	54
2000	Hele befolkningen	-	-	-	-	-	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	-	-	-	-	-	401
	Førtidspensionister	-	-	-	-	-	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	-	122

1.6 Litteratur

- (1) Danmarks Statistik, december 2007, endnu ikke offentliggjorte tal.

2 Helbredsrelateret livskvalitet

Dette kapitel tager udgangspunkt i tre forskellige mål for, hvorledes en person oplever og vurderer eget helbred og helbredsrelateret livskvalitet. Det drejer sig om

- selvvurderet helbred
- oplevelsen af at være frisk nok til at gøre hvad man har lyst til og
- oplevelsen af stress i dagligdagen

Der sættes således fokus på den subjektive dimension af sundhed og helbred.

Den subjektive dimension af sundhed og helbred handler om, hvordan de forskellige grupper oplever deres egen sundhed og helbred. Det er ofte hævdet, at personlige beskrivelser og observationer er fejlkilder i videnskabelige undersøgelser. Her er der imidlertid tale om en anderledes problemstilling, idet det netop er svarpersonernes subjektivitet, deres oplevelse og vurdering af egen sundheds- og helbredstilstand, der er genstandsfeltet. Det er alene svarpersonerne, der kan rapportere om, hvordan de oplever og føler deres sundhedstilstand.

2.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en særdeles god prædikator for sygelighed og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode (1). Der er forskellige forklaringer på denne sammenhæng. For det første fremhæves, at der er tale om en helhedsorienteret vurdering, hvor svarpersonen bruger forskellige kilder i sin vurdering. Det vil sige ikke blot den aktuelle helbredssituation, men også udviklingen heri gennem hele livsforløbet, kendskabet til sygelighed og dødelighed i familien samt viden og vurdering af egen helbredssituation, i forhold til andre jævnaldrende. For det andet fremhæves, at vurderingen af eget helbred kan influere på, hvorledes personen reagerer på egen sygdom (fx at man tager den medicin, man er blevet ordineret) og egen sundhedsfremmende eller forebyggende adfærd. Alt sammen faktorer af betydning for sygelighed og dødelighed. For det tredje fremhæves, at vurderingen af eget helbred afspejler indre og ydre ressourcer, der kan trækkes på i tilfælde af sygdom (fx oplevelsen af indre kontrol eller ekstern social støtte) (2). I SUSY-undersøgelserne er selvvurderet helbred belyst ved spørgsmålet: Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?

I tabel 2.1 vises forekomsten af personer, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt i de enkelte grupper. Det fremgår, at der i SUSY-2005 i alle de undersøgte grupper er en lavere forekomst af personer, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt sammenlignet med den voksne befolkning. Forekomsten er lavest blandt førtidspensionister (29,8 %), dernæst følger kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (41,4 %), og endelig arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (64,5 %). Forekomsten er den samme blandt mænd og kvinder i alle grupper. Den voksne befolkning og arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er opdelt i to aldersgrupper. For begge grupper gælder, at forekomsten er lavere blandt de 40-64-årige end blandt de 25-39-årige. I begge aldersgrupper er forekomsten af personer, der vurderer eget helbred som værende

virkelig godt, lavere blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, sammenlignet med den voksne befolkning. Forskellen er størst i den ældste aldersgruppe.

Tabel 2.1: Andel med virkelig godt eller godt selv vurderet helbred. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	87,0	78,0	82,9	79,3	81,1	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	73,0	58,7	63,0	65,3	64,5	323
	Førtidspensionister	-	-	32,2	28,5	29,8	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	41,4	54
2000	Hele befolkningen	86,9	75,6	80,5	79,2	79,8	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	75,6	62,8	66,3	70,5	68,7	401
	Førtidspensionister	-	-	21,4	23,0	22,3	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	50,5	122

2.2 Frisk nok

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

I tabel 2.2 ses andelen, der aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, i de enkelte grupper. I SUSY-2005 er der blandt alle de undersøgte grupper en større andel, der aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, som de har lyst til, sammenlignet med den voksne befolkning. Andelen, der aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, som de har lyst til, er størst blandt førtidspensionister (37,5 %) og mindst i den voksne befolkning (6,5 %). Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er andelen 10,7 % og blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering er andelen 29,2 %. I den voksne befolkning er andelen, der aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, som de har lyst til, større blandt kvinder end blandt mænd, mens andelen blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, er større blandt mænd end blandt kvinder. I den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse gælder, at andelen, der aldrig eller næsten aldrig føler sig friske nok til at gøre, som de har lyst til, er større blandt de 40-64-årige end blandt de 25-39-årige. Andelen er i begge aldersgrupper større blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, sammenlignet med den voksne befolkning.

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

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	4,0	7,8	5,2	7,8	6,5	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	8,2	12,3	13,4	9,1	10,7	323
	Førtidspensionister	-	-	36,7	37,9	37,5	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	29,5	54
2000	Hele befolkningen	3,6	8,3	5,7	7,3	6,5	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	7,4	13,1	9,3	11,3	10,5	401
	Førtidspensionister	-	-	44,5	41,1	42,5	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	23,1	122

2.3 Stress

Stress er en tilstand, der både påvirker personer fysisk og psykisk. I daglig tale siger personer ofte, at de er stressede, når de har travlt og tingene vokser dem over hovedet. De reagerer med irritabilitet, søvnløshed, træthed, manglende koncentrationsevne mv. Det er den subjektive og oplevelsesmæssige dimension af stressbegrebet. Men der er også en mere objektiv dimension, idet stress kan ytre sig rent fysiologisk ved, at der produceres stresshormoner, som således gør kroppen parat til en øget indsats. Stress forårsages af en belastning, som er vanskelig at håndtere. Graden af stress og evt. helbredsmæssige følgevirkninger afhænger bl.a. af belastningens styrke og varighed og af de personlige ressourcer. Længerevarende eller meget stærke belastninger kan medføre stressbetinget sygdom, som eksempelvis hjertekarsygdom og depression. Allerede eksisterende sygdom kan desuden forværres af stress (3). I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fokuseres der på den oplevelsesmæssige dimension af begrebet.

Tabel 2.3 viser forekomsten af personer, der ofte føler sig stresset i deres dagligdag. Det fremgår, at der i SUSY-2005 ikke er forskel på forekomsten af personer, der ofte føler sig stresset i deres dagligdag i den voksne befolkning og i de undersøgte grupper. I den voksne befolkning og blandt førtidspensionister er der en højere forekomst af personer, der ofte føler sig stresset i deres dagligdag, blandt kvinder end blandt mænd. Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er forekomsten højere blandt mænd end blandt kvinder. For den voksne befolkning og for arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse gælder, at forekomsten af personer, der ofte føler sig stresset i deres dagligdag, er højere blandt de 25-39-årige end blandt de 40-64-årige.

Tabel 2.3: Andel der ofte føler sig stresset i deres dagligdag. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	12,7	9,7	9,4	12,0	10,7	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	10,6	5,1	13,0	4,2	7,3	323
	Førtidspensionister	-	-	5,5	9,5	8,0	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	17,8	54
2000	Hele befolkningen	11,2	8,9	9,3	10,2	9,8	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	6,2	4,6	6,1	4,8	5,4	401
	Førtidspensionister	-	-	7,5	7,4	7,4	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	13,0	122

2.4 Udvikling

I forhold til helbredsrelateret livskvalitet er der fra SUSY-2000 til SUSY-2005 overordnet ikke sket ændringer inden for de forskellige grupper. Blandt arbejdsløse mænd med kort eller ingen uddannelse er der dog sket en stigning i andelen, der ofte føler sig stresset. Endvidere er andelen blandt førtidspensionister, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt steget fra 22,3 % i SUSY-2000 til 29,8 % i SUSY-2005. Førtidspensionister er dog stadig den gruppe, der ligger lavest sammenlignet med de andre grupper og især sammenlignet med den voksne befolkning, hvor forekomsten af personer, der vurderer eget helbred som værende godt eller virkelig godt, er på 81,1 % i SUSY-2005.

2.5 Opsamling

Overordnet er helbredsrelateret livskvalitet blandt førtidspensionister, blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering samt blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, markant dårligere sammenlignet med den voksne befolkning. Når grupperne sammenlignes indbyrdes, tegner der sig et tydeligt billede, hvor helbredsrelateret livskvalitet opleves dårligst blandt førtidspensionister, dernæst kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering og endelig arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse. Forekomsten af personer, der ofte er stresset i deres dagligdag, er dog den samme i alle grupper.

2.6 Litteratur

- (1) 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? København: Arbejdsmiljøfondet, 1998.
- (2) Idler EL, Benyamini Y: Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 1997;38:21-37.
- (3) Kjølner M: Stress – et folkesundhedsproblem. *Ugens tal for folkesundhed* uge 5, 2003. Statens Institut for Folkesundhed.

3 Sundhedsadfærd

I dette kapitel beskrives forskellige aspekter af sundhedsadfærden blandt de undersøgte grupper. Sundhedsadfærd er en samlet betegnelse for de handlinger, mennesker udfører i hverdagen, som har betydning for deres sundhed, og kan forstås som en del af deres livsstilsvaner. Sundhedsadfærden kan betragtes ud fra flere perspektiver, som vil blive gennemgået i det følgende.

Sundhedsadfærd har ikke kun betydning for den enkeltes sundheds- og sygelighedstilstand. Set ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv har sundhedsadfærden store økonomiske konsekvenser for sundhedsvæsnets. Beregninger viser blandt andet, at sundhedsvæsnets årlige ressourceforbrug til behandling af tobaksrelaterede lidelser er næsten 4,5 mia. kr., alkoholrelaterede lidelser 947 mio. kr., og behandling af lidelser relateret til overvægt er beregnet til 1.6 mia. kr. (1).

Hermed har befolkningens sundhedsadfærd konsekvenser på både individ- og samfundsplan i form af helbredsmæssige og økonomiske omkostninger. På baggrund heraf er det i alles interesse at forbedre og fremme sundhedsadfærden. For at kunne opnå dette er det gavnligt først at beskrive, hvordan sundhedsadfærden forholder sig i befolkningen for netop at kunne klarlægge og prioritere, hvilke områder sundhedsfremmende indsatser skal rettes imod. Det kan eksempelvis være, hvorvidt den enkelte er fysisk aktiv i det anbefalede omfang eller udsætter sig for helbredsrisici i form af rygning, uhensigtsmæssige kostvaner etc. Det er derfor relevant at identificere grupper med særlig uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, hvilket er et af formålene med nærværende rapport.

3.1 Bestemmende faktorer for sundhedsadfærd

Sundhedsadfærden kan både være bestemt af personlige, lokale og samfundsmæssige forhold, hvorfor det er muligt at fremme sundheden og undgå sygdomme ved at ændre på disse forhold. Personlige forhold består bl.a. af den enkelte persons færdigheder og viden. Lokale forhold indbefatter fx cykelstier, idrætsforeninger etc. og samfundsmæssige forhold består fx af sund mad i undervisningsinstitutionerne, normer omkring fysisk aktivitet på offentlige institutioner etc.

Endvidere kan befolkningens sundhedsadfærd anskues ud fra et psykologisk/socialpsykologisk perspektiv, hvor det er væsentligt at forstå, at sociale netværk og de normer og værdier, der eksisterer i disse netværk, er medvirkende 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 (2).

En persons sundhedsadfærd kan både udvises bevidst eller ubevidst og kan have såvel tilsigtede som utilsigtede konsekvenser. De bevidste handlinger har oftest til formål at opnå et givent resultat, hvor der fx kan være tale om at få en bedre sundhedstilstand eller undgå en sygdom. Modsat kan der være tale om vanemæssig adfærd, der udføres uden egentlige overvejelser og derfor foregår ubevidst i forhold til de sundhedsmæssige eller helbredsmæssige konsekvenser.

3.2 Sociale forskelle i sundhedsadfærd

Sociale faktorer er i høj grad bestemmende for sundhedsadfærden og udgøres af eksempelvis uddannelse, indkomst, erhvervsstilling eller tilknytning til arbejdsmarkedet. Demografiske faktorer har også betydning og omfatter eksempelvis køn, alder og geografi. Uddannelsesniveau er dog den væsentligste faktor til forklaring af sociale forskelle (3).

Det kan på baggrund af tidligere studier konstateres, at der eksisterer en social ulighed i befolkningens sundhedsadfærd, eftersom individets sociale baggrund har afgørende betydning for sundhedsadfærden. Der findes flere hypoteser og teorier til at forklare denne ulighed i sundhed 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 (4). Forskellige sociale grupper råder over forskellige sammensætninger af ressourcer og kompetencer, hvilket bevirker at borgerne udvikler forskellige sociale strategier og forskellige slags værdier og livstile i forhold til sundhedsadfærd (5). Dermed er det ikke alle sociale grupper i samfundet, der har lige mulighed for at leve sundt. Ovenstående kan medvirke til at forklare, hvorfor der eksisterer social ulighed i befolkningens sundhedsadfærd.

3.3 Indsats for at bevare eller forbedre helbredet

I dette afsnit belyses det psykosociale perspektiv af sundhedsadfærd. En vigtig forudsætning for, at sundhedsformidlere, praktiserende læger m.fl. kan motivere befolkningen til selv at ændre på deres sundhedsadfærd, er, at befolkningen selv tror, at deres egen indsats har betydning for deres helbred og sundhed. I SUSY-undersøgelserne er der spurgt til, om man gør noget for at bevare eller forbedre sit helbred.

Andelen, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet, fremgår af tabel 3.1. Det ses, at andelen, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet i SUSY-2005, er mindre blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (75,7 %) sammenlignet med den voksne befolkning (85,7 %). I den voksne danske befolkning og blandt førtidspensionister er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd, der gør noget for at bevare eller forbedre helbredet.

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

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	85,1	86,0	81,6	89,7	85,7	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	76,3	75,2	75,3	75,8	75,7	323
	Førtidspensionister	-	-	76,8	85,2	82,1	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	75,2	54
2000	Hele befolkningen	82,7	84,1	78,6	88,5	83,6	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	78,3	79,9	73,5	83,3	79,2	401
	Førtidspensionister	-	-	72,8	89,3	82,4	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	81,2	122

3.4 Rygning

Rygning anses i dag for at være den mest afgørende faktor for danskernes overdødelighed. Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, hvor lungekræft, hjerte-karsygdomme samt kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er de dominerende. I Danmark er rygning en medvirkende faktor til knap 14.000 dødsfald om året, hvilket svarer til hvert fjerde dødsfald (1). Beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end ikke-rygere. Der ses en tendens til, at antallet af danske dagligrygere har været faldende gennem en årrække.

Tabel 3.2 viser forekomsten af personer, der ryger dagligt. Det fremgår, at forekomsten af personer, der ryger dagligt i SUSY-2005, er markant højere blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (56,6 %), arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (56,3 %) samt førtidspensionister (54,2 %) sammenlignet med den voksne befolkning (31,4 %). Der er i alle grupper en højere forekomst af personer, der ryger dagligt, blandt mænd end blandt kvinder. Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er der en højere forekomst af personer, der ryger dagligt, i aldersgruppen 25-39 år end i aldersgruppen 40-64 år.

Tabel 3.2: Andel der ryger dagligt. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	30,4	31,9	32,9	29,9	31,4	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	61,3	52,8	62,9	52,6	56,3	323
	Førtidspensionister	-	-	58,8	51,6	54,2	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	56,6	54
2000	Hele befolkningen	33,8	37,9	37,9	34,8	36,3	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	49,8	53,7	55,1	49,6	51,9	401
	Førtidspensionister	-	-	62,8	56,3	59,0	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	55,7	122

Andelen, der er storrygere, dvs. ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, ses i tabel 3.3. I SUSY-2005 er der en større andel, der er storrygere, blandt alle de undersøgte grupper end i den voksne befolkning. Andelen, der er storrygere, er større blandt mænd end blandt kvinder i alle grupper. Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er der en større andel, der er storrygere, blandt de 25-39-årige end blandt de 40-64-årige.

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

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	19,4	19,1	21,3	17,2	19,2	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	42,0	37,6	48,0	34,7	39,4	323
	Førtidspensionister	-	-	42,4	34,0	37,1	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	36,9	54
2000	Hele befolkningen	21,2	22,4	24,7	19,2	21,9	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	33,1	35,4	43,1	27,9	34,3	401
	Førtidspensionister	-	-	45,0	35,2	39,3	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	42,9	122

3.5 Fysisk aktivitet

Igennem de seneste generationer er de fysiske krav i dagligdagen aftaget væsentligt. Dels er mængden af fysisk anstrengende arbejde aftaget, dels transporterer vi os mere og mere i fx bil frem for på cykel eller til fods (7).

Det faldende fysiske aktivitetsniveau påvirker befolkningens sundhed og sygelighed, idet 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-karsygdom, type 2 diabetes og osteoporose og medvirker til, at immunforsvaret forbedres, ligesom det mentale og sociale velbefindende øges (8, 9). Hvert år kan 7-8 % af alle dødsfald i den danske befolkning relateres til fysisk inaktivitet i fritiden (dvs. læser, ser fjernsyn eller har en anden stillesiddende beskæftigelse), og personer, der er fysisk inaktive, dør i gennemsnit 5-6 år tidligere end fysisk aktive (1).

Indtil 1999 var Sundhedsstyrelsens officielle anbefalinger vedrørende fysisk aktivitet at en voksen person skulle være fysisk aktiv mindst fire timer om ugen – dette for at kunne opnå en sygdomsforebyggende effekt. Disse anbefalinger blev ændret i 1999 til mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. Der er endnu ikke fundet nogen tilstrækkelig god metode til monitorering af forekomsten af personer, der lever op til de nye anbefalinger (10). Derfor er fysisk aktivitet i SUSY-undersøgelserne belyst gennem spørgsmålet: 'Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville De så sige passer bedst som beskrivelse på Deres aktivitet i fritiden?' med svarkategorierne:

- (1) Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen (konkurrenceidræt)
- (2) Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst fire timer pr. uge (motionsidræt)
- (3) Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) (lettere motion)
- (4) Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse (stillesiddende).

Dette spørgsmål har vist sig at være robust og prædiktivt for mortalitet (11).

I tabel 3.4 vises forekomsten af personer, der er fysisk inaktive i fritiden. Fysisk inaktive er defineret som personer, der læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse i fritiden. Det fremgår, at forekomsten af personer, der er fysisk inaktive, er højere blandt førtidspensionister (29,0 %), kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (27,9 %) og arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (18,0 %) sammenlignet med den voksne befolkning (10,9 %). I den voksne befolkning og blandt førtidspensionister er der flere mænd end kvinder, der er fysisk inaktive i fritiden.

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

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	11,3	10,7	12,2	9,7	10,9	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	16,9	18,8	18,9	17,5	18,0	323
	Førtidspensionister	-	-	33,4	26,4	29,0	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	27,9	54
2000	Hele befolkningen	11,8	13,9	14,4	11,9	13,1	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	8,1	16,7	11,7	13,5	12,8	401
	Førtidspensionister	-	-	33,8	30,4	31,9	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	25,7	122

3.6 Alkohol

Der er store helbredsmæssige konsekvenser relateret til et stort alkoholforbrug. Forbruget af alkohol har ligesom rygning været en medvirkende årsag til den stagnerende middellevetid op gennem 1990'erne. Hvert år dør cirka 3.000 danskere med en alkoholrelateret diagnose svarende til 5 % af alle dødsfald. Personer med stort alkoholforbrug har højere dødelighed og sygelighed end personer med moderat eller intet forbrug.

Personer uden alkoholforbrug har den samme risiko for sygelighed og dødelighed som personer med et moderat alkoholforbrug. For at forebygge alkoholrelaterede problemer i den danske befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen en maksimumgrænse for den enkeltes ugentlige forbrug af alkohol på 21 genstande for mænd og 14 for kvinder. Dette betegnes som Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse.

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne er der spurgt til alkoholforbruget inden for den seneste uge. Svarpersonerne blev bedt om at oplyse, hvor mange genstande de havde drukket på hver af dagene i den sidste uge for hver af kategorierne øl, hvidvin, rødvin, hedvin og stærk spiritus. I tabel 3.5 vises andelen, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge.

Det ses, at der i SUSY-2005 er en større andel, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (22,2 %) sammenlignet med den voksne befolkning (14,3 %). I alle grupper er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Det fremgår endvidere, at der i den voksne befolkning og blandt

arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er en større andel, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, blandt de 40-64-årige end blandt 25-39-årige.

Tabel 3.5: Andel der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser inden for den seneste uge. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	10,1	16,5	17,4	11,4	14,3	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	13,9	27,8	26,7	19,7	22,2	323
	Førtidspensionister	-	-	23,2	8,6	13,9	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	15,6	54
2000	Hele befolkningen	8,3	13,5	14,5	8,7	11,6	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	7,7	19,9	22,2	8,5	14,3	401
	Førtidspensionister	-	-	19,6	6,6	12,0	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	17,3	122

Drikkemønstre og ikke kun det totale alkoholforbrug har betydning for alkoholrelateret dødelighed. Derfor blev anbefalingerne i 2005 suppleret med retningslinier for forbruget af alkohol for én drikkeanse. Sundhedsstyrelsen tilråder nu, at der højst drikkes fem genstande ad gangen.

Det fremgår af tabel 3.6, at der blandt førtidspensionister (33,2 %) er en mindre andel, der inden for den seneste måned har haft mindst en episode, hvor de har drukket mindst fem genstande på en dag/aften, sammenlignet med den voksne befolkning (52,0 %). I alle grupper er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder, der inden for den seneste måned har haft mindst en episode, hvor de har drukket mere end 5 genstande på en dag/aften. I den voksne befolkning er andelen, der inden for den seneste måned har haft mindst én episode, større i aldersgruppen 25-39 år end i aldersgruppen 40-64 år, mens andelen blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er større i aldersgruppen 40-64-årige end aldersgruppen 25-39-årige. Der er ikke spurgt til disse episoder i SUSY-2000, og det er derfor ikke muligt at vise udviklingen.

Tabel 3.6: Andel der inden for den seneste måned har haft mindst en episode, hvor de har drukket mere end 5 genstande på en dag/aften. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	56,2	49,9	65,3	39,1	52,0	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	45,4	49,6	60,8	40,9	47,9	323
	Førtidspensionister	-	-	48,5	24,4	33,2	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	40,5	54
2000	Hele befolkningen	-	-	-	-	-	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	-	-	-	-	-	401
	Førtidspensionister	-	-	-	-	-	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	-	122

3.7 Kost

Gode kostvaner har betydning for forebyggelse af de store folkesygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, kræft, muskel- og skeletlidelser. Beregninger bekræfter dette, idet 4 % af alle dødsfald er relateret til et for stort indtag af mættet fedt. Det samme tal er gældende for et for lille frugt- og grøntindtag. Kostindtag er vanskeligt at måle sammenlignet med eksempelvis rygning. I SUSY-undersøgelserne belyses kostvaner blandt andet ved at spørge, hvor ofte svarpersonerne plejer at spise salat/råkost og frugt.

I SUSY-2005 er andelen, der dagligt eller næsten dagligt spiser salat/råkost mindre blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse og blandt førtidspensionister sammenlignet med den voksne befolkning (tabel 3.7). Der er i alle grupper en større andel blandt kvinder, der dagligt eller næsten dagligt spiser salat/råkost, sammenlignet med mænd. Endvidere er andelen, der dagligt eller næsten dagligt spiser salat/råkost, større blandt de 40-64-årige end de 25-39-årige i den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse. I begge aldersgrupper er andelen markant større i den voksne befolkning end blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse.

Tabel 3.7: Andel der spiser salat/råkost dagligt eller næsten dagligt. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	46,7	51,4	41,5	57,9	49,8	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	36,7	41,1	37,3	40,3	39,3	323
	Førtidspensionister	-	-	28,7	46,9	40,2	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	34,5	54
2000	Hele befolkningen	36,0	42,0	33,0	46,5	39,8	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	30,1	34,3	24,0	38,5	32,4	401
	Førtidspensionister	-	-	25,8	41,0	34,6	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	40,4	122

I tabel 3.8 ses andelen, der dagligt eller næsten dagligt spiser frugt. Det fremgår, at andelen, der dagligt eller næsten dagligt spiser frugt i SUSY-2005, er mindre blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (62,3 %) og blandt førtidspensionister (64,9 %) sammenlignet med den voksne danske befolkning (71,5 %). Andelen er større blandt kvinder end blandt mænd i alle grupper. Endvidere er der i den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse en større andel, der dagligt eller næsten dagligt spiser frugt blandt de 40-64-årige end blandt de 25-39-årige. I begge aldersgrupper er andelen markant større i den voksne befolkning end blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse.

Tabel 3.8: Andel der spiser frugt hver dag. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	68,5	73,0	60,1	82,5	71,5	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	58,6	64,8	51,7	68,1	62,3	323
	Førtidspensionister	-	-	49,1	74,1	64,9	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	55,7	54
2000	Hele befolkningen	60,0	67,8	52,3	77,3	64,9	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	62,1	58,8	42,0	73,8	60,3	401
	Førtidspensionister	-	-	50,0	71,6	62,5	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	57,3	122

3.8 Overvægt

Andelen af svært overvægtige udgør et stadig stigende folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Svær overvægt øger risikoen for en lang række af de store folkesygdomme som hjerte-karsygdomme, type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet. Der findes en arvelig disposition for fedme, men den stigende andel af svært overvægtige i den danske befolkning må først og fremmest sættes i relation til det faldende fysiske aktivitetsniveau og til det stigende fedtindhold i kosten.

Det mest anvendte mål til at klassificere vægt og ligeledes belyse forekomsten og udviklingen heri, kaldes Body Mass Index (BMI). BMI udregnes på basis af oplysninger om kropshøjde og kropsvægt og er kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter.

$$BMI = \frac{vægt(kg)}{højde(m)^2}$$

WHO definerer følgende vægtgrupper opdelt efter BMI (12):

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

I tabel 3.9 ses andelen, der har et BMI på 30 eller derover. Sammenlignet med den voksne befolkning (12,0 %) er der i SUSY-2005 en større andel, der er svært overvægtige, blandt førtidspensionister (23,3 %) og arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (21,3 %). Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er andelen, der er svært overvægtige, større blandt kvinder end blandt mænd, mens andelen blandt førtidspensionister er større blandt mænd end blandt kvinder. I den voksne befolkning er andelen større blandt de 40-64-årige end de 25-39-årige.

Tabel 3.9: Andel der har et BMI større eller lig med 30. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	10,2	13,0	12,5	11,6	12,0	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	23,1	20,1	17,0	23,7	21,3	323
	Førtidspensionister	-	-	26,0	21,7	23,3	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	16,4	54
2000	Hele befolkningen	8,2	11,4	10,8	9,6	10,2	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	18,0	12,9	15,2	15,3	15,3	401
	Førtidspensionister	-	-	20,3	15,9	17,7	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	14,3	122

3.9 Udvikling

Fra SUSY-2000 til SUSY-2005 er der sket en forbedring af sundhedsadfærden inden for mange områder i den voksne befolkning, mens der i de undersøgte grupper ikke er sket nogen ændring i perioden. Det ser således ud til, at befolkningen som helhed udvikler en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd, mens de mere udsatte grupper opretholder en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Forbedringerne i sundhedsadfærden er således sket blandt de bedst stillede i samfundet. Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er der eksempelvis sket en stigning i andelen, der er fysisk inaktive – hovedsageligt blandt mænd og i aldersgruppen 25-39 år. Andelen, der har overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser og andelen der er svært overvægtig, er ligeledes steget blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse – i disse tilfælde især blandt kvinder og i aldersgruppen 40-64 år.

3.10 Opsamling

Overordnet har de undersøgte grupper oftere end den voksne befolkning en sundhedsadfærd, der giver risiko for udvikling af sygdom. Eksempelvis er der en større andel blandt de undersøgte grupper, der er fysisk inaktive, og der ryger dagligt sammenlignet med den voksne befolkning. Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse og blandt førtidspensionister er der endvidere en større andel, der er svært overvægtige og en mindre andel, der dagligt spiser salat/råkost eller frugt, sammenlignet med den voksne befolkning. Endelig er der blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse en større andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Alle grupper har således en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end den voksne befolkning, men gruppen af arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse har den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd.

3.11 Litteratur

- (1) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- (2) Kjølner M & Rasmussen NKr. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- (3) Rasmussen NKr. Social arv, social ulighed og hvad kan forebygges? Arbejdsrapport 17 om social arv. København: Socialforskningsinstituttet, 1999.
- (4) Rasmussen NKr. „Ulighed i sundhed Nøglebegreber og forklaringsmodeller“ I Sørensen & Johansen (red.): Ulighedens pris. Social ulighed og sundhed. København: Social politisk forlag, 2000.
- (5) Bourdieu P. Distinksjonen – En sociologisk kritikk av dømmekraften. Norge: Pax Forlag, 1995.
- (6) Juel K. Betydning af tobak, stort alkoholforbrug og stofmisbrug på dødeligheden i Danmark. Udviklingen gennem 25 år, 1973-1997. Ugeskrift for Læger 2001;163(32):4190-5.
- (7) Ola Ekholm, Mette Kjølner, Michael Davidsen, Ulrik Hesse, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen, Morten Grønbæk. Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- (8) Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (9) Bauman AE, Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000 – 2003. J Sci Med Sport 2004; 7 (1 suppl): 6-19
- (10) Jørgensen ME, Rosenlund M. National monitorering af den officielle anbefaling om fysisk aktivitet – Et metodestudie. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
- (11) Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, Hein HO. All cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. Archives of Internal Medicine. 2000; 160: 1621-1628.

4 Sygelighed og konsekvenser af sygdom

Der findes forskellige perspektiver på sundheds- og sygelighedstilstanden i en befolkning. I SUSY-undersøgelserne er der anvendt tre forskellige mål for sygdom og sygelighed:

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

4.1 Langvarig sygdom

Der er i stigende grad kommet fokus på langvarige sygdomme, der her er defineret som sygdom af mindst seks måneders varighed. Med den længere levealder er langvarige sygdomme begyndt at fylde meget i det samlede sygdomsbillede. De fleste mennesker må i dag regne med at leve en del af deres liv med en eller flere langvarige sygdomme. Endvidere relaterer en betydelig del af sundhedsvæsnets omkostninger sig til behandling af langvarige sygdomme.

Forekomsten af langvarig sygdom i befolkningen er belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?'

Tabel 4.1 viser forekomsten af personer, der har en langvarig sygdom eller lidelse. I SUSY-2005 er der en markant højere forekomst af personer, der har en langvarig sygdom eller lidelse, blandt førtidspensionister (91,4 %), kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (77,0 %), samt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (56,3 %) sammenlignet med den voksne befolkning (38,3 %). Den høje forekomst af langvarig sygdom blandt førtidspensionister skal ses i relation til, at gruppen per definition har en høj sygelighed. Forekomsten af personer, der har en langvarig sygdom eller lidelse, er højere blandt kvinder end blandt mænd i alle grupper. I den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er der i aldersgruppen 40-64 år en højere forekomst end i aldersgruppen 25-39 år. I begge aldersgrupper er forekomsten markant større blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse end i den voksne befolkning.

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

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	30,9	42,1	36,7	39,8	38,3	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	43,0	65,3	52,6	58,3	56,3	323
	Førtidspensionister	-	-	88,6	93,0	91,4	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	77,0	54
2000	Hele befolkningen	32,1	43,2	39,1	39,0	39,1	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	42,7	54,1	54,5	44,6	48,8	401
	Førtidspensionister	-	-	96,5	95,2	95,8	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	74,8	122

4.2 Specifikke sygdomme og lidelser

Et andet mål for sygelighed i befolkningen er forekomsten af specifikke sygdomme og lidelser. Under interviewene i forbindelse med SUSY-undersøgelserne har svarpersonerne fået forevist en liste med 19 sygdomme eller tilstande og skulle angive, om de har den pågældende sygdom nu, eller om de har haft den tidligere. I nedenstående er der alene lavet analyser på andelen, der har forhøjet blodtryk (tabel 4.2).

Det fremgår, at andelen, der i SUSY-2005 har forhøjet blodtryk, er markant større blandt førtidspensionister end i den voksne befolkning. Andelen er den samme blandt mænd og blandt kvinder. Både i den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er andelen, der har forhøjet blodtryk, større blandt de 40-64-årige end blandt de 25-39-årige.

Tabel 4.2: Andel der har forhøjet blodtryk. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	2,0	16,2	10,8	11,9	11,4	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	5,7	22,4	15,3	15,8	15,6	323
	Førtidspensionister	-	-	25,1	25,3	25,2	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	16,2	54
2000	Hele befolkningen	1,6	10,0	7,0	6,7	6,8	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	1,8	12,9	7,4	8,1	7,8	401
	Førtidspensionister	-	-	22,9	14,3	17,9	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	5,0	122

4.3 Gener og symptomer inden for en 14-dages periode

Et tredje mål for sygeligheden i befolkningen, der anvendes i SUSY-undersøgelserne, er forekomsten af gener og symptomer inden for en 14-dages periode.

Smerter eller ubehag kan opstå af flere årsager. De kan bl.a. være konsekvenser af sygdom, opstå i forbindelse med ulykker eller være resultat af medfødte lidelser. Rapportering af smerter eller ubehag udgør et væsentligt supplement til den registerbaserede viden om befolkningens sundheds- og sygelighedstilstand. Smerter eller ubehag kan påvirke den enkelte borgers dagligdag, men er ikke nødvendigvis så slem, at borgeren kontakter sundhedsvæsenet. I år 2000 indtog i alt 35 % af borgerne i Danmark håndkøbsmedicin som en reaktion på smerter eller ubehag. En lige så stor andel tog receptpligtig medicin, og mindre end 15 % henvendte sig til en læge på grund af gener og symptomer (1).

Svarpersonerne er blevet spurgt om 14 forskellige former for gener og symptomer som fx smerter, psykisk velbefindende og andre former for ubehag. For den fulde liste henvises til SUSY-2005 rapporten. For hver gene eller symptom skulle svarpersonerne oplyse, om de havde den pågældende gene eller symptom og om det havde været meget generende. I det følgende er en person defineret som havende

meget generende gener og symptomer, såfremt blot et enkelt symptom er oplyst som meget generende.

Tabel 4.3 viser andelen, der har været generet af gener og symptomer inden for de sidste 14 dage. I SUSY-2005 er andelen, der har været generet af gener og symptomer inden for de seneste 14 dage markant større blandt førtidspensionister (71,2 %), kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (64,3 %) samt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (56,4 %) sammenlignet med den voksne befolkning (39,3 %). I alle grupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd.

Tabel 4.3: Andel der har været generet af gener og symptomer inden for de sidste 14 dage. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	37,8	40,1	31,8	46,6	39,3	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	58,4	55,0	50,8	59,4	56,4	323
	Førtidspensionister	-	-	61,2	76,9	71,2	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	64,3	54
2000	Hele befolkningen	33,2	34,1	26,2	41,3	33,8	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	48,0	42,1	33,3	53,3	44,8	401
	Førtidspensionister	-	-	61,7	79,1	71,8	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	57,7	122

Andelen, der inden for de sidste 14 dage har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst eller har været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, fremgår af tabel 4.4. Blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (31,7 %), førtidspensionister (26,9 %) samt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (23,3 %) er der i SUSY-2005 en større andel, der har været generet af nervøsitet eller nedtrykthed inden for de seneste 14 dage, sammenlignet med den voksne befolkning (12,6 %). I den voksne befolkning og blandt førtidspensionister er andelen større blandt kvinder end blandt mænd.

Tabel 4.4: Andel der har været generet af nervøsitet eller nedtrykthed inden for de sidste 14 dage. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	12,7	12,6	9,4	15,8	12,6	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	23,1	23,5	24,4	22,8	23,3	323
	Førtidspensionister	-	-	17,1	32,5	26,9	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	31,7	54
2000	Hele befolkningen	7,9	9,2	6,3	11,1	8,7	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	12,4	21,4	16,0	18,3	17,3	401
	Førtidspensionister	-	-	22,4	28,7	26,1	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	23,4	122

I SUSY-undersøgelserne er der endvidere spurgt til, om man har været generet af træthed inden for de sidste 14 dage. Det fremgår af tabel 4.5, at forekomsten af personer, der har været generet af træthed inden for de sidste 14 dage, er højere blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (47,9 %) samt blandt førtidspensionister (47,3 %) sammenlignet med den voksne befolkning (29,6 %). I alle grupper er forekomsten højere blandt kvinder end blandt mænd. Der er en højere forekomst af personer, der har været generet af træthed inden for de sidste 14 dage, blandt de 25-39-årige end blandt de 40-64-årige i den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse.

Tabel 4.5: Andel der har været generet af træthed inden for de sidste 14 dage. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	34,7	27,1	24,2	34,9	29,6	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	37,7	32,3	21,5	41,6	34,5	323
	Førtidspensionister	-	-	31,0	56,8	47,3	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	47,9	54
2000	Hele befolkningen	22,0	14,8	13,3	21,6	17,5	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	21,0	15,6	13,3	21,6	18,1	401
	Førtidspensionister	-	-	27,0	37,4	33,1	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	26,6	122

4.4 Konsekvenser af sygdom

Konsekvenser af sygdom og dårligt helbred er i nærværende rapport belyst ved at spørge til begrænsninger i udførelsen af dagligdagsaktiviteter. Det fremgår af tabel 4.6, at der i SUSY-2005 er en større andel, blandt førtidspensionister (38,5 %), kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (35,4 %) samt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (19,7 %), der har været begrænset i dagligdagsaktiviteter sammenlignet med den voksne befolkning (12,8 %). Andelen er især stor blandt førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering. I den voksne befolkning og blandt førtidspensionister er andelen, der har været begrænset i dagligdagsaktiviteter, større blandt kvinder end blandt mænd, mens andelen blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, er større blandt mænd end blandt kvinder.

Tabel 4.6: Andel der har været begrænset i daglige gøremål på grund af sygdom, skader eller lidelser inden for de sidste 14 dage. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	12,0	13,3	10,6	15,0	12,8	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	20,8	19,0	23,1	17,8	19,7	323
	Førtidspensionister	-	-	30,1	43,4	38,5	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	35,4	54
2000	Hele befolkningen	14,7	14,7	11,9	17,4	14,7	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	19,1	19,2	17,3	20,5	19,2	401
	Førtidspensionister	-	-	35,1	42,7	39,5	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	34,2	122

4.5 Udvikling

Fra SUSY-2000 til SUSY-2005 er der blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse sket en stigning i andelen, der har en langvarig sygdom eller lidelse. Der er især sket en stigning blandt arbejdsløse kvinder med kort eller ingen uddannelse og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse i aldersgruppen 40-64 år. I samme periode er der sket et fald i andelen, der har en langvarig sygdom eller lidelse blandt førtidspensionister – hovedsageligt blandt mænd. I alle grupper er der sket en stigning i andelen, der har forhøjet blodtryk og andelen, der har været generet af træthed inden for de sidste 14 dage. Andelen, der har været generet af træthed, er især steget blandt kvinder. Ligeledes er der sket en stigning i andelen, der inden for de sidste 14 dage har været generet af gener og symptomer i den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse – hovedsageligt blandt mænd. I den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er der endvidere sket en stigning i andelen, der inden for de sidste 14 dage har været generet af nervøsitet eller nedtrykthed. Stigningen ses især blandt mænd og i aldersgruppen 25-39 år.

4.6 Opsamling

Overordnet er arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering mere syge end den voksne befolkning. Således er der blandt de undersøgte grupper en større andel, der har en langvarig sygdom, der har været generet af gener og symptomer, været nedtrykt/deprimeret eller har været begrænset i dagligdagsaktiviteter inden for de seneste 14 dage, sammenlignet med den voksne befolkning. Det er især gruppen af førtidspensionister, hvor forekomsten af sygdom og sygelighed er højere sammenlignet med den voksne befolkning. Dette skal ses i lyset af, at gruppen af førtidspensionister per definition har en høj forekomst af sygdom og sygelighed.

4.7 Litteratur

- (1) Kjølner M, Rasmussen NKr, Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- (2) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen, Morten Grønæk. Sundhed- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

5 Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet

Dette kapitel omhandler sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet. I kapitlet beskrives borgernes kontakt til praktiserende læge og andre behandlere samt deres brug af medicin.

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 medicin, søge hjælp hos familie og venner og/eller kontakte fagpersoner i og uden for sundhedsvæsenet.

Befolkningens sygdomsadfærd kan beskrives på flere måder. En række oplysninger om deres brug af sundhedsvæsenet kan fås direkte fra registre. Registerne indeholder dog ikke oplysninger om befolkningens gener og symptomer samt deres behov for sundhedsydelse, som også er vigtige elementer i forståelsen af befolkningens sygdomsadfærd. Disse oplysninger findes i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne og styrken i denne rapport er derfor, at befolkningens sygdomsadfærd belyses ud fra flere perspektiver.

5.1 Kontakt til læger inden for en 3-måneders periode

Kontakt til praktiserende læger eller andre behandlere i den primære sundhedstjeneste er belyst ved at spørge til svarpersonens kontakt indenfor de seneste tre måneder. Spørgsmålene dækker svarpersonens kontakt pga. egen sygdom eller helbredsproblem og ikke pga. børns sygdom eller helbredsproblem.

Opgørelser fra Sygesikringsregistret viser, at der på landsplan har været en stigning i antallet af kontakter til praktiserende læger fra ca. 32 mio. patientkontakter i 2000 til mere end 34,5 mio. kontakter i 2004 (1). SUSY-2005 viste tilsvarende en stigning i andelen, der har været i kontakt med praktiserende læge indenfor de seneste tre måneder. Andelen steg fra 35,1 % i 1987 til 40,9 % i 2005. Det samme mønster gør sig gældende for andre af sundhedsvæsenets ydelser (2).

Tabel 5.1 viser forekomsten af personer, der har haft kontakt til egen praktiserende læge inden for de sidste tre måneder. Det fremgår, at der i SUSY-2005 er en højere forekomst af personer, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de sidste tre måneder, blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (57,9 %), førtidspensionister (55,4 %) samt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (47,8 %) sammenlignet med den voksne befolkning (38,2 %). I alle grupper er der en højere forekomst af personer, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de sidste tre måneder, blandt kvinder end blandt mænd. I den voksne befolkning er forekomsten højere blandt de 40-64-årige end blandt de 25-39-årige.

Table 5.1: Andel der har haft kontakt til egen praktiserende læge inden for de sidste tre måneder. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	35,4	39,6	33,9	42,3	38,2	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	47,3	48,1	33,6	55,6	47,8	323
	Førtidspensionister	-	-	49,7	58,6	55,4	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	57,9	54
2000	Hele befolkningen	35,0	39,2	31,7	43,6	37,7	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	39,3	45,8	35,2	48,4	42,8	401
	Førtidspensionister	-	-	57,0	65,0	61,6	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	58,6	122

5.2 Brug af tandlæge

Tandsundheden i Danmark er forbedret meget i løbet af de sidste årtier. Væsentlige faktorer i denne udvikling har været indførelsen af regelmæssig forebyggende børnetandpleje, der stort set dækker målgruppen 100 %. Dette skal ses sammen med den sundhedspædagogiske indsats, der har styrket daglig tandbørstning og daglig anvendelse af fluortandpasta. Undersøgelser viser, at gode mundhygiejnevaner i barnealderen bibeholdes i voksenalderen. Endvidere har individuel forebyggelse af tandsygdomme over for voksne med høj sygdomsrisiko været inkluderet i sygesikringsoverenskomsten om tandpleje siden 1988 (2).

Table 5.2 viser andelen, der har gjort brug af tandlæge inden for de sidste tre måneder. Det ses, at der i SUSY-2005 er en mindre andel, der har gjort brug af tandlæge inden for de sidste tre måneder, blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (27,7 %) end i den voksne befolkning (35,7 %). I den voksne befolkning og blandt førtidspensionister er andelen mindre blandt mænd end blandt kvinder. Andelen, der har gjort brug af tandlæge inden for de sidste tre måneder, er i den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse større blandt de 40-64-årige end blandt de 25-39-årige.

Table 5.2: Andel der har gjort brug af tandlæge inden for de sidste tre måneder. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	28,2	39,5	33,6	37,7	35,7	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	23,9	30,3	26,6	28,4	27,7	323
	Førtidspensionister	-	-	28,9	39,3	35,5	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	25,4	54
2000	Hele befolkningen	35,4	44,9	40,4	42,4	41,4	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	25,3	44,1	36,9	34,4	35,5	401
	Førtidspensionister	-	-	40,2	40,5	40,4	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	37,8	122

5.3 Brug af medicin

Befolkningens 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 hvor meget medicin, der bliver brugt (3). De kan heller ikke vise, om køberen også er den person, der tager medicinen. Selvrapporeret medicinforbrug 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, som de anvender.

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

Det fremgår af tabel 5.3, at der i SUSY-2005 er en markant højere forekomst af personer, der regelmæssigt eller til stadighed bruger medicin blandt førtidspensionister (79,8 %), kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (59,3 %) samt blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (46,4 %) sammenlignet med den voksne befolkning (33,9 %). Blandt kvinder er der i alle grupper en højere forekomst end blandt mænd. Endvidere er forekomsten af personer, der regelmæssigt eller til stadighed bruger medicin, markant højere i aldersgruppen 40-64 år end i aldersgruppen 25-39 år. I begge aldersgrupper er andelen mindre i den voksne befolkning end blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse.

Tabel 5.3: Andel der regelmæssigt eller til stadighed bruger medicin. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	19,8	41,0	29,6	38,0	33,9	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	29,8	57,7	41,7	49,0	46,4	323
	Førtidspensionister	-	-	72,0	84,4	79,8	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	59,3	54
2000	Hele befolkningen	18,4	35,8	25,6	33,0	29,3	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	24,8	40,4	30,9	35,0	33,2	401
	Førtidspensionister	-	-	75,4	79,8	78,0	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	46,0	122

Forekomsten af personer, der har brugt håndkøbsmedicin inden for de sidste 14 dage fremgår af tabel 5.4. I SUSY-2005 er der ikke forskel på forekomsten af personer, der har brugt håndkøbsmedicin inden for de sidste 14 dage, i de enkelte grupper. I alle grupper er der en højere forekomst af personer, der har brugt håndkøbsmedicin inden for de sidste 14 dage, blandt kvinder end blandt mænd.

Tabel 5.4: Andel der har brugt håndkøbsmedicin inden for de sidste 14 dage. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	36,3	34,2	29,2	40,4	34,9	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	38,1	42,1	34,1	44,0	40,5	323
	Førtidspensionister	-	-	24,2	43,7	36,6	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	50,2	54
2000	Hele befolkningen	32,5	30,1	24,1	37,9	31,0	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	34,8	34,3	27,9	39,4	34,5	401
	Førtidspensionister	-	-	29,0	47,6	39,8	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	37,8	122

Tabel 5.5 viser andelen, der inden for de sidste 14 dage har brugt receptpligtig medicin. Det fremgår, at der i SUSY-2005 er en større andel blandt førtidspensionister (80,5 %), kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (57,9 %) samt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (55,6 %), der har brugt receptpligtig medicin inden for de sidste 14 dage, sammenlignet med den voksne befolkning (38,3 %). Der er i alle grupper en større andel, der har brugt receptpligtig medicin inden for de sidste 14 dage, blandt kvinder end blandt mænd. Endvidere er andelen større i aldersgruppen 40-64 år end i aldersgruppen 25-39 år i alle grupper. I begge aldersgrupper er andelen markant større blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse end i den voksne befolkning.

Tabel 5.5: Andel der har brugt receptpligtig medicin inden for de sidste 14 dage. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	24,9	45,1	33,8	42,7	38,3	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	37,2	68,2	52,2	57,5	55,6	323
	Førtidspensionister	-	-	74,2	84,2	80,5	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	57,9	54
2000	Hele befolkningen	21,2	36,4	26,6	34,7	30,7	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	27,5	41,0	29,5	38,7	34,8	401
	Førtidspensionister	-	-	75,2	80,0	78,0	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	45,1	122

Forekomsten af personer, der har brugt smertestillende medicin (receptpligtig og/eller håndkøbsmedicin) inden for de sidste 14 dage er vist i tabel 5.6. Det fremgår, at der i SUSY-2005 er en højere forekomst af personer, der har brugt smertestillende medicin inden for de sidste 14 dage, blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (69,4 %) samt førtidspensionister (56,3 %) sammenlignet med den voksne befolkning (36,1 %). Der er i alle grupper en markant højere forekomst blandt kvinder end blandt mænd. Endvidere er forekomsten af personer, der har brugt smertestillende medicin inden for de sidste 14 dage, højere blandt de

40-64-årige end blandt de 25-39-årige. Forekomsten er i begge aldersgrupper højere blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse sammenlignet med den voksne befolkning.

Tabel 5.6: Andel der har brugt smertestillende medicin inden for de sidste 14 dage. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	34,4	37,0	29,3	42,7	36,1	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	38,1	44,6	36,3	45,1	42,0	323
	Førtidspensionister	-	-	42,0	64,6	56,3	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	69,4	54
2000	Hele befolkningen	32,2	33,3	24,8	40,9	32,9	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	40,4	37,9	34,8	42,2	39,1	401
	Førtidspensionister	-	-	50,8	68,5	61,1	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	46,6	122

5.4 Brug af forebyggende ordninger

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

De forebyggende ordninger er frivillige. De gives ofte i forbindelse med besøg hos den praktiserende læge, enten på dennes opfordring, hvis han eller hun bliver opmærksom på forhold, der kan have negativ betydning for patientens helbred, eller efter ønske fra patienten selv (for eksempel vaccinationer eller forebyggende helbredssamtaler). I nogle tilfælde indgår tilbuddene som rutine eller som en del af en egentlig behandling og ikke nødvendigvis med det formål at forebygge. Det gælder for eksempel måling af blodtryk eller kolesteroltal. Det kan derfor være vanskeligt at sondre præcist mellem, om en given undersøgelse er foretaget som led i en udredning af en sygdomssituation eller med direkte forebyggende sigte (2).

Det fremgår af tabel 5.7, at forekomsten af personer, der har været til forebyggende helbredstjek inden for de sidste tre år i SUSY-2005, er højere blandt førtidspensionister (46,1 %) end i den voksne befolkning (36,2 %). Der er i alle grupper en højere forekomst af personer, der har været til forebyggende helbredstjek inden for de sidste tre år, i aldersgruppen 40-64 år end i aldersgruppen 25-39 år.

Table 5.7: Andel der har været til forebyggende helbredstjek inden for de sidste tre år. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	25,5	41,7	35,1	37,3	36,2	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	30,0	47,4	42,7	39,1	40,4	323
	Førtidspensionister	-	-	48,8	44,6	46,1	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	52,1	54
2000	Hele befolkningen	22,2	28,7	24,3	28,2	26,3	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	25,7	28,3	22,7	30,4	27,1	401
	Førtidspensionister	-	-	37,1	36,1	36,5	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	33,4	122

5.5 Udvikling

Fra SUSY-2000 til SUSY-2005 er andelen, der har haft kontakt til sin praktiserende læge faldet blandt førtidspensionister, mens andelen i de øvrige grupper er den samme i de to undersøgelser. I de to undersøgelser er andelen, der har været til tandlæge inden for de sidste tre måneder, den samme blandt førtidspensionister, men er faldet i de øvrige grupper. Andelen, der regelmæssigt bruger medicin og som har brugt receptpligtig medicin inden for de sidste 14 dage, er ligeledes den samme i de to undersøgelser blandt førtidspensionister, men er steget i de øvrige grupper. Andelen, der regelmæssigt eller til stadighed bruger medicin, er hovedsageligt steget blandt kvinder og blandt de 40-64-årige, mens andelen, der har taget receptpligtig medicin, hovedsageligt er steget blandt mænd og i aldersgruppen 40-64 år.

5.6 Opsamling

Overordnet er der en større andel blandt de undersøgte grupper, der har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder og som bruger forskellige former for medicin sammenlignet med den voksne befolkning. Andelen, der har været til tandlæge inden for de sidste tre måneder, er mindre blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse end i den voksne befolkning. Blandt førtidspensionister er der endvidere en større andel, der har været til forebyggende helbredstjek inden for de sidste tre år, sammenlignet med den voksne befolkning.

5.7 Litteratur

- (1) Danmarks Statistik. Danmarks Statistikbank. www.statistikbanken.dk
- (2) Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundheds- og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006
- (3) Statistisk Sentralbyrå. Helse i Norge. Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser. Oslo-Kongsvinger. Statistisk Sentralbyrå. 2001.

6 Sociale relationer

Dette afsnit omhandler sociale netværk og hvorledes disse påvirker helbredet. I de omtalte undersøgelser er personer med svage sociale relationer defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie eller personer, eller som ikke regner med at få hjælp af andre i tilfælde af sygdom. Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere efter deres sygdom, og de har mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer. Hvert år indtræffer 1.000-1.500 dødsfald relateret til svage sociale relationer, hvilket svarer til ca. 2 % af alle dødsfald. Mænd med svage sociale relationer dør i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer i gennemsnit dør to år for tidligt (1).

Forklaringen på sammenhængen mellem sociale netværk og hhv. sygdom og død er formentlig en kombination af flere faktorer, som vil blive gennemgået i det følgende.

De sociale netværk kan beskrives ved hhv. en strukturel og en funktionel dimension (2). Det strukturelle aspekt dækker primært over, hvor mange og hvilke personer svarpersonen har kontakt med - dvs. den kvantitative del af de sociale netværk. Det funktionelle aspekt udgør den form for støtte en person modtager fra sit netværk, dvs. den kvalitative del af de sociale netværk. I denne undersøgelse belyses det strukturelle aspekt ud fra spørgsmål om, hvor ofte svarpersonen træffer henholdsvis familie og venner. Det funktionelle aspekt belyses dels ud fra spørgsmålet, om svarpersonen ofte er alene, selvom han/hun egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre, dels om svarpersonen i tilfælde af sygdom kan forvente at få hjælp til praktiske problemer.

Det fremgår af tabel 6.1, at forekomsten af personer, der sjældent eller aldrig træffer deres familie, er højere blandt førtidspensionister (17,8 %) og blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering (21,3 %) sammenlignet med den voksne befolkning (10,2 %). I alle grupper er forekomsten af personer, der sjældent eller aldrig træffer deres familie, højere blandt mænd end blandt kvinder.

Tabel 6.1: Andel der sjældent eller aldrig træffer deres familie. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	9,2	10,8	11,7	8,8	10,2	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	10,4	11,6	15,5	8,7	11,1	323
	Førtidspensionister	-	-	24,5	13,9	17,8	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	21,3	54
2000	Hele befolkningen	9,1	11,1	11,4	9,3	10,4	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	10,1	11,4	13,7	8,7	10,8	401
	Førtidspensionister	-	-	24,4	11,7	17,0	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	19,3	122

I tabel 6.2 ses andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner eller bekendte, i de enkelte grupper. Sammenlignet med den voksne befolkning (5,9 %) er der i SUSY-2005 en større andel blandt førtidspensionister (12,6 %), der sjældent eller aldrig træffer venner eller bekendte. Blandt førtidspensionister er andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner eller bekendte, større blandt mænd end blandt kvinder. Andelen, der sjældent eller aldrig træffer venner eller bekendte, er større blandt de 40-64-årige end blandt de 25-39-årige i den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse.

Tabel 6.2: Andel der sjældent eller aldrig træffer venner eller bekendte. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	3,0	7,3	6,2	5,5	5,9	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	4,0	8,2	7,1	6,1	6,5	323
	Førtidspensionister	-	-	16,5	10,3	12,6	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	10,3	54
2000	Hele befolkningen	3,1	8,1	6,0	6,5	6,2	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	3,5	8,8	5,1	7,2	6,3	401
	Førtidspensionister	-	-	15,2	12,4	13,6	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	8,9	122

Tabel 6.3 viser forekomsten af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom. Det fremgår, at forekomsten af personer i SUSY-2005, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre, er markant højere blandt førtidspensionister (27,7 %) sammenlignet med den voksne befolkning (15,0 %). I den voksne befolkning er der en højere forekomst af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre, blandt mænd end blandt kvinder, mens forekomsten blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er højere blandt kvinder end blandt mænd. I den voksne befolkning og blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er der en højere forekomst af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre, i aldersgruppen 40-64 år end i aldersgruppen 25-39 år.

Tabel 6.3: Andel der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	8,8	18,1	16,2	13,8	15,0	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	7,7	21,8	11,8	18,4	16,1	323
	Førtidspensionister	-	-	27,8	27,6	27,7	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	20,2	54
2000	Hele befolkningen	7,1	16,1	13,7	11,8	12,7	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	8,7	20,9	19,2	12,5	15,3	401
	Førtidspensionister	-	-	24,3	24,8	24,6	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	19,4	122

Tabel 6.4 viser andelen, der ofte eller engang imellem er alene, selvom de mest havde lyst til at være sammen med andre. Det ses, at der i SUSY-2005 er en større andel, der ofte eller engang imellem er uønsket alene, blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse (6,3 %) og blandt førtidspensionister (10,0 %) sammenlignet med den voksne befolkning (2,6 %). Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er der en større andel, der ofte eller engang imellem er uønsket alene, blandt de 25-39-årige end blandt de 40-64-årige.

Tabel 6.4: Andel der ofte eller en gang imellem er uønsket alene. Procent

		25-39 år	40-64 år	Mænd	Kvinder	Total	Antal svarpersoner i alt
2005	Den voksne befolkning	2,4	2,8	2,3	3,0	2,6	10.532
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	10,6	3,3	5,9	6,5	6,3	323
	Førtidspensionister	-	-	9,7	10,6	10,3	595
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	5,6	54
2000	Hele befolkningen	2,8	3,0	2,5	3,3	2,9	12.213
	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	5,5	8,4	5,4	8,3	7,1	401
	Førtidspensionister	-	-	9,9	10,2	10,1	638
	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering	-	-	-	-	7,2	122

6.1 Udvikling

I den voksne befolkning er forekomsten af personer, der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre, steget fra 12,7 % i SUSY-2000 til 15,0 % i SUSY-2005. I de undersøgte grupper er der i perioden ikke sket ændringer i forhold til sociale relationer.

6.2 Opsamling

Overordnet adskiller arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering sig ikke fra den voksne befolkning med hensyn til de sociale relationer. Gruppen af førtidspensionister har det dårligere sammenlignet med den voksne befolkning i alle aspekter. Blandt førtidspensionister er der således en større andel, der sjældent eller aldrig ser familie og venner, der ofte eller engang i mellem er uønsket alene og som ikke regner med at kunne få hjælp af andre, end blandt den voksne befolkning.

6.3 Litteratur

- (1) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H (Eds). Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København, Statens Institut for Folkesundhed. 2006.
- (2) Iversen L, Søndergård Kristensen T, Hostein B E, Due P (Eds). Medicinsk sociologi- samfund, sundhed og sygdom. København, Munksgaard. 2002