

## ABSTRACT

## De socialt udsattes generelle og orale helbred

I de senere år er fokus blevet øget på socialt udsatte voksnes liv og helbred. En række rapporter om socialt udsattes komplekse problemstillinger er blevet publiceret. Formålet med denne oversigtsartikel er at beskrive, hvad vi ved om socialt udsatte i Danmark og i udlandet i relation til oralt og generelt helbred. Desuden belyses, hvad vi ved om socialt udsattes brug af voksentandplejen og sundhedsvæsenet i øvrigt.

Litteraturgennemgangen afdækker, at der i Danmark er et videnshul for så vidt angår klinisk odontologisk dokumentation for socialt udsattes orale helbred. Gennemgangen belyser desuden barrierer for socialt udsattes brug af voksentandplejen. Der viser sig behov for egentlige interventionsundersøgelser, som kan øge vores indsigt i socialt udsattes tandsundhed og behovet for tandbehandling, så vi har det nødvendige grundlag for at udvikle målrettede tandplejetilbud til socialt udsatte i Danmark.

# Socialt udsatte og tandpleje

Birthe Cortsen, overtandlæge, MPH, Lolland Kommune

Der er igennem de senere år udgivet en række rapporter i Danmark, som afdækker socialt udsattes komplekse problemstillinger i relation til sundhed. I 2007 offentliggjordes et litteraturstudie (1), som blev efterfulgt af en sundhedsprofil for socialt udsatte (2) baseret på spørgeskemaer fra knap 1.300 socialt udsatte, en kvalitativ undersøgelse af socialt udsattes egen opfattelse af deres liv og helbred (3) samt en kvantitativ registerbaseret undersøgelse af socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet (4). I 2012 gennemførte Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet en opfølgingsundersøgelse blandt 1.157 socialt udsatte personer med det formål at undersøge, hvilke ændringer der måtte være sket i sundhedstilstanden blandt socialt udsatte fra 2007 til 2012 (5). Undersøgelserne tegner tilsammen et billede af en gruppe borgere, som har et stort og udækket behov for en række sundhedsydelse, men som samtidig ikke kan passe ind i de eksisterende sundhedstilbud i sundhedsvæsenet.

Tandsundhed blandt større grupper af socialt udsatte i Danmark er imidlertid ikke hidtil undersøgt i større kliniske odontologiske studier. Dermed er det ikke muligt at beskrive socialt udsattes tandstatus og behov for tandbehandling ud fra en tandlægefaglig vurdering, men blot ud fra socialt udsattes egne selvrapporterede oplysninger om tandstatus. Af samme årsag er det endvidere ikke muligt at koble socialt udsattes kliniske tandstatus til generel helbredsstatus, livsstil, lægemiddelforbrug samt brug af tandpleje og sundhedstjeneste i øvrigt. Der er således ikke et informationsgrundlag, hvorpå målrettede tandplejetilbud til denne gruppe kan udvikles, så de i højere grad, end tilfældet er i dag, imødekommer socialt udsatte – givet der er behov for det.

### Metode

Artiklen er et litteraturstudie baseret på litteratursøgning i videnskabelige databaser, bl.a. PubMed-databasen. Ved litteratursøgning i PubMed-databasen er der søgt på enkelte MeSH-words og på kombinationer af MeSH-words. Litteratursøgningsprocessen har været eksplorativ, således at ny erhvervet viden i søgningen

hele tiden har dannet baggrund for yderligere søgning i detaljer.

### EMNEORD

Health care disparities;  
general health;  
dental health;  
dental care services

### Definition af socialt udsatte

Socialministeriet beskrev for godt 10 år siden socialt udsatte som ”hjemløse, misbrugere og

sindslidende, der lever i samfundets yderkanter, personer, der ofte har dårligt helbred, der sjældent har tilknytning til arbejdsmarkedet, og som ikke drager nytte af samfundets almindelige tilbud til borgerne. Typisk indgår disse borgere heller ikke i familiemæssige eller andre sociale sammenhænge” (6).

Hjemløse, stofmisbrugere, prostituerede, sindslidende og alkoholmisbrugere tilhører eksempelvis den gruppe, som Rådet for Socialt Udsatte definerer som ”socialt udsatte” (7), mens Sundhedsstyrelsen og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) – betegner førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte som ”socialt udsatte” (8).

Det viser sig, at Sundhedsstyrelsen og SFI’s gruppe betegnet som ”førtidspensionister” bl.a. omfatter psykisk syge, psykisk syge udviklingshæmmede og misbrugere, mens gruppen betegnet ”kontanthjælpsmodtagere” overvejende omfatter match-gruppe 4 og 5 (dvs. henholdsvis ”lav grad af match” eller ”ingen match” til arbejdsmarkedet), og næsten halvdelen af kontanthjælpsmodtagerne har anden etnisk baggrund end dansk (8).

Der er således umiddelbart forskel på, hvilke grupper af borgere betegnelsen ”socialt udsatte” omfatter, men på trods af de forskellige betegnelser af socialt udsatte i forskellige undersøgelser er der tilsyneladende et vist overlap af grupperne under de forskellige betegnelser.

### Hvem og hvor mange er socialt udsatte i Danmark

I 2002 vurderede Socialministeriet (6), at gruppen af socialt udsatte bestod af ca. 100.000 borgere i Danmark fordelt på:

- 14.000 stofmisbrugere
- 25.000-50.000 borgere med så stort et alkoholmisbrug, at de havde behov for et behandlingstilbud
- 11.000 borgere, der i løbet af året var berørt af hjemløshed, hvoraf 20 % var kvinder
- 22.000 borgere med en behandlingskrævende sindslidelse, heraf var ca. 1.000 borgere både sindslidende og havde et misbrug af alkohol og/eller hårde stoffer
- 5.000-7.000 prostituerede, heraf var ca. 500 misbrugere af hårde stoffer

Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte estimerede fire år senere (1), at 25.500 var stofmisbrugere, og 20-25.000 var alkoholmisbrugere og samtidig socialt udsatte. Derudover har SFI anslået, at 11.700-13.700 borgere var berørt af hjemløshed i løbet af 2011 (9), hvilket svarer til en stigning på 700 borgere i forhold til 2007.

Sundhedsprofilen for socialt udsatte i Danmark i 2012 (5) er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt knap 1.200 socialt udsatte og viste, at:

- 71 % af socialt udsatte var mænd, og 29 % var kvinder
- 54 % af socialt udsatte var mellem 35-54 år, 21 % var 18-34 år, og 25 % var 55-80 år
- 74 % var enlige
- 27 % havde kortere skolegang end 9. klasse
- 43 % modtog kontanthjælp, og 38 % modtog førtidspension

### Tandsundhed og socialt udsatte i Danmark og i andre lande

En undersøgelse blandt 122 brugere af to kontaktsteder i Københavns Kommune i 2001 (10) viste, at tænder var den væsentligste årsag til smerter. Halvdelen angav selv, at de havde tandpine – heraf havde hver fjerde stærke smerter – og to tredjedele angav, at de havde problemer med at indtage føde. Ved en lægelig undersøgelse af brugerne viste det sig, at dårlig tandstatus var et meget stort problem blandt brugerne. Blandt alkoholikere og stofmisbrugere havde hhv. 72 % og 59 % dårlig tandstatus. Lægeundersøgelsen konkluderede, at ”Der er ikke tale om mindre cariesproblemer, men massive problemer, hvor stort set alle kindtænder ofte er borte, og øvrige tænder er mere eller mindre skadet” (10).

I 2012 viste Sundhedsprofilen for socialt udsatte i Danmark (5), at andelen, der havde været meget generet af tandsmerter indenfor en 14-dages periode, udgjorde 15 %, i forhold til under 1 % i befolkningen generelt (2). Det var først og fremmest gruppen, der var defineret som ”fattige” (26 %), der havde været generet af tandsmerter, derefter fulgte stofmisbrugere (25 %), sindslidende (18 %), alkoholmisbrugere (18 %) og hjemløse (16 %).

De socialt udsattes generelle trivsel blev i Sundhedsprofilen 2012 belyst bl.a. ud fra deres (selvrapporterede) tandstatus (5). Det viste sig, at 45 % havde færre end 20 egne tænder tilbage mod 13 % i den øvrige befolkning. Flere mænd (45 %) end kvinder (39 %) havde færre end 20 egne tænder tilbage. Med stigende alder øgedes andelen, der havde færre end 20 egne tænder tilbage. Således havde 13 % af de 18-34-årige, 40 % af de 35-44-årige, 52 % af de 45-54-årige og 60 % af de 55-80-årige færre end 20 egne tænder tilbage.

Den kvalitative undersøgelse af de socialt udsattes egen opfattelse af deres liv og helbred (3) underbyggede fundene i den kvantitative SUSY-UDSAT undersøgelse (2) og viste, at de socialt udsatte generelt havde en dårlig tandsundhed, det vil sige dårlige tænder, tandpine, smerter og problemer med tyggefunktionen. Nyere rapporter fra det opsøgende tandplejeteam i Aarhus (11-19) har detaljerede beretninger fra de socialt udsatte selv om tandsundhedens betydning for den enkeltes livskvalitet, om livet som hjemløs, der gør det vanskeligt at opretholde en god hygiejne, om misbrug (alkohol, stoffer, lægemidler) af forskellig art og det hårde liv på gaden med slagsmål og vold, der ofte medfører omfattende problemer med tænderne, og om, at tænderne er et konkret og synligt udtryk for et hårdt liv.

I disse antropologiske rapporter (11-19) beskriver de socialt udsatte ligeledes problemer i forbindelse med fødeindtagelse, som kan være direkte smertevoldende, og at den dårlige tyggefunktion medfører, at de ofte foretrækker flydende kost og dermed kommer til at lide af vitaminmangel og egentlig underernæring med kompromitteret immunforsvar til følge. På grund af tændernes skadede udseende oplever socialt udsatte psykiske problemer i form af skam og dårligt selvværd, og de grimme tænder og den dårlige mundhygiejne har ofte konsekvenser for den enkeltes deltagelse i det sociale liv. Den dårlige tandsundhed kan således føre til fastholdelse i misbrug og en generel opgiven →

i forhold til egenomsorg samt til stigmatisering, marginalisering og social isolation. Dermed vurderede tandplejeteamet (11-19), at dårlig tandstatus kan være en væsentlig barriere i forhold til at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet eller komme i gang med en uddannelse. Når socialt udsatte er i en rehabiliteringsproces, hvor de forsøger at vende tilbage til en tilværelse uden misbrug og i højere grad begynder at omgås andre mennesker med mere almindelig tandstatus, får tændernes tilstand øget betydning.

En svensk ph.d.-afhandling (20) omfattede klinisk undersøgelse af 147 hjemløse, og forfatteren konkluderede, at det ville være svært at finde nogen anden befolkningsgruppe i Sverige, som ville have så miserable mundhuleforhold, som hun havde fundet blandt de hjemløse (21). Undersøgelsen (20) viste, at de hjemløse havde færre bevarede tænder, voldsomme planksamlinger og højt DMFT. Deltagere vurderede selv, at deres tænder var meget vigtige, og de var misfornøjede med, hvordan de så ud eller fungerede (94 %), de oplevede smerter eller ømhed fra tænderne (86 %), havde besvær med at tygge på grund af smerter (93 %), var pinligt berørt på grund af deres tænder (68 %), led af mundtørhed (74 %) og havde ingen tandbørste (67 %) (20,22). Når de hjemløse selv skulle prioritere, hvad de helst ville have hjælp til, kom tandbehandling på 2.-pladsen kun overgået af hjælp til bolig (23). Tilsvarende resultater er set i Norge, hvor 260 norske patienter med misbrugsafhængighed og psykiatridiagnose gennemgik en klinisk tandundersøgelse, som viste, at caries var hovedproblemet. I gennemsnit havde deltagerne mere end syv carierede tænder, og hver femte havde parodontalt fæstetab. Derudover rapporterede to tredjedele selv, at de var generet af mundtørhed, mens klinisk målt hyposalivation blev konstateret hos en tredjedel (24).

Ligeledes i andre europæiske lande er problematikken omkring socialt udsattes dårlige tandsundhed blevet undersøgt. En undersøgelse fra Wales (25) anvendte Oral Health Impact Profile (OHIP-14) for at beskrive 100 socialt udsattes selvvaluerede orale helbred: Mere end halvdelen havde tandpine og/eller ubehag fra munden. Halvdelen skammede sig over deres tænders udseende, kunne ikke slappe af på grund af problemer med tænderne, måtte afbryde måltider på grund af smerter fra tænderne og/eller havde været forlegne på grund af tænderne. Knap halvdelen havde været anspændt på grund af tænderne, havde været irritable på grund af tænderne, havde været deprimeret på grund af tænderne, havde spist usund mad på grund af tænderne og/eller havde oplevet nedsat smagsans på grund af tænderne. En tredjedel havde ikke kunnet udføre dagligdags opgaver på grund af problemer med tænderne, havde slet ikke kunnet fungere på grund af problemer med tænderne og/eller havde haft problemer med at udtale ord på grund af problemer med tænderne. Lignende resultater blev fundet i en undersøgelse blandt 317 hjemløse i Belfast, Irland (26), og blandt 248 hjemløse i en australsk undersøgelse (27) svarede to ud af tre, at de havde en dårlig oral sundhed.

Også en undersøgelse (28) blandt 102 socialt udsatte hjemløse i den sydøstlige del af London viste omfattende behov for

tandbehandling: 76 % havde brug for fyldningsterapi, 85 % havde brug for parodontitisbehandling, og 38 % havde brug for protetisk behandling. En anden undersøgelse blandt 193 hjemløse i London (29) viste, at 71 % havde caries, og 60 % havde parodontitis, mens 40 % havde tandpine. I Toronto, Canada, blev 191 hjemløse undersøgt klinisk, og det viste sig, at 88 % havde brug for fyldningsterapi, 70 % havde brug for parodontal behandling, 60 % havde brug for protetisk rekonstruktion, og 40 % havde brug for akut tandbehandling (30). Undersøgelsen indeholdt også selvrapporterede oplysninger (30), som bl.a. viste, at næsten halvdelen havde problemer med at spise på grund af tænderne, og en tredjedel undlod ofte at spise på grund af tandproblemer. Endvidere var godt hver fjerde generet af mundtørhed. Næsten halvdelen var utilfredse med deres tænders udseende, og størstedelen opfattede tændernes udseende som vigtigt.

### Socialt udsattes brug af tandplejetilbuddet i Danmark og i andre lande

Sundhedsprofilen for socialt udsatte i Danmark i 2012 (5) viste, at næsten halvdelen (48 %) havde været til tandlæge indenfor det sidste år. På trods af de mange tandproblemer, var det altså de færreste, der gik regelmæssigt til tandlæge, og den kvalitative del (3) dokumenterede, at en dårlig økonomi udgjorde den største barriere for at opsøge tandlægehjælp. Undersøgelsen (3) skildrede endvidere, at socialt udsatte følte sig klemt i systemet, fordi de var for velfungerende til at kunne modtage gratis tandlægehjælp (fx hos Bisserne), men samtidig var for dårligt stillet til selv at kunne betale for tandlægesøget (i privat tandlægepraksis).

I undersøgelsen "Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet" (4), som bl.a. er baseret på udtræk fra Sygesikringsregisteret, sås det, at 63 % af mænd og 75 % af kvinder blandt socialt udsatte havde fået mindst én ydelse hos tandlæge indenfor en femårs periode, mens 27 % af mænd og 42 % af kvinder blandt socialt udsatte havde fået mindst én ydelse hos tandlæge indenfor en periode på ét år. Undersøgelsen viste endvidere, at socialt udsatte mænd over en femårs periode havde et statistisk signifikant lavere forbrug af tandlæge sammenlignet med den øvrige mandlige befolkning, mens socialt udsatte kvinder havde et større forbrug af tandlæge sammenlignet med den øvrige kvindelige befolkning. Undersøgelsen specificerede ikke nærmere, hvilke tandplejeydelser de socialt udsatte havde modtaget.

Socialt udsatte oplever også konflikter med de sundhedsprofessionelle, fordi de hver især prioriterer forskelligt (3). I rapporter fra det opsøgende tandplejeteam i Aarhus (11-19) gives et indblik i, hvorfor sådanne konflikter eksempelvis opstår i tandplejen: Socialt udsatte oplever ofte, at de ikke er velkomne hos de privatpraktiserende tandlæger på grund af deres adfærd og fremtoning. Socialt udsatte kan glemme deres aftaler, eller de kommer for sent, betaler måske ikke deres regninger, lugter dårligt, er aggressive, højrostede eller normbrydende og "pyn-ter" ikke i venteværelset. Af og til kommer de flere timer før en aftale og bruger venteværelset som varrestue. Det medfører,



at socialt udsatte kan blive afvist med den besked, at klinikken ikke har tid foreløbig, klinikken har lukket for nytilgang, eller at de ganske enkelt ikke er velkomne på klinikken.

Rapporterne (11-19) beskriver endvidere, at socialt udsatte møder måske op uden at have børstet tænder, fordi de er hjemløse eller lever et rodet og uorganiseret liv. Det medfører, at de får "skældud" af tandplejens medarbejdere, og dermed mistes motivationen nemt. Nogle socialt udsatte oplever, at tandlægen ønsker at gennemføre en (sikkert fagligt velbegrunnet) behandling, som den socialt udsatte ikke oplever som (økonomisk) relevant eller presserende, mens det derimod er et andet problem, som den socialt udsatte henvender sig for at få løst. Derudover kan socialt udsatte være tynget af stor gæld bl.a. på grund af misbrug, som de betaler af på i mange år, og som kan være en afgørende barriere for at kunne betale for tandbehandling.

En rapport (31) om helbred og levevilkår blandt socialt og økonomisk udsatte grupper i Stockholms Amt sammenlignede bl.a. andelen af forskellige befolkningsgrupper, der havde afstået fra at søge tandlægehjælp på grund af dårlig økonomi. 18 % af indbyggerne mellem 18-64 år svarede "ja" til dette, mens det gjaldt for 28 % af hhv. indvandrere og førtidspensionister, 31 % af arbejdsløse, 43 % af enlige mødre, 46 % af udsatte personer, 64 % af kontanthjælpsmodtagere og 68 % af hjemløse. En anden svensk undersøgelse (22) konkluderede, at 94 % af socialt udsatte ikke opsøgte tandplejen af økonomiske grunde, 73 % havde ikke modtaget tandbehandling for deres tandsmerter, og 70 % havde tandlægeskræk (20,22). Økonomi og tandlægeskræk var således barrierer for at opsøge tandplejen og for at få tandbehandling. Barriererne for tandpleje fandtes både hos de hjemløse selv, men også indenfor tandplejen og i samfundet. De forskellige regler for tilskud til tandpleje var ikke enstemmige, og de forskellige myndigheder samarbejdede ikke, når hjemløses tandplejeproblemer skulle løses (22).

I en norsk undersøgelse havde ingen af de 260 deltagere, som var misbrugsafhængige og havde en psykiatridiagnose, gået jævnlige til tandlæge, og de opsøgte kun tandplejen i tilfælde af akutte problemer. Intervallet mellem tandlægebesøg varierede mellem nogle måneder og op til 20 år (24).

Også udenfor Skandinavien beskrives problemet med manglende tandlægebesøg blandt socialt udsatte grupper. I en canadisk undersøgelse afdækkede 191 hjemløses brug af tandplejen ved hjælp af selvrapporterede oplysninger (30): Seneste besøg hos tandlægen var indenfor de seneste 12 måneder (33 %), 1-4 år siden (30 %), fire år eller længere siden (36 %). Årsagen til det seneste besøg hos tandlægen var tandpine (37 %), almindeligt eftersyn (55 %). 33 % oplyste at have haft tandpine indenfor den seneste måned, men 75 % havde ikke søgt tandlægehjælp for tandpinen.

Blandt 248 australske hjemløse svarede 74 %, at det var mere end 12 måneder siden, de sidst havde besøgt en tandlæge, på trods af at 68 % selv mente, de havde behov for fyldningsterapi. Endvidere svarede 85 %, at de kun opsøgte tandlægen, når de havde problemer, og 61 % svarede "ja" til, at de havde udskudt eller undladt at gå til tandlæge af økonomiske grunde (27).

## KLINISK PERSPEKTIV

Socialt udsatte voksne defineres forskelligt og meget bredt. Socialt udsatte kan bl.a. være hjemløse, misbrugere, alkoholikere, prostituerede, sindslidende, førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte arbejdere. Socialt udsatte voksne kan endvidere omfatte personer, som fx har dårligt helbred, mangler tilknytning til

arbejdsmarkedet, ikke indgår i familiemæssige sammenhænge eller andre sociale relationer, eller som har anden etnisk baggrund end dansk. I voksentandplejen er det af odontologiske, medicinske og økonomiske årsager (offentlige tilskudsordninger) væsentligt at skelne mellem disse mange forskellige grupper af socialt udsatte voksne.

### Generel sundhed og socialt udsatte i Danmark og i andre lande

Den generelle sundhed blandt socialt udsatte påvirkes af deres fysiske, psykiske og sociale sundhedstilstand (32). Den fysiske sundhedstilstand kan være præget af et hårdt udendørsliv, underlødige og sporadiske kost, uregelmæssig søvn, alkoholmisbrug, stofmisbrug og prostitution. Den psykiske sundhedstilstand kan være præget af vanskelige opvækstvilkår, sindslidelser eller kan være påvirket af socialt udsattes stigmatiserede og stressende liv og mange års misbrug. Den sociale sundhedstilstand forringes som følge af manglende inklusion i samfundet, herunder sundhedsvæsenet og på arbejdsmarkedet og sporadisk eller manglende kontakt til familie og tidligere venner. Samlet set medfører den generelt ringe sundhedstilstand blandt socialt udsatte en overdødelighed også blandt forholdsvis unge mennesker (32).

I relation til sundhedsadfærd og generelt helbred viste Sundhedsprofilen for socialt udsatte i Danmark i 2012 (5) bl.a. at:

- 78 % var rygere (23 % i den øvrige befolkning)
- 17 % havde hver dag indenfor den sidste måned drukket mere end fem genstande
- 40 % havde brugt hash indenfor den sidste måned
- 18 % havde injiceret sig i løbet af det sidste år
- 43 % havde forsøgt selvmord (1 % i den øvrige befolkning)
- 22 % havde været udsat for grov fysisk vold indenfor det seneste år (3 % i den øvrige befolkning)

Undersøgelsen (5) viste endvidere, at relativt store andele af socialt udsatte ikke fik opfyldt vigtige behov i tilværelsen:

- 13 % fik ofte ikke mad nok, fordi der ikke var råd
- 34 % spiste ofte ikke den ønskede kvalitet eller variation af mad, fordi der ikke var råd
- 9 % spiste højst én gang om ugen eller sjældent/aldrig et måltid varm mad



Ligeledes gav især de kvalitative interviews i Sundhedsprofilen (3) et godt indblik i, at socialt udsatte ikke får opfyldt basale psykologiske behov som tryghed og omsorg. De oplever en tilværelse præget af stress, ensomhed, angst og lavt selvværd.

I 2001 fandt en lægeundersøgelse blandt 122 socialt udsatte (10), at 56 % havde leverskader, 44 % havde alkoholiske nerveskader, 52 % havde hepatitis, 68 % havde depression, 57 % havde angsttilstande, og 30 % havde lungeproblemer.

Derudover viste Sundhedsprofilen for socialt udsatte i Danmark i 2012 (5), at andelen med langvarig generel sygdom udgjorde 59 %. Deltagerne led af astma (18 %), forhøjet blodtryk (19 %), kronisk bronkitis/KOL (14 %), slidgigt/leddegigt (25 %), mavesår (15 %), migræne/hyppig hovedpine (20 %) og rygsygdom (26 %). Deltagerne i den kvalitative del (3) kunne berette om endeløse generelle helbredsproblemer som bl.a. omfattede: hepatitis C, blodpropper, HIV, mavesår, hjerneblødning, hjerteproblemer, vejtrækningsproblemer, knogleskørhed, slidgigt, grå stær, diabetes, epilepsi, astma, allergi, rosen, lokale infektioner, sår, voldsskader, skader fra faldulykker og problemer med hukommelsen.

I undersøgelsen "Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet" (4), viste udtrækket fra Landspatientregistret, at socialt udsatte markant oftere led af infektionssygdomme (tuberkulose, blodforgiftning, leverbetændelse, HIV), psykiatriske lidelser, sygdomme i hud og underhud, læsioner (især hovedlæsioner) og forgiftninger samt sygdomme i åndedrætsorganer. Og selvom socialt udsatte kun relativt sjældent havde været i kontakt med sundhedsvæsenet på grund af livsstilssygdomme, så var der alligevel en overhyppighed blandt socialt udsatte i relation til diabetes, iskæmisk hjertesygdom og KOL sammenlignet med den øvrige befolkning (4).

En spørgeskemaundersøgelse blandt 248 hjemløse i Australien viste, at 89 % var rygere (27), og en undersøgelse blandt 260 norske patienter, som både var rusmiddelafhængige og havde en psykiatridiagnose, svarede 94 %, at de var rygere (24). Blandt hjemløse i Belfast i Irland oplyste 80 %, at de var rygere, 75 % drak alkohol og heraf var 43 % alkoholikere, og 18 % var narkomaner. Endvidere oplyste 5 %, at de havde hjertesygdom, 4 % havde diabetes, 2 % havde infektionstilstande som fx hepatitis og HIV. Derudover led 29 % af en sindslidelse (26). I Toronto, Canada, rapporterede 60 % af 191 deltagere i en undersøgelse, at de led af en eller anden sygdom: 17 % havde gigtproblemer, 10 % havde hjerteproblemer, 9 % havde diabetes, og 8 % havde leverproblemer (30).

### Socialt udsattes brug af øvrige sundhedsydelser i Danmark og i andre lande

Den største del af de socialt udsatte tager kun kontakt til sundhedsvæsenet, hvis de befinder sig i en ekstrem situation og virkelig har brug for hjælp. For dem, der kun sjældent eller aldrig tager kontakt til sundhedsvæsenet, skyldes det en udpræget mistillid til sundhedsvæsenet baseret på tidligere dårlige erfaringer, hvor de dels har følt sig "kørt rundt i systemet" og dels ikke har følt sig taget alvorligt. Den begrænsede kontakt til

sundhedsvæsenet skyldes for mange, at de negligerer behovet for behandling og udskyder at tage kontakt. Den sene kontakt betyder i mange tilfælde, at socialt udsatte indlægges direkte på hospital. Kontakten til sundhedsvæsenet besværliggøres endvidere for nogle af, at de som hjemløse ofte mister deres ting, bl.a. sygesikringskortet, og det er svært at få et nyt, når man ikke har en fast adresse at få det udstedt til (3).

Sundhedsprofilen for socialt udsatte i Danmark i 2012 (5) viste selvrapporтерet følgende (procentandelen i den øvrige danske befolkning er til sammenligning angivet i parentes):

- 58 % havde været i kontakt med praktiserende læge indenfor de sidste tre måneder (40 %)
- 12 % havde været i kontakt med en vagtlæge indenfor de sidste tre måneder (2 %)
- 17 % havde været i kontakt med en skadestue indenfor de sidste tre måneder (2 %)
- 18 % havde været i kontakt med et hospitalsambulatorium indenfor de sidste tre måneder (7 %)
- 16 % havde været indlagt på et hospital indenfor de sidste tre måneder (3 %)
- 25 % havde været i kontakt med sundhedsteam, gadesygeplejerske eller sundhedsklinik indenfor den sidste måned

I undersøgelsen "Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet" (4), som er baseret på udtræk fra Sygesikringsregistret og Landspatientregistret, blev det blandt socialt udsatte dokumenteret, at i løbet af et år havde:

- 83 % af mænd og 95 % af kvinder haft mindst én kontakt til alment praktiserende læge
- 15 % af mænd og 25 % af kvinder haft mindst én kontakt til vagtlæge
- 30 % af mænd og 38 % af kvinder været indlagt på hospital
- 37 % af mænd og 49 % af kvinder været ambulantly på hospital
- 38 % af hhv. mænd og kvinder været på skadestuen

Socialt udsatte havde således sammenlignet med den øvrige befolkning hyppigere kontakt til alment praktiserende læge, markant oftere været indlagt, markant oftere været på skadestuen og betydeligt oftere modtaget ambulantly behandling. Samtidig sås det, at socialt udsatte kvinder hyppigere havde været i kontakt med sundhedsvæsenet sammenlignet med socialt udsatte mænd. Socialt udsatte havde især en overhyppighed i relation til indlæggelser på hospital og skadestuebesøg og også i relation til ambulantly besøg. Det øgede forbrug kunne til en vis grad forklares med den større sygelighed blandt socialt udsatte, og det gennemsnitlige merforbrug for en socialt udsat i forhold til normalbefolkningen i relation til brug af sundhedsvæsenet og almen lægepraksis blev beregnet til 16.906 kr. pr. år for mænd og 15.211 kr. pr. år for kvinder (4). Det peger dog også på en uhensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenet med mange akutte kontakter til specialiserede tilbud.

En svensk registerbaseret undersøgelse fra 2009 (33) af fysiske sygdomme blandt hjemløse viste ligeledes, at hjemløses risiko for at blive indlagt var dobbelt så stor som den øvrige svenske befolknings.



## Konklusion

På baggrund af litteraturgennemgangen vurderes det, at der i udlandet er dokumenteret meget store klinisk odontologiske såvel som generelle helbredsproblemer blandt socialt udsatte, mens der i Danmark er et videnshul, hvad angår klinisk odontologisk dokumentation. Litteraturgennemgangen viser endvidere, at der er mange barrierer for brug af tandplejesystemet trods massive tandbehandlingsbehov blandt socialt udsatte. På baggrund af litteraturgennemgangen konkluderes det derfor, at der er behov for mere dansk viden om socialt udsattes klinisk

objektivt vurderede odontologiske og generelle helbredsstatus samt en analyse af socialt udsattes brug af tandpleje og sundhedsvæsenet i øvrigt. En sådan viden vil dels kunne udgøre grundlaget for og dels være et væsentligt bidrag til den efterfølgende tilrettelæggelse af egentlige interventionsundersøgelser, som er nødvendige for at kunne forbedre voksentandplejetilbuddet og tilbuddet fra sundhedsvæsenet i øvrigt til socialt udsatte med henblik på, at socialt udsattes tandsundhed og generelle helbredsstatus kan forbedres.

## ABSTRACT (ENGLISH)

### *Socially deprived adults and dental care*

*In the past few years there has been an increased focus on the life and health of socially deprived adults. A number of reports on the complex challenges of socially deprived persons have been published. The purpose of this survey is to describe our knowledge of oral and overall health of socially deprived adults in Denmark and abroad. Additionally, this survey throws light on socially deprived adults' usage of dental care and other health services.*

*Going through the literature, a knowledge gap is exposed, regarding clinical evidence of the oral health of socially deprived persons. Furthermore, barriers to socially deprived adults in using the dental care system are illuminated. A need for proper intervention studies appears – studies to increase our insight into the dental health of socially deprived adults and their need for dental treatment. Such studies could provide us with a basis for developing targeted dental care services for socially deprived adults in Denmark.*

## Litteratur

- RÅDET FOR SOCIALT UDSATTE. Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? København: Rådet for Socialt Udsatte, 2007.
- STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED. SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2008.
- STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED. Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2009.
- STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED. Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2010.
- STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED. SUSY UDSAT 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark i 2012 og udviklingen siden 2007. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2012.
- SOCIALMINISTERIET. De udsatte grupper. Fra kanten af samfundet til kernen i socialpolitikken – socialpolitik på brugernes præmisser. København: Socialministeriet, 2002.
- RÅDET FOR SOCIALT UDSATTE. Årsrapport 2015. København: Rådet for Socialt Udsatte, 2015.
- SFIDET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD. Socialt udsatte borgeres sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Lauritzen HH, Boje-Kovacs B, Benjaminsen L. Hjemløshed i Danmark 2011. National kortlægning. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2011.
- KØBENHAVNS KOMMUNE. FAMILIE- OG ARBEJDSMARKEDS FORVALTNINGEN. Evalueringssrapport for sundhedsprojektet, kontaktstedet Mændenes Hjem og kontaktstedet Forchammersvej. København: Københavns Kommune, 2005.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – første statusrapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2009.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – anden statusrapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2010.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – tredje statusrapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2010.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – fjerde statusrapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2010.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – femte statusrapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2011.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – sjette statusrapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2011.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – syvende statusrapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2012.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – ottende statusrapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2012.
- CENTER BASEN. Det opsøgende tandplejeteam – afsluttende rapport. Aarhus: Aarhus Kommune, 2013.
- De Palma PA. Oral health among a group of homeless individuals from dental professional's and patient's perspective. Institute of Odontology, Karolinka Institute. Stockholm 2007;1-64.
- Frithiof L, De Palma P. Hemlösas munhälsa. Socialmedicinsk tidskrift 2004;81:66-70.
- De Palma P. Tänder som klassmärke. Socialmedicinsk tidskrift 2008;85:31-6.
- De Palma P. Oral hälsa bland hemlösa. Autoreferat. Tandläkartidningen 2007;99:62-5.
- Haugbo HO, Storhaug K, Willumsen T. Rusavhengighet, psykiatri og oral helse. Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo. Den norske tannlegeforenings tidende 2010;120:912-7.
- Richards W, Keauffling J. Homeless who accessed a healthy living centre in Swansea, South Wales: an assessment of the impact of oral ill-health. Prim Dent Care 2009;16:94-8.
- Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. Br Dent J 2007;202:E31.
- Parker EJ, Jamieson LM, Steffens MA et al. Self-reported oral health of a metropolitan homeless population in Australia: comparisons with population-level data. Aust Dent J 2011;56:272-7.
- Daly B, Newton T, Batchelor P et al. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. Community Dent Oral Epidemiol 2010;38:136-44.
- Daly B, Newton JT, Batchelor P. Patterns of dental service use among homeless people using a targeted service. J Public Health Dent 2010;70:45-51.
- Figueiredo RL, Hwang SW, Quinonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. J Public Health Dent 2013;73:74-8.
- Burström B, Schultz A, Burström K et al. Hälsa och livsvillkor bland socialt og ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län. Stockholm: Centrum for Folkhälsa, 2007.
- Østergaard P, Frandsen LM. Hjemløse: livsforhold og orale forhold. Tandlægebladet 2006;110:638-46.
- Bejler U, Andreasson S. Physical diseases among homeless people: gender differences and comparisons with the general population. Scand J Public Health 2009;37:93-100.