



ULIGHED I SUNDHED
– ÅRSAGER OG INDSATSER

2011

Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel

Bidragydere og ekspertgruppe:

Anne-Marie Nybo-Andersen, professor, Københavns Universitet
Elsa Bach, forskningschef, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Mikkel Baadsgaard, forskningschef, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd
Henrik Brønnum-Hansen, forskningschef, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk
Universitet
Finn Kenneth Hansen, forskningschef, Center for Alternativ Samfundsanalyse
Bernard Jeune, lektor, Syddansk Universitet
Torben Jørgensen, professor, overlæge, Københavns Universitet
Jes Søgaard, professor, direktør, Dansk Sundhedsinstitut.

Redaktion:

Line Raahauge Hvass, Anna Paldam Folker og Niels Sandø Sundhedsstyrelsen, Sunde Rammer

Emneord:

Social ulighed i sundhed; Kommunal sundhedsplanlægning; Evidens og Metode; Regioner og Forebyggelse; Tobak; Fysisk aktivitet; Alkohol; Ernæring; Stress og Mental Sundhed; Miljø og helbred; Børnesundhed; Graviditet; Ældresundhed; Sundhed på arbejdspladsen;

Kategori:

Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 17. maj 2011

© Sundhedsstyrelsen 2011. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Oplag: 1000

Grafisk tilrettelæggelse og tryk: Rosendahls-Schultz Grafisk

Publikationen citeres således

Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen kan bestilles hos (pris: 0,- kr. - dog ekspeditionsgebyr):

Sundhedsstyrelsens publikationer, Rosendahls-Schultz Distribution
Mail: sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Telefon 70 26 26 36

ISBN: (trykt) 978-87-7104-196-8

ISBN: (elektronisk) 978-87-7104-195-8

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Hvorfor denne rapport?	5
Sammenfatning	7
Læsevejledning	10
1. Introduktion og baggrund	11
1.1 Ulighed i sundhed – hverken nyt eller dansk	12
1.2 Det danske udgangspunkt	14
1.3 Makroøkonomi og folkesundhed	17
1.4 Social ulighed i et livsløbsperspektiv	18
2. Ulighed i sundhed – etik og mekanismer	19
2.1 Solidaritet og universalitet	20
2.2 Ulighed i hvad?	23
2.3 Ulighed mellem hvem?	24
2.4 Determinanter for ulighed i sundhed – en model	26
3. Social ulighed i sundhed – omfang og udvikling	29
3.1 At måle ulighed i sundhed	30
3.2 Omfang af og udvikling i sundhedsforskellene	31
3.2.1 Spædbarnsdødelighed og fødselsvægt	31
3.2.2 Dødelighed	31
3.2.3 Forventede leveår med godt og dårligt helbred	33
3.2.4 Ulighed i sygdomskonsekvenser	34
3.2.5 De socialt udsattes helbred	35
3.2.6 Indvandreres helbred	35
3.3 Hvilke sygdomme skaber den sociale ulighed i sygdomsbyrde?	37
4. Ulighedens determinanter	39
I. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred	43
4.1 Børns tidlige udvikling	43
4.1.1 Effekter af den tidlige udvikling på helbred	43
4.1.2 Effekt på senere social position	45
4.1.3 Determinanter for børns tidlige udvikling	45
4.1.4 Effektive indsatser	48
4.2 Uafsluttet skolegang	51
4.2.1 Effekter af uafsluttet ungdomsuddannelse på senere social position og helbred	51
4.2.2 Årsager til unges uafsluttede ungdomsuddannelse	53
4.2.3 Effektive indsatser	57
4.3 Socialt nærmiljø – segregering/ghettoisering	60
4.3.1 Effekter af lokalområde på senere social position og helbred	61
4.3.2 Årsager til segregering/ghettoisering	62
4.3.3 Effektive indsatser	64
II. Determinanter som er påvirket af social position	66
4.4 Indkomst og fattigdom	66
4.4.1 Helbredseffekter af indkomst	66
4.4.2 Årsager til indkomstulighed og fattigdom	70
4.4.3 Effektive indsatser	72
4.5 Langvarig arbejdsløshed	74
4.5.1 Helbredseffekter af langvarig arbejdsløshed	74
4.5.2 Årsager til langvarig arbejdsløshed	76
4.5.3 Effektive indsatser	76
4.6 Social udsathed som årsag til og konsekvens af sygdom	79
4.6.1 Sammenhængen mellem social udsathed og helbred	79

4.6.2	Årsager til social udsathed	81
4.6.3	Effektive indsatser	81
4.7	Fysiske miljøfaktorer	85
4.7.1	Helbredseffekter af fysiske miljøfaktorer	85
4.7.2	Årsager til miljøfaktorerne	86
4.7.3	Effektive indsatser	88
4.8	Arbejds miljø – ergonomisk og psykosocialt	90
4.8.1	Helbredseffekter af arbejds miljø	90
4.8.2	Årsager til arbejds miljøets udvikling	94
4.8.3	Effektive indsatser	94
4.9	Sundhedsadfærd	98
4.9.1	Helbredseffekter af tobak, alkohol, usund kost og fysisk inaktivitet	98
4.9.2	Sundhedsadfærdens årsager	100
4.9.3	Effektive indsatser	103
4.10	Tidligt tab af funktionsevne	107
4.10.1	Helbredseffekter af tidligt tab af funktionsevne	108
4.10.2	Årsager til tidligt tab af funktionsevne	109
4.10.3	Effektive indsatser	110
III.	Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser	113
4.11	Sundhedsvæsnets rolle	113
4.11.1	Ulighed i sygdomskonsekvenser	113
4.11.2	Ulighed i brug af sundhedsydelse	116
4.11.3	Årsager til ulighed i brug af sundhedsydelse	119
4.11.4	Effektive indsatser mod ulighed i sundhedsvæsenet	124
4.12	Det ekskluderende arbejdsmarked	126
4.12.1	Helbred og beskæftigelse	126
4.12.2	Årsager til ulighed i beskæftigelse blandt syge	127
4.12.3	Effektive indsatser	130
5.	Tværsætorielt samarbejde for mindsket ulighed i sundhed	133
5.1	Hvorfor er det så svært: Den engelske erfaring	135
5.2	Prioritering af determinanter	136
5.3	Indsatser mod ulighed i sundhed – et livsløbsperspektiv	138
5.4	Mål og strategier	140
5.5	Implementering	142
APPENDIX A		143
APPENDIX B		156
Referenceliste		160

Forord

Alle lande i verden har store og ofte stigende sociale forskelle i befolkningernes helbredstilstand. Det fik i 2005 WHO til at nedsætte kommissionen *Commission on Social Determinants of Health* med professor Michael Marmot som formand. Det mandede ud i en rapport, som førte til, at WHO i maj 2009 vedtog resolutionen: *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Resolutionen opfordrer medlemslandene til at gennemføre nationale analyser af årsager til og indsatser mod social ulighed i sundhed. På denne baggrund gav Sundhedsstyrelsen i januar 2010 Professor Finn Diderichsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet den opgave at lede en sådan analyse for Danmarks vedkommende.

Det foreliggende rapport er resultatet af dette arbejde. Rapporten beslutter en række sociale determinanternes betydning for sundhed og sygelighed i en dansk kontekst. Disse determinanter omfatter også andre sektorer end sundhedssektoren. Ikke desto mindre har de en central betydning for befolknings sundhed, levetid og sociale ulighed i sundhed. I alt er der på baggrund af blandt andet WHO's kommissionsarbejde udvalgt 12 determinanter, som har betydning for sundhed og konsekvenser af sygdom, og er socialt skævt fordelt.

Med rapporten er der taget et væsentligt skridt i retning af at blive klogere på, hvilke muligheder der er for at kunne arbejde aktivt med at mindske den sociale ulighed i sundhed i Danmark. Rapporten peger på en række indsatsområder, og det fremgår, at en reduktion af den sociale ulighed i sundhed ikke kan løses af sundhedssektoren alene. Det er et komplekst arbejde, som forudsætter indsatser fra såvel forskellige sektorer (uddannelse, social, sundhed, beskæftigelse) som forskellige administrative niveauer (kommuner, regioner, stat samt civilsamfund). Der er altså mange tilgange og fagligheder i spil, og rapporten vil forhåbentlig udgøre et vigtigt fundament for tilrettelæggelsen og prioriteringen af fremtidige indsatser. Ud fra et sundhedsfagligt perspektiv peges der på, hvad det er muligt at gøre, men der kan være andre løsninger og prioriteringer, som vægter tungere.

Sundhedsstyrelsen vil på baggrund af rapporten tage initiativ til at indgå i dialog med myndigheder på de øvrige politiske områder, der er behandlet i denne rapport. Sundhedsstyrelsen vil desuden udarbejde et opfølgende materiale, hvis indhold og fokus er målrettet kommuneregioner.

Rapporten er et samarbejdsprojekt mellem Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Projektet er støttet økonomisk af Trygfonden. Følgende eksperter takkes for deres store bidrag til rapporten: Anne-Marie Nybo Andersen, Elsa Bach, Mikkel Baadsgaard, Henrik Brønnum-Hansen, Finn Kenneth Hansen, Bernard Jeune, Torben Jørgensen og Jes Søgaard. Derudover takkes medlem af den globale kommission, professor Denny Vågerö, CHESS i Stockholm for kommentarer til en tidligere version,

samt Allan Krasnik, Ulla Christensen og andre forskere ekspertgruppen har modtaget værdifulde kommentarer af.

Maj 2011



Else Smith, Direktør
Sundhedsstyrelsen



Mette Madsen, Institutleder
Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Københavns Universitet

Hvorfor denne rapport?

Den sociale ulighed i sundhed er et vigtigt emne for sundhedsmyndigheder og sundhedsvæsen at forholde sig til. Social ulighed i dødelighed har en relativ stor indflydelse på middellevetiden, og politisk er der formuleret et ønske om at øge danskernes middellevetid. Derudover kan en reduktion af den sociale ulighed i sundhed også medføre, at en større andel af borgerne kan indgå i arbejdsstyrken, ligesom udgifter til såvel sundheds- som beskæftigelses- og socialområdet kan fastholdes eller måske reduceres.

Som det vil fremgå af denne rapport, er der mange måder at anskue og angribe ulighed i sundhed på og mange måder at forsøge at påvirke udviklingen. Internationalt gælder det, at lande med lav økonomisk ulighed har lav gennemsnitlig dødelighed. Danmark er dog en undtagelse fra denne tendens. Vi har lav økonomisk ulighed, men relativ høj dødelighed. Dødeligheden er ikke bare høj, der er også en markant ulighed i dødelighed. En ulighed der næsten er fordoblet i Danmark i løbet af de sidste 20 år.

Dette paradoks har været medvirkende til, at Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet har gennemført dette udredningsarbejde for at komme tættere på, hvad der i Danmark kan gøres for at mindske ulighed i sundhed. Den enkeltes sundhed er ikke kun et spørgsmål om biologisk arv og valg af levevis. Alle sektorer i samfundet – offentlige såvel som private, har betydning for borgernes sundhed. Uddannelse, sociale forhold, arbejdsmarkedstilknnytning, boligforhold og miljø samt arbejdsmiljø spiller en rolle for den enkeltes sundhed – i særdeleshed når det handler om ulighed i sundhed. Ulighed i sundhed er et resultat af komplekse forhold, og det faktum at kortuddannede statistisk set lever kortere end mennesker med lang uddannelse skyldes ikke én men samspil af mange faktorer.

Sundhedsstyrelsen har igennem en række initiativer søgt at sætte fokus på social ulighed i sundhed, blandt andet ved at udgive flere undersøgelser om sundhedstilstanden blandt borgere uden for arbejdsmarkedet. Sundhedsstyrelsen har også udviklet en række materialer og metoder til brug for kommunerne til at integrere sundhedsfremmeindsatser i de sociale botilbudsindsatser, jobcentrenes arbejde og de sociale væresteders arbejde. I 2006 udkom *Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark* udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed. Rapporten gav for første gang en samlet beskrivelse og analyse af risikofaktorerens betydning for folkesundheden i Danmark, og indeholdt enkelte afsnit om ulighed i sundhed.

Sundhedsstyrelsen har således hidtil fokuseret på deskriptive analyser af den sociale ulighed i sundhed, samt på udvikling af tværsektorielle indsatser, der kan virke kompenserende uden dog at adressere de grundlæggende faktorer, der har betydning for *udviklingen* af den sociale ulighed i sundhed. Når det ikke har været adresseret hidtil, skyldes det blandt andet, at vidensgrundlaget ikke har været til stede. Det er dette, som denne rapport skal bidrage til at opbygge.

Rapporten rækker langt udover sundhedssektoren og beskriver, hvordan flere sektorer og fagområder har centrale roller at spille, hvis den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. En samlet indsats for at reducere den sociale ulighed forudsætter således et tæt samarbejde mellem sektorerne, politisk og ledelses-

mæssig prioritering, samt at hver enkelt sektor og fagområde påtager sig ansvaret for at sikre implementeringen af de vedtagne indsatser.

Metode

Da rapporten spænder vidt, har det været nødvendigt at få en række eksperter til at yde bidrag inden for deres fagområder.

Professor Finn Diderichsen udpegede en arbejdsgruppe bestående af:
Professor Anne-Marie Nybo Andersen, Københavns Universitet
Forskningschef Elsa Bach, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Forskningschef, Mikkel Baadsgaard, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd
Forskningschef Henrik Brønnum-Hansen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
Forskningschef Finn Kenneth Hansen, Center for Alternativ Samfundsanalyse
Lektor Bernard Jeune, Syddansk Universitet
Professor, overlæge, Torben Jørgensen, Københavns Universitet
Professor, direktør, Jes Søgaard, Dansk Sundhedsinstitut.

Arbejdsgruppen blev sammensat for bedst muligt at dække en række relevante kompetencer og politikområder. Et sekretariat ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, KU blev etableret med lektor Ingelise Andersen, cand.scient.san.publ. Celie Manuel og Finn Diderichsen. Arbejdsgruppen har holdt fem møder og undervejs leveret talrige bidrag i form af data, referencer og tekster, som er blevet indarbejdet i den samlede rapport. Medlemmer i arbejdsgruppen har ved behov konsulteret medarbejdere ved deres respektive institutioner.

En styregruppe har været nedsat med chef for Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse, Else Smith (og fra september 2010 Annemarie Knigge), institutleder for Institut for Folkesundhedsvidenskab Mette Madsen, samt direktøren for Statens Institut for Folkesundhed, Morten Grønbæk. Derudover har der været en projektgruppe i Sundhedsstyrelsen bestående af Line Raahauge Hvass, Anna Paldam Folker og Niels Sandø.

Arbejdet med rapporten er hovedsageligt et reviewarbejde af eksisterende internationale publikationer på området, med særligt hensyn til tilgængelige danske studier og relevansen i en dansk kontekst. Det engelske review *Fair Society – Healthy Lives* (2010) og det norske *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (2007) har været vigtige kilder til inspiration. Desuden er der gjort en del sekundærbearbejdnings af eksisterende register og surveydata.

Sammenfatning

Danmark har ligesom mange andre lande flere sundhedspolitiske mål: længere middellevetid med færre syge år, og reduceret social ulighed i sundhed. Danmark har dog i særlig grad været udfordret på begge mål. Udviklingen i middellevetiden var 1970-95 meget svagere i Danmark end i andre OECD-lande, mens uligheden i dødelighed samtidig er vokset gradvis siden 1970'erne. Det er en stor udfordring, at Danmark trods relativ lav økonomisk ulighed, og et lige og let tilgængeligt sundhedsvæsen, alligevel har haft en voksende ulighed i dødelighed i forhold til andre Vesteuropæiske lande. Mens det længe har stået klart, at årsagen til den svage middellevetidsudvikling var, at Danmark ikke i samme grad som andre lande har implementeret de strukturelle forebyggende tiltag på tobaks- og alkoholområdet, har der været større usikkerhed om, hvordan man kan bryde udviklingen af ulighed i sundhed i Danmark og det øvrige Europa. Der har derfor i de senere år, både i England, Sverige og Norge, været taget initiativer for at udrede årsager til, og mulige indsatser mod, ulighed i sundhed. Mest aktuelt for det foreliggende arbejde har været det review, som WHO's Commission on Social Determinants of Health udførte. Med denne rapport er der nu i en dansk kontekst gennemført en analyse for at pege på den viden, som findes; dels om årsagerne til ulighed i sundhed, dels om mulige indsatser, som kan forventes at have effekt på den.

Social ulighed i sundhed vil altid findes og handler om, at der er en systematisk association mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred. Denne association findes for både kvinder og mænd i alle aldre. De fleste af de store folkesygdomme forekommer oftere hos personer med kortere uddannelser, og som regel er konsekvenserne i form af dødelighed, nedsat funktion og arbejdsevne desuden alvorligere hos denne gruppe af disse sygdomme. For personer med sindslidelser eller misbrugsproblemer kan de sociale konsekvenser af sygdom blive så alvorlige, at vi taler om social udsathed. Beregnes den sociale ulighed i sygdomsbyrde, som forskellen mellem uddannelsesgrupper i leveår tabt ved for tidlig død og langvarig alvorlig sygdom, er kronisk obstruktiv lungesygdom, hjertesygdom, demens, lungekræft og depression tilsammen de sygdomme, der står for 2/3 af uligheden i Danmark.

Da ulighed i sundhed ikke er isoleret inden for sundhedspolitikens ressortområde, er det nødvendigt at pege på de andre sektorer potentialer for at reducere social ulighed i sundhed. En koordineret og tværgående politik for reduktion af den sociale ulighed i sundhed (jf. EU's Health In All Policies) kan skærpe både legitimitet og effektivitet i alle de involverede politikområder og skabe en forbedret folkesundhed for alle, både som mål i sig selv og som middel til samfundets økonomiske udvikling.

Som årsager til ulighed i sundhed er defineret tre typer af determinanter, som griber ind på hvert sit sted i de mekanismer, som skaber ulighed i sundhed. For hver type har forfatterne valgt et variende antal determinanter. Samlet bliver det til 12 determinanter:

- i. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred
 1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
 2. Skolegang – uafsluttet skolegang
 3. Segregering og socialt nærmiljø
- ii. Sygdomsårsager som påvirkes af social position:
 4. Indkomst – fattigdom
 5. Langvarig arbejdsløshed
 6. Social udsathed
 7. Fysisk miljø – partikler og ulykker
 8. Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial
 9. Sundhedsadfærd
 10. Tidlig nedsættelse af funktionsevne
- iii. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser
 11. Sundhedsvæsenets rolle
 12. Det ekskluderende arbejdsmarked

For hver af disse 12 determinanter er der kort redegjort for den viden, der findes om deres effekt på sygdomme og skader og for de baggrundsforhold, som påvirker udvikling og fordeling af determinanten. Under hver determinant er der foreslået et vist antal indsatser, som kan forventes at forandre determinantens forekomst og sociale fordeling. Sammenfattet i et livsforløb, fås følgende oversigt over indsatser til reduktion af social ulighed i sundhed:

- **0-8 år:** Allerede under graviditeten grundlægges vigtige funktioner og den screening for adfærdsmæssige, fysiske og sociale risikofaktorer, som jordemødrene har mulighed for, er af stor betydning for barnets og senere voksnes sundhed. At hjælpe med at sikre spædbarnets tætte emotionelle kontakt med forældrene, allerede i den tidlige fase i overgangen fra barsel til hjemmet og de første 18 måneder, kan gøres ved det aktive opsøgende og støttende arbejde som sundhedsplejerskerne udfører. At sikre gode materielle og sociale vilkår for barnet handler om at minimere børnefattigdom og at have tilbud om forældregrupper. De forebyggende børneundersøgelser bør have særlig fokus på at nå de børn, som er bagud i deres sproglige, emotionelle og sociale udvikling. En fokuseret indsats i førskole og de første skoleår for at få alle børn til at kunne læse har vist sig at have stor betydning for, hvordan de klarer sig senere i livet, i skolen og på arbejdsmarkedet.
- **9-18 år:** I skoleårene er der mulighed for at reducere ulighed i sundhed ved at fokusere på støtte af de udsatte og sårbare børn, og ved at skabe en skole som er aktivt motiverende, også for de som ikke motiveres så stærkt for skolegang hjemmefra. Kan man give børnene en følelse af at lykkes med de mål, de sætter sig, og at de oplever sejre i hverdagen, kan man udvikle deres selvtillid og handlegeneret. Dermed fremmer man, at de er motiverede for at klare sig helt frem til og med en ungdomsuddannelse. Samtidig forebygger man, at de giver sig ud i en usund adfærd i forhold til tobak, alkohol, stoffer, fysisk inaktivitet mm. Rummelighed i ungdomsuddannelserne, også for dem som har svært ved at finde sig til rette, og god adgang til praktikpladser er af betydning. Det er i denne aldersgruppe, at afhængighedsskabende kontakt med tobak, alkohol og stoffer etableres, og hvor de normskabende strukturelle virkemidler har særlig stor effekt. Det er også i skolen, at indsatser der sti-

mulerer til fysisk aktivitet er vigtige. At holde ungdomsarbejdsløsheden meget lav er vigtigt.

- **19-44 år:** Dette er en periode i livet, hvor meget skal nås: etablering af arbejdsliv, familie, børn og bolig. I denne aldersgruppe er forekomsten af træthed og søvnbesvær stigende og kombinationen mellem krav i arbejdsliv, familieliv og økonomi kan skabe et højt stressniveau i alle socialgrupper. Stigningen i de psykiske symptomer er dog mest udtalt hos dem med kort uddannelse. At skabe et arbejdsliv med fleksible fysiske og psykiske arbejdskrav, trivsel, udviklingsmuligheder og indflydelse over, og støtte til, hvordan man lever op til kravene er vigtigt. Det er en aldersgruppe, hvor det giver mening at kombinere indsats for forbedret arbejdsmiljø og bedre sundhedsadfærd. Det er også i denne aldersgruppe, hvor den økonomiske stress kan være udtalt, og hvor indsats som holder fattigdom nede er vigtige. Mange i denne aldersgruppe rammes af psykiske lidelser, hvor vejen tilbage til arbejde kan være lang og besværlig. At sikre en effektiv behandling af den psykiske lidelse og koordineret indsats mellem jobcentre, arbejdsplads og behandlere er afgørende. For de personer, hvor langvarige psykiske handicap eller misbrug har givet svære sociale konsekvenser, bliver støtte til at finde et socialt liv, med lidt beskæftigelse, rimelig økonomi, egen bolig og behandling af både psykiske og somatiske lidelser af stor vægt for sundheden.
- **45-74 år:** I denne aldersgruppe kan de, som har haft et tungt fysisk arbejde, begynde at mærke det og behovet for et arbejdsmarked der udviser fleksibilitet i arbejdskraven bliver større, for at de med nedsat arbejdsevne kan fortsætte i arbejdsstyrken. Fysisk aktivitet og kostvaner med mindre fedt og salt og mere frugt og grønt bliver ekstra vigtige. En del risikofaktorer og tegn på tidlig sygdom som forhøjet blodtryk, blodfedtforstyrrelser, overvægt og diabetes og visse kræftformer bliver mere almindelige, og det er således vigtigt, at de praktiserende læger har øget opmærksomhed på dette, ikke mindst blandt patienter med kort uddannelse. Tidlige tegn på aldring og svigtende funktionsevne bør skabe ekstra fokus på behovet og muligheder for fysisk aktivitet.
- **75+ år:** Tegn på svigtende funktionsevne er så almindelige i denne aldersgruppe, at de forebyggende hjemmebesøg må lægge særlig vægt på at opfange disse. Det er også i denne aldersgruppe, at behovet for behandling, genoptræning og rehabilitering bliver stort, og hvor adgangen til sundhedsvæsenets ydelser bliver ekstra vigtig. Sundhedsvæsenets evne til at integrere indsats fra sygehus, praktiserende læge og kommune bliver afgørende, ikke mindst for de patienter som har svært ved at argumentere for deres behov. En stærk opmærksomhed på ulighed er påkrævet i de lange kroniske patientforløb med rehabilitering mm.

Læsevejledning

Rapporten består af 5 kapitler. **Kapitel 1** sætter rammen med en introduktion af begrebet ulighed i sundhed og et kort historisk rids over den internationale udvikling og det danske udgangspunkt.

I **Kapitel 2** præsenteres nogle principielle udgangspunkter for, hvorfor ulighed i sundhed overhovedet er et problem, og en model for, hvordan man kan forstå årsagsmekanismerne bag dette fænomen.

I **kapitel 3** redegøres mere detaljeret for omfanget af uligheden, og det analyseres, hvilke sygdomme og diagnosegrupper, der skaber den sociale ulighed i danskernes sygdomsbyrde. Ud fra dette identificeres et antal determinanter bag ulighed i sundhed

I **kapitel 4** gennemgås 12 udvalgte determinanter for ulighed i sundhed. For hver determinant gennemgås litteraturen på området, og det fremhæves, hvilke indsatser der på baggrund af litteraturen, kan mindske ulighed. Determinanterne er kategoriseret efter overskrifterne: Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred, Determinanter for sygdom som er påvirket af social position, og Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser.

Kapitel 5 samler trådene. Det bliver beskrevet hvordan samarbejde på tværs af sektorer kan bidrage til at mindske ulighed i sundhed beskrives. I kapitlet samles de mange indsatser der, som beskrevet i kapitel 4, kan mindske ulighed i sundhed.

Derudover indeholder appendiks A indikatorer for monitorering af determinanter og indsatser og appendiks B en ordliste, der forklarer faglige udtryk, metoder og forkortelser.

1. INTRODUKTION OG BAGGRUND

“Where systematic differences in health are judged to be avoidable by reasonable action they are, quite simply, unfair. It is this that we label health inequity. Putting right these inequities – the huge and remediable differences in health between and within countries – is a matter of social justice. Reducing health inequities is, for the Commission on Social Determinants of Health, an ethical imperative. Social injustice is killing people on a grand scale.”

CSDH. WHO: August 2008

1.1 Ulighed i sundhed – hverken nyt eller dansk

Samfundets interesse for den stærke sammenhæng mellem menneskers helbred og deres materielle vilkår går langt tilbage. Forholdene blev, om ikke før, meget tydelige, da indflytningen til byerne tog fart. I 1850'erne blev der sat fokus på boligforholdenes ødelæggende indvirkning på de fattiges helbred, og de første initiativer for at forbedre forholdene blev taget. Da den første velfærdslovgivning i Danmark så dagens lys i 1891-92, handlede det om økonomisk støtte til handicappede og om tilskud til de mange private sygekasser, som garanterede medlemmerne fri lægehjælp og sygedagpenge. Senere kom i 1898 loven om ulykkesforsikring og i 1921 invalideforsikringsloven.¹ Alt dette handlede om at reducere de katastrofale sociale og økonomiske konsekvenser, som sygdom og ulykker havde haft for de ramte og deres familier. I 1930'erne bekymrede man sig om de stagnerende folketal og dermed om børnefamiliernes materielle vilkår, fødselstallene og børnenes høje og socialt skævt fordelte dødelighed. Det ledte til lovgivning om sundhedsplejersker og mødrehjælp. Så allerede inden velfærdsstaten var skabt, havde sociale årsager til, og konsekvenser af, sygdom været et centralt politisk tema i Danmark og i mange andre europæiske lande.

Efter 2. verdenskrig var der stor tillid til, at lægevidenskaben og et udbygget lettilgængeligt sundhedsvæsen og sygesikring ville løse problemerne med den sociale ulighed i sundhed. Ikke mindst stod denne ambition højt på dagsordenen i England med den store social- og sundhedspolitiske satsning, som etableringen af National Health Service var.² I de første 30 år efter 2. verdenskrig oplevede man en voldsom økonomisk vækst, hvorunder den økonomiske ulighed i både England og Danmark blev reduceret, samtidig med at sygehusene blev kraftigt udbygget. Der fandtes en implicit antagelse om, at denne udvikling også ville reducere den sociale ulighed i sundhed. Enkelte studier pegede dog på de sociale forholds stadig store betydning.³ Omkring 1970 intensiveredes den politiske interesse for ulighederne i samfundet,⁴ og der nedsattes lavindkomstudredninger og gennemførtes levekårsundersøgelser i både Danmark,^{5,6} Sverige⁷ og Norge.⁸ De beskrev også ulighed i sundhed;⁹ men konklusionerne om indsatser handlede meget om en stadig mere udbygget primær sundhedstjeneste.

På baggrund af den store satsning på et offentligt lettilgængeligt sundhedsvæsen i England, var det ikke mærkeligt, at alvoren var ekstra stor, da man i den såkaldte Black Report i 1980¹⁰ kunne konstatere, at den sociale ulighed i dødelighed i relative termer faktisk var steget betydeligt siden 1930'erne. En vigtig årsag var, at den stigning i hjertedødelighed, som var sket siden 1950, næsten helt var koncentreret om faglærte og ufaglærte arbejdere.¹¹ I Black Report vendte man blikket mod de skandinaviske landes meget mindre ulighed i blandt andet børnedødelighed og foreslog en lang række socialpolitiske initiativer for at reducere børnefattigdom, forbedre boligstøtten til unge lavindkomst familier, sundhedsplejerskeordninger mm. Rapporten vakte stor international interesse, også i de nordiske lande, og man begyndte, ikke mindst i Sverige, at interessere sig for, hvordan den sociale ulighed i sundhed havde udviklet sig der.¹²⁻¹⁵ Det viste sig nu, at også i de nordiske lande var uligheden i dødelighed steget siden 1970'erne. Det udløste en omfangsrig forskning i mange lande om, hvad årsagerne så kunne være. I Danmark var interessen fokuseret på, at udviklingen i middelevetiden var stagneret siden 1980. Regeringen nedsatte Middellevetidsudvalget, som blandt andet behandlede social ulighed i dødelighed, men på baggrund af den høje arbejdsløshed i begyndelsen af 1990'erne havde Middellevetidsudvalget særlig fokus på dødelighed blandt dem, som stod uden for arbejds-

markedet.¹⁶ Også den senere Forebyggelseskommission¹⁷ koncentrerede sig om indsatser for at forbedre den stadigvæk relativt korte middellevetid, og behandlede ikke særligt indsatser mod ulighed i sundhed.

På den globale scene havde især 1980ernes HIV-epidemi illustreret, at der var en stærk sammenhæng mellem økonomisk udvikling og sundhed i lavindkomstlandene. Epidemien tydeliggjorde, at økonomisk udvikling var en vigtig forudsætning for en god sundhedsudvikling, men også at en problematisk sundhedsudvikling kunne lægge hindringer i vejen for den økonomiske udvikling. At bruge flere penge på sundhed skulle derfor ikke ses som en belastning, men som en nødvendig investering. Verdensbanken begyndte i sin årlige rapport i 1993 at tale om ”*Investing in Health*”, og i det såkaldte *Global Health Equity Initiative* tog en gruppe forskere fat i det forhold, at ulighed i sundhed var et mindst lige så stort problem i lav- og mellemindkomstlande som i højindkomstlande.¹⁸ WHO nedsatte sin kommission om *Macroeconomics and Health*,¹⁹ som lagde linjerne for, hvilke sundhedspolitiske konsekvenser denne indsigt i sundhedspolitikens betydning for den økonomiske udvikling burde få globalt.

I Europa har man været mere optaget af den større mangel på arbejdskraft, som den demografiske udvikling medfører. Arbejdskraftmanglen har gjort det klart, at der er et arbejdsmarkedspolitisk potentiale i at forbedre folkesundheden og reducere ulighed i sundhed.²⁰ En aktuel beregning har vurderet, at såfremt alle havde samme lave dødelighed, sygefravær og høje tilbagetrækningsalder, som de 20 % mest veluddannede, ville omkostningerne i form af produktionsbortfald og udgifter til sundhedsvæsen og overførselsindkomster kunne reduceres med et beløb svarende til 5,8 % af BNP i hele EU. Denne type af beregninger er naturligvis behæftet med enorm usikkerhed, og EU-tallene er påvirkede af, at uligheden i Østeuropa har en størrelsesorden, som er det dobbelte af, hvad vi finder i Vesteuropa. Men problemet har dog et omfang, som har gjort det naturligt, at der i Europa er taget en række initiativer for at samle al den viden, man har, med det formål at pege på indsatser, som kan reducere ulighed i sundhed. I England kom i 1999 den såkaldte Acheson Report.²¹ I Sverige fremlagde den daværende Folkhälsokommitté i 2001 *Hälsa på lika Villkor*, og i Norge publiceredes i 2005 *Gradientutfordringen*. Alle tre analyser førte til en række politiske initiativer både nationalt og lokalt.

Samtidig nedsatte WHO i 2005 en global *Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*,²² med Michael Marmot som formand. Den pegede på en lang række indsatser for mindre social ulighed i sundhed inden for socialpolitik, arbejdsliv, miljøpolitik og sundhedspolitik.²² Initiativer, som man med dagens videnskabelige viden, kunne forvente ville reducere ulighed i sundhed i både rige og fattige lande. CSDH blev i 2009 efterfulgt af en resolution i World Health Assembly (WHA 2009 62:14) som, blandt andet støttet af Danmark, opfordrer alle WHO's medlemslande til at gennemføre en national analyse af de specifikke årsager og foreslå indsatser, der kan mindske den sociale ulighed i sundhed. Allerede i 2010 publicerede den engelske såkaldte Marmot-kommission sine specifikke forslag for England – *Fair Society, Healthy Lives – a Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*.²³ WHO's Europa-region har også igangsat et reviewarbejde. Foreliggende rapport er, så vidt vides, det første nationale review efter det britiske og den norske udredning på området.

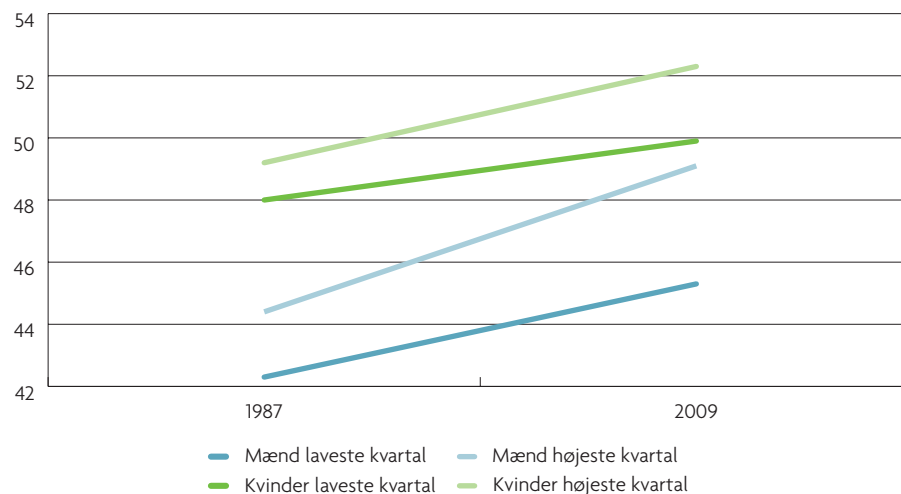
1.2 Det danske udgangspunkt

Danmark har ligesom de fleste andre lande formuleret sine sundhedspolitiske mål i forhold til både at forbedre folkesundheden totalt og at reducere den sociale ulighed i sundhed. I den daværende regerings **Folkesundhedsprogram 1999-2008**²⁴ opstilledes to overordnede mål om længere liv med højere livskvalitet og om reduceret social ulighed i sundhed. Disse mål blev fulgt op efter regeringsskiftet i **Sund hele livet**.²⁵ I **Sundhedspakke 2009**²⁶ blev der fokuseret på ét mål: frem til 2020 at forlænge middellevetiden med 3 år.

Sundhedspakken inkluderer i forhold til ulighed to forslag: 1) At bruge satspuljemidler til projekter for at styrke den forebyggende indsats både i forhold til mindre ressourcestærke grupper og i forhold til udsatte børn og unge. 2) At udsende vejledningsmateriale om rekruttering og motivation af mindre ressourcestærke grupper til livsstilsændringer, herunder ryggestop.

Figur 1.1 illustrerer, at hvis man inddeler den del af befolkningen, som er ældre end 30 år, efter uddannelseslængde i fire lige store grupper i hhv. 1987 og 2009, så finder man, at uligheden i forventet restlevetid målt som forskellen mellem de højeste og laveste kvartil er vokset kraftigt. For mændene er uligheden vokset fra 2,0 til 3,8 år og for kvinderne fra 1,2 til 2,5 år. Det er næsten en fordobling af uligheden på godt 20 år.

Figur 1.1 Forventet restlevetid (år) for 30-årige i højeste og laveste kvartil efter uddannelseslængde. Danmark 1987 og 2009



Kilde: AE-Rådet/SIF.

I en lang række europæiske lande, hvor det har været muligt at sammenligne ulighed i dødelighed siden 1970'erne, har man fundet lignende tendens til voksende ulighed.^{27;28} Ulighedens størrelsesorden er dog noget forskellig fra land til land i Europa. Tabel 1.1 illustrerer ulighedens størrelsesorden i Danmark sammenlignet med et antal andre europæiske lande, hvor vi har data af god kvalitet. De seneste komparative data er fra 1990'erne og viser forskel i dødelighed mellem dem, som har hhv. den korteste og den længste uddannelse. Vi har også i tabellen indført middellevetid, et mål på indkomstilighed (Gini-koefficienten) og et mål for den socialpolitiske dækningsgrad, dvs. hvor stor del af befolkning-

gen som er dækket af offentlige overførselsindkomster til ældre, arbejdsløse og syge, og hvor godt de dækker indkomst inden sygdom eller arbejdsløshed.

Uligheden i dødelighed er klart lavest i de to sydeuropæiske lande Italien og Spanien samt i Sverige. Blandt de vesteuropæiske lande er den størst i Finland, men i Polen og andre Østeuropæiske lande er den voldsomt meget større. For de øvrige lande som Danmark, Norge, England, Belgien, Schweiz og Frankrig er ulighedens omfang ret lige. Danmark har blandt disse lande en relativ høj ulighed i dødelighed for kvinder, men lav for mænd. Regner man med en entydig sammenhæng mellem økonomisk ulighed, velfærdspolitik og ulighed i sundhed, viser tallene i tabel 1.1, med et tværsnit omkring år 2000, ikke det mønster, man umiddelbart kunne forvente. De to kolonner til højre i tabellen viser, at Italien, Spanien og England har store indkomstuligheder, og at England har en betydeligt lavere socialpolitisk dækningsgrad end landene på kontinentet, og i særdeleshed sammenlignet med de nordiske lande. Alligevel er den sociale ulighed i dødelighed af samme størrelsesorden i alle disse lande.

Tabel 1.1 Ulighed i dødelighed, middellevetid, ulighed i indkomst og socialpolitisk dækningsgrad i nogle OECD-lande. Rangordnet efter stigende indkomstulighed

	Ulighed i dødelighed [§]		Middellevetid [§]	Indkomstulighed [#]	Socialpolitisk dækningsgrad [□]
	Mænd	Kvinder			
Danmark	828	511	76,8	23,2	29,0
Sverige	625	381	79,7	23,4	34,7
Finland	1255	483	77,7	26,9	34,6
Belgien	915	417	77,8	27,1	31,9
Norge	980	518	78,7	27,6	34,0
Schweiz	1012	337	79,9	27,6	29,7
Frankrig	1044	375	79,0	28,1	31,5
Spanien	662	236	79,4	31,9	-
UK	862	462	77,9	33,5	15,4
Italien	639	197	79,8	35,1	27,6
Polen	2192	750	73,9	37,2	-

§: Ulighed i dødelighed i 1990'erne er målt som et "slope index of inequality" som måler den absolutte forskel i dødelighed per 100.000 mellem det højeste og laveste uddannelsesniveaue. Kilde: Mackenbach: NEJM 2008;359:2668-81.²⁹ Data fra Italien og Spanien er fra Turino resp. Barcelona.

§: Middellevetid for mænd og kvinder 2000. Kilde: OECD.

#: Indkomstulighed mellem individer målt som gini-koefficient*100, 2006. Kilde: OECD 2008

□: Socialpolitisk dækningsgrad er sammenvejet mål på dækningsgrad og niveau på offentlige pensioner, sygedagpenge og arbejdsløshedsunderstøttelse (såkaldt *decommodification score*). Jo højere score, des bedre dækningsgrad. Det varierer i OECD 1998/99 mellem 11 i Australien og 35 i Sverige. Kilde: Bamba: J Soc Policy 2005;34:195-213.³⁰

Sammenlignet med middellevetiden kan man konstatere, at Finland og Polen med stor absolut ulighed i dødelighed også tenderer at have kortere middellevetid, mens Italien og Spanien både har lav ulighed og lang middellevetid. En del af forklaringen på at Danmark har større ulighed i dødelighed end fx Sverige, kan således være, at vi har højere dødelighed totalt (dvs. lavere middellevetid). Den påfaldende lave sundhedsulighed i de sydeuropæiske lande har man tolket som et resultat af, at de er i en tidligere fase af tobaksepidemien, hvor tobaksryg-

ningen endnu ikke i samme grad er koncentreret om befolkningsgrupper med kort uddannelse, som den er i de nordvesteuropæiske lande,²⁹ samtidig modvirker en sundere kost noget af tobakkens effekter på hjertekar-dødeligheden i Sydeuropa.

Det mest udfordrende i dette billede er dog, at Danmark og de andre nordiske lande, som i mange år har haft en relativ høj socialpolitisk dækningsgrad med blandt andet relativt små indkomstiligheder til følge, ikke dermed ser ud til at være i stand til at sikre en lav social ulighed i dødelighed – det som er blevet kaldt ”The Scandinavian Welfare Paradox of Health”.³¹

1.3 Makroøkonomi og folkesundhed

Det forhold, at folkesundheden både målt med gennemsnitstal og som social ulighed i dødelighed og sygelighed varierer så meget mellem i øvrigt rige velfærdsstater med veludbyggede sundhedssystemer, har skabt en stor forskningsmæssig og politisk interesse for, hvad der kan forklare denne variation. Det er dog en vigtig distinktion, om man sammenligner landenes dødelighed totalt målt fx som middellevetid, eller om man sammenligner uligheden.

Ser man sundhedsforhold for hele befolkningen har en lang række studier indikeret, at når man sammenligner lande og delstater i USA på samme gennemsnitlige indkomstniveau, har samfund med mindre indkomstulighed en bedre gennemsnitlig folkesundhed, målt som middellevetid og andre indikatorer, end lande med større indkomstulighed.³² Det kan helt eller delvist forklares med, at relationen mellem indkomst og helbred på individniveau er kurvelineær, dvs. at den positive effekt på helbredet af stigende indkomst aftager, når indkomsten er på et vist niveau (se videre afsnit 4.4). Men det har også givet anledning til en hypotese om, at små indkomstuligheder og de ofte universelle velfærdssystemer som ligger bag, derudover skaber en samfundsmæssig kontekst med stærkere sammenhængskraft og social kapital og dermed bedre sundhed.³² Resultaterne fra denne type af studier er dog ikke konsistente.³³⁻³⁵ Evidensen for, at store økonomiske uligheder påvirker folkesundheden, er stærkest i samfund med stor indkomstulighed som fx USA, Brasilien og Rusland. Effekten er ofte størst for de dødsårsager, som har en stærk social gradient, dvs. tobaks- og alkoholrelaterede dødsårsager, skader og vold. Det indikerer, at mindre indkomstulighed først og fremmest gavner lavere socialgruppers sundhed.³⁶ Under alle omstændigheder er Danmark delvis en undtagelse fra reglen, fordi Danmark er blandt de lande i OECD, som har en lav indkomstulighed og en lav middellevetid (se tabel 1.1). Uanset konklusionen på, om der findes denne kontekstuelle effekt af indkomstulighed, er effekten af indkomst på helbred på individniveau så markant, at det i sig selv giver indkomstpolitikken et sundhedspolitisk potentiale (se videre 4.4).

I 1930erne var indkomstuligheden i Danmark dobbelt så stor som den er i dag,¹ svarende til det niveau som i dag findes i en del lande i Sydamerika (Gini-koefficient $>0,50$). Siden 1950erne og frem til 1985 har den indkomstmæssige ulighed stort set været faldende. I perioden 1985-95 var den konstant, men fra 1995 har der været tale om en gradvis stigning i Gini-koefficienten fra 0,20 til 0,25. Det er i sig selv en signifikant stigning, som har fundet sted i en periode, hvor der har været god økonomisk vækst og faldende arbejdsløshed.

Selvom der findes en association mellem indkomstulighed og folkesundheden i gennemsnit, har man trods ihærdig forskning blandt OECD-landene ikke entydigt kunnet identificere en association mellem på den ene side indkomstulighed og velfærdspolitikens udformning, og på den anden side den sociale *ulighed* i dødelighed eller selvvaldet helbred.³⁷⁻³⁹ At en nordisk velfærdsmodele skulle være en tilstrækkelig forudsætning som alene garanterer for lav ulighed i sundhed kan ikke verificeres.

Det betyder, at vi må gå betydeligt mere detaljeret frem, hvis vi skal kunne identificere årsager til – og mulige indsatser mod – den sociale ulighed i sundhed.

1.4 Social ulighed i et livsløbsperspektiv

Det forhold, at forskellige typer af determinanter knytter sig til forskellige livsfaser har betydning, når vi skal vurdere den sociale ulighed i sundhed og refererer til, at den sociale ulighed skal vurderes i et livsløbsperspektiv.

I et livsløbsperspektiv lægges der vægt på, at der sker en interaktion mellem biologiske og sociale processer. Fx er forældres sociale position en prædiktor for fødselsvægt. Lav fødselsvægt er associeret med helbred senere i livet, fx hjertekarsygdomme og diabetes. Teorien er, at der i fostertilstanden ved manglende vækst sker en intrauterin biologisk programmering, som interagerer med risikofaktorer senere i livet.

I barndommen er det forældrenes sociale situation som i samspil med samfundets støtte fra sundhedspleje og daginstitutioner påvirker børnenes tidlige kognitive, emotionelle og sociale udvikling. Den har i næste led stor betydning for barnets senere uddannelsesforløb og situation på arbejdsmarkedet. Dette er i næste led afgørende for individets sundhedsudvikling. Barndommen er således en *sårbar* periode, hvor eksponering for sociale og andre determinanter har en effekt, som de ikke ville have senere i livet. Samtidig kan den biologiske og sociale udvikling i barndommen på grund af lang *induktionstid* have indflydelse på, hvilke sygdomme der optræder i voksenlivet.

Sygdomme i voksenlivet er altså både påvirket af forhold i barndommen og af forhold i voksenlivet. Jo lavere socioøkonomisk status forældrene har, og barnet har som voksen, jo flere risikofaktorer vil individet være udsat for i livsforløbet. Vi taler da om en ophobning af sygdomsårsager. Effekten af disse sygdomsårsager kan *akkumuleres over livet*, hvorved helbredseffekterne lægges oven på hinanden, eller de kan *interagere med hinanden*, således at en eksponering tidligt i livet øger sårbarheden for helbredseffekt af det, som sker senere i livet.

De ældres helbred er således den samlede effekt af forhold igennem et langt liv. Men der er også forhold i alderdommen, som har stor betydning for de ældres helbred og funktionsevne. Indkomst, fysisk aktivitet og sociale relationer er eksempler. Derimod finder man ofte, at risikofaktorer af stor betydning tidligere i livet slår mindre igennem blandt ældre. Det skyldes blandt andet, at mennesker med højt forbrug af og sårbarhed over for tobak og alkohol ikke bliver så gamle.

2. ULIGHED I SUNDHED – ETIK OG MEKANISMER

2.1 Solidaritet og universalitet

Et rigt velfærdssamfund kræver en høj grad af arbejdsdeling og gør brug af incitamenter for at mennesker skal uddanne sig og arbejde. Arbejdsdelingen skaber en vis grad af social og økonomisk ulighed i arbejdsforhold og indkomst og dermed i status, bolig og livsformer. Men den skaber også ulighed i sundhed, og spørgsmålet er, i hvilken grad disse sundhedskonsekvenser af den socioøkonomiske ulighed er mulige at undgå. Sociale uligheder i sundhed er næppe til nytte for samfundsudviklingen. Tværtimod er det en økonomisk belastning for et samfund, hvis store grupper har så dårligt helbred, at de ikke kan bidrage til produktionen og samfundsudviklingen. Desuden er et godt helbred en så grundlæggende forudsætning for menneskers frihed til at kunne leve det liv de værdsetter, at mange samfund opfatter minimering af ulighed i sundhed som en særlig høj prioritet.^{18;22;40;41}

Dette værdigrundlag har længe været styrende for dansk sundhedspolitik. Sundhedsvæsenet er udformet med henblik på en *solidarisk finansiering* efter betalingsevne, og med henblik på *universel* adgang til forebyggelse og behandling. Det er de to lighedsbærende principper. Det forhold, at 85 % af finansieringen sker via skatten (det såkaldte ”sundhedsbidrag”) som er en fast procent af indkomsten, og at størstedelen af ydelserne er gratis for brugeren, er i et globalt perspektiv ret unikt. Det er værd at påpege, at de lande, de fleste uden for Vesteuropa, som ikke har en sådan solidarisk finansiering, dels har en ulighed i sundhed, der er af en noget anden størrelsesorden end i Danmark, dels lader befolkningen betale hele udgiften ved brug af sundhedsydelser, som dermed let overstiger 40 % af årsindkomsten. Brugerbetaling til behandling er i disse lande derfor en vigtig årsag til langvarig fattigdom.⁴²

Den nordiske velfærdsmodel⁴³ er først og fremmest karakteriseret ved, at alle borgere har universel adgang både til en række overførselsindkomster (som folkepensionens grundbeløb, dagpenge, børnecheck mm), og til en række ydelser (lægehjælp, daginstitutioner, ældrepleje mm). En mindre del af hjælpen er dog ikke universel, men tildeles efter definerede behov (kontanthjælp, boligsikring, hjemmehjælp mm), eller er afhængig af private forsikringer (supplerende pensioner og sundhedsforsikringer mm). En velfærdspolitik, som på en gang skal begrænse økonomisk ulighed og fattigdom, og samtidig skal levere ydelser af et omfang og en kvalitet, som den store majoritet af befolkningen finder tilfredsstillende, stiller os overfor mindst tre udfordringer, som beskrives i det følgende.

Princippet om den solidariske finansiering af sundhedsydelserne er meget vel forankret i befolkningen. Men det har de seneste år været diskuteret, i hvilken grad sundhed er et personligt valg. Diskussionen er udsprunget af, at vi i dag betegner en stor del af folkesygdommene som ”livsstilssygdomme”. Dermed antydes det, at der er tale om en vis grad af frit valg. Imidlertid kan der stilles spørgsmål ved, hvor mange der frit vælger at blive svært overvægtige eller afhængige af alkohol og tobak. Det handler snarere om, at mennesket biologisk og psykologisk er påvirket af sociale vilkår, og derfor kan have svært ved at modstå fristelserne i et samfund med let adgang til tobak, alkohol og kalorierig mad, og hvor mulighederne for fysisk inaktivitet samtidig er store i form af stillesiddende arbejde, computerprogrammer, -spil og fjernsyn.⁴⁴ I takt med at den risikofyldte sundhedsadfærd i stigende udstrækning er koncentreret om en socialt mindre privilegeret gruppe, sættes den samfundsmæssige solidaritet på prøve. Behovet for solidaritet med dem, som af genetiske, psykologiske og sociale grunde er

mere sårbare for "livsstilsfristelserne", bliver større. I afsnit 4.9 bliver der beskrevet en række strukturelle virkemidler, der kan bruges til at "forvalte" den samfundsmæssige solidaritet.

Den anden udfordring udspringer af, at det i en velfærdsmodel, hvor alle skal "yde efter evne og nyde efter behov," er afgørende, hvordan man sætter grænsen for, hvem der har lovligt forfald, og ikke har tilstrækkelig (arbejds)evne til at yde. Det har traditionelt været en medicinsk opgave at afgøre, hvem der er sygnok og har tilstrækkelig nedsat arbejdsevne til at få førtidspension etc., men i takt med at stadig flere står uden for arbejdsstyrken og får helbredsrelaterede overførselsindkomster, udfordres dette kriterium. Kravene i arbejdslivet øges, og en voksende andel af især den mindre privilegerede del af befolkningen lider af fysisk og psykisk træthed og føler sig slidt, uden at de nødvendigvis har en diagnosticeret sygdom (se afsnit 4.12). I kombination med en demografisk betinget udsigt til mangel på arbejdskraft udfordrer det den solidariske finansiering.

For det tredje kræver en universel velfærdsstat, at ydelserne fra det offentlige, ikke mindst sundhedsydelserne, har en tilgængelighed og en kvalitet, som det store flertal af befolkningen finder god nok til at ville afstå fra supplerende private forsikringsordninger. Hvis for mange betaler til private forsikringsordninger, kan det på sigt underminere betalingsviljen til det offentlige. Mange af de indsatser, som gøres i det offentlige system for at forkorte ventetider og øge valgfrihed, skal ses i det perspektiv, at betalingsviljen til det offentlige sundhedsvæsen skal opretholdes. Men dermed udfordres princippet om lige adgang og kvalitet. I afsnit 4.11 bliver der peget på en række tiltag, med hvilke man både kan håndhæve princippet om lige adgang og kvalitet og samtidig foretage prioriteringer, hvor man holder fast ved princippet om vertikal lighed, dvs. en behandling efter behov mere end efterspørgsel.

Forebyggelsespolitikken har også i høj grad været præget af en universel tilgang, hvor de forebyggende ydelser (sundhedsplejersker, vaccinationer for børn, forebyggende børneundersøgelser, kræftscreening og forebyggende hjemmebesøg hos ældre) tilbydes alle. Sygdomsforebyggende lovgivning om miljø, trafik, arbejdsmiljø og levnedsmidler er naturligvis også i den forstand universel.

Universalitetens positive effekt på middelevetiden er dokumenteret i en økonomisk analyse af 17 OECD-lande i perioden 1900-2000,⁴⁵ selvom Danmark er en undtagelse fra det mønster. Men, som vi illustrerede i tabel 1.1, er effekten på den sociale ulighed i dødelighed mere usikker.

Det rejser det grundlæggende spørgsmål, om politikken for at mindske ulighed i sundhed skal være universel eller målrettet til en eller flere bestemte grupper.⁴⁶ Det har været formuleret som et "fordelingspolitikens paradoks", at de lande, som er lykkedes bedst med at reducere fattigdom og indkomstuligheder, er dem som *ikke* har målrettet sin socialpolitik til de fattige, men tværtimod har haft en høj grad af universalitet i sine overførselsindkomster.⁴⁷ Forklaringen bag dette er, at en universel model, hvor alle både yder og nyder, er politisk meget mere holdbar end en model, hvor en del af befolkningen yder og en anden del nyder. Gælder noget lignende i sundhedspolitikken? Tilsvarende internationalt komparative studier er ikke gennemført. Det skyldes først og fremmest, at det er svært at kvantificere graden af universalitet vs. målgruppefokusering i en tværsektoriel lighedsorienteret sundhedspolitik. Studier om association mellem velfærdsmodel og social ulighed i sundhed giver som nævnt ikke noget entydigt svar (kap 1).

Man må derfor, som det bliver gjort i denne rapport, bygge forslag til indsatser og prioriteringer op ”nedefra”, baseret på en viden om årsager, effektive indsatser og forudsætninger for deres implementering.

2.2 Ulighed i hvad?

De fleste samfund kræver lighed i en eller anden henseende. Det kan være lighed i grundlæggende friheder og civile rettigheder, lige muligheder for børnene ved livets start, lige muligheder i uddannelse eller lighed i sundhed senere i livet. For den konkrete politik er det afgørende, at det præciseres, i forhold til hvad kravet om lighed gælder, fordi kravet om lighed på ét område kan skabe uligheder på et andet.⁴⁸ Drejer det sig om lighed begrænset til frihedsrettigheder, kan konsekvensen være ulighed i indkomst og sundhed, mens hvis målet i stedet er lighed i indkomst eller sundhed, vil det blandt andet kræve begrænsninger i nogles frihed til at have fuld råderet over egen bruttoindkomst og formue, som det sker i samfund med et skattefinansieret velfærdssamfund, og i nogles frihed til at optræde hensynsløst i trafikken etc. Retfærdiggørelsen af ulighed på et område sker derfor ofte med henvisning til lighed på et andet område, der anses for vigtigere eller mere basalt ud fra en værdipolitisk betragtning.

Spørgsmålet er, hvilke uligheder der kan retfærdiggøres, når målet er lighed i sundhed, og om nogle aspekter af lighed i sundhed er vigtigere end andre? Er det lighed i, hvor meget mennesker udsættes for årsager til sygdom og skader, lighed i forekomst af sygdom og skader eller lighed i sygdommes konsekvenser som dødelighed, funktionsevne og livskvalitet vi skal gå efter? Lighed i eksponering for sygdomsårsager er kun vigtig, fordi det har konsekvenser for de næste to led i årsagskæden: eksponering for sygdomsårsag → sygdomsforekomst → sygdomskonsekvenser. Men fordelingen i ét led oversættes ikke uden videre som én til én fordeling i næste led. Det skyldes dels biologiske faktorer. Fx er effekten af smitteeksponering helt afhængig af, om individet har antistoffer fra vaccinationer eller tidligere infektioner. Effekten af rygning på hjerteinfarkt er fx også stærkere, hvis individet samtidig har højt blodtryk eller forhøjede blodfedtniveauer. Dels skyldes det strukturelle faktorer: Fx er den betydning et hjerteinfarkt har for arbejdsevnen afhængig af, hvilket arbejde man har, og hvilken adgang man har til behandling og rehabilitering (se afsnit 2.4).

Hvis det er uligheden i menneskers frihed til faktisk at leve det liv, de gerne vil, som er det centrale, så er det ulighed i konsekvenser af sygdom og skader, som er den afgørende udfordring. Årsagerne til denne ulighed kan så handle om ulighed i forekomst af årsagerne til, at man bliver syg, ulighed i sårbarheden for deres helbredseffekt og ulighed i de faktorer, som påvirker forløbet og konsekvenserne af sygdom og skade. Det indebærer med andre ord, at indsatserne mod uligheden handler om et bredt spektrum af determinanter og om både forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser.

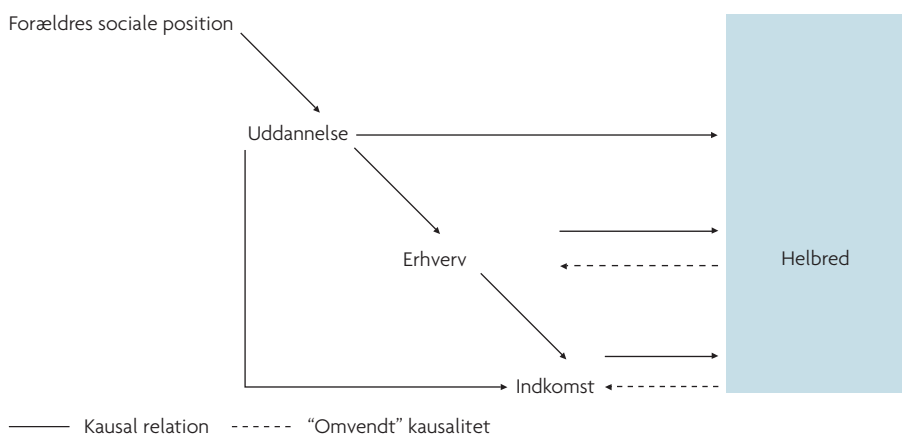
2.3 Ulighed mellem hvem?

Når vi taler om ulighed i samfundet, handler det ofte om indkomst og vi måler oftest graden af ulighed mellem *individer* i indkomstfordelingen som en Gini-koefficient (se tabel 1.1). Ulighed i sundhed mellem individer er ikke svær at få øje på og handler især om årsager og mekanismer, vi kun har begrænset viden om og kun med stor usikkerhed kan forudsige. Det er de systematiske uligheder mellem befolkningsgrupper opdelt efter socioøkonomiske kriterier, som er det etiske og politiske spørgsmål, blandt andet fordi de bliver stående i stort set uforandret form, selvom individerne i grupperne over tid skiftes ud.

Det er ikke givet, hvilken gruppeinddeling der er mest relevant i denne sammenhæng. Både socialgruppe, køn, etnicitet og geografi har stor sundhedspolitisk relevans. Vi vælger i lighed med WHO og udredningerne i England og Norge at fokusere på den sociale inddeling, fordi uligheder i de andre dimensioner i vid udstrækning er sekundær til den. Den geografiske ulighed i sundhed mellem bydele og landsdele er fx kun i meget begrænset udstrækning et resultat af fysiske forhold i geografien, men har at gøre med funktionen af arbejdsmarked og boligmarked. Etnisk ulighed er delvis betinget af uligheder i uddannelse og arbejdsliv, og kønsforskelle ligeså.

Vi vil også, som beskrevet i det følgende, fokusere analysen på *determinanter* for den sociale ulighed i sundhed, fordi afstanden i årsagskæder og tid mellem indsats og effekt er meget kortere, end hvis vi fokuserede på sygdomskonsekvenserne. De fleste af disse determinanter har relevans for både sociale, etniske og geografiske uligheder. Uligheder i de determinanter, som er knyttet til børnefattigdom og social arv, og det voksne individs situation på arbejdsmarkedet, boligforhold, sundhedsadfærd og visse biologiske risikofaktorer, har også stor betydning, ikke kun for forskelle mellem sociale grupper, men også for ulighed mellem mænd og kvinder, etniske grupper og geografiske områder. Økonomiske, kulturelle og geografiske determinanter i forhold til ulighed i adgang til sundhedsydelse har også relevans både for sociale, etniske og geografiske uligheder i konsekvenser af sygdom.

Figur 2.1 Social position og helbred – relevante årsagsrelationer



Kilde: Yngwe Åberg. Health Equity Studies no.5, 2005. Karolinska Institut.

Selvom vi afgrænser os til de sociale uligheder i sundhed opstår problemet, hvordan man skal måle individers sociale position. Set fra *samfundets perspektiv* hand-

ler kategoriseringen af sociale positioner mest om de uddannelseskrav og andet, som en bestemt position kræver, og den magt og prestige der er forbundet med positionen. Fra *individets perspektiv* handler det mere om egen uddannelse, arbejdsvilkår og indkomst. Samtidig findes der en type af kausale relationer, hvor uddannelse påvirker hvilket job (position) man kan få, og hvilken indkomst man opnår derved. Især de sidste to variable er dog også påvirket af individets helbred og arbejdsevne (se figur 2.1).

Uddannelse kan dog også for visse alvorlige tidligt debuterende sygdomme, som fx skizofreni og misbrug, være påvirket af sygdommen. Selvom selve associationen mellem fx indkomst og helbred er af interesse, er det i denne sammenhæng vigtigt at holde orden på årsagsrelationerne. Grunden hertil er, at det har betydning for indsatserne mod ulighed. Hvis fx dårlig økonomi er årsag til sygdom, handler indsatserne om at forebygge økonomisk stress, men er dårlig økonomi en konsekvens af sygdom, handler det om rehabiliterende indsatser for at komme tilbage i lønnet arbejde efter sygdom. Af den grund vil vi hovedsageligt beskrive ulighed i helbred og ulighed i de determinanter, som er sygdomsårsager efter uddannelsesniveau. Det skyldes, at vi da får resultater, som er mindre påvirkede af sygdomskonsekvenser, hvorfor tolkningsproblemerne så bliver mindst mulige. I beskrivelsen af de determinanter, som påvirker ulighed i sygdomskonsekvenser (afsnit 4.11-12), er det derimod særlig interessant at se på determinanterne, også i forhold til beskæftigelse og indkomst, som beskriver den syges situation efter sygdommens eller skadens opståen.

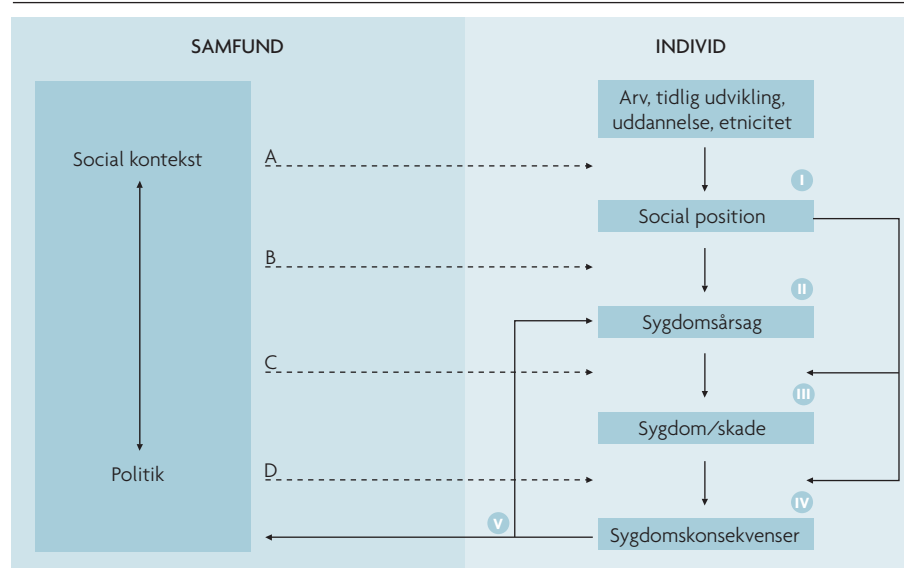
Gradient og udsatte grupper

For visse sygdomme, ikke mindst for alvorlige psykiske lidelser og misbrug, kan de sociale konsekvenser blive så alvorlige, at mennesker bliver socialt udsatte og udstødte både fra arbejdsmarked, boligmarked, familieliv og sociale forsikringsordninger. Vi taler da om en ulighed i sundhed som forskellen mellem en socialt udsat og meget syg gruppe og resten af befolkningen. Tilsvarende betegnes den association, vi har beskrevet ovenfor mellem individets sociale position og deres sygdomsrisiko, og som går tværs gennem hele befolkningen, som den sociale gradient i sundhed. Selvom både forskellen mellem socialt udsatte og resten af befolkningen og gradienten kan betegnes som udtryk for social ulighed i sundhed, er det vigtigt at holde dem konceptuelt adskilt, fordi årsagsmekanismer og dermed effektive indsatser er forskellige. Mens indsatser mod gradienten ofte handler om forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til de socialt skævt fordelte sygdomsårsager, handler indsatsen for de udsatte grupper også i høj grad om behandling og rehabilitering, ikke mindst af psykisk syge.

2.4 Determinanter for ulighed i sundhed – en model

Vi anvender en model⁴⁹ til forståelse af årsager til – og indsatser mod ulighed, som har været anvendt af blandt andet WHO og den engelske kommission.^{22;23} Den peger på fem centrale årsagsmekanismer bag social ulighed i sundhed (se I-V i figur 2.2). Til hver af dem findes en gruppe af indsatser A-D i figur 2.2. I det følgende gennemgås kort de fem mekanismer hver for sig, og der knyttes kommentarer til de relevante indsatser, samfundet kan sætte i værk.

Figur 2.2 Oversigt over væsentlige mekanismer (I-V) og tilhørende interventionspunkter (A-D) i forbindelse med social ulighed i sundhed



Kilde: Diderichsen et al. The Social Basis of Disparities in Health, OUP, 2001.⁴⁹

- I **Social stratificering:** Samfund skaber en række sociale positioner, som mennesker gennem uddannelse og på anden måde søger at opnå. I denne sociale stratificering spiller blandt andet uddannelse, arv, køn, alder, etnicitet og helbred en central rolle. Nogle mennesker oplever store vanskeligheder med at opnå eller opretholde en sådan position og bliver socialt ekskluderede. Børnenes opvækstforhold og tidlige udvikling, som er påvirket af de økonomiske, sociale og psykologiske forhold i familien, og senere af forhold i daginstitutioner og skoler, har stærk indflydelse på børnenes chancer i stratificeringsprocessen, og dermed på deres helbred senere i livet. Tidlige sociale eksponeringer kan påvirke individets liv blandt andet gennem deres effekt på personlighed og kognitiv udvikling. Nogle faktorer, som fx mangelfuld emotionel kontakt med forældre de første par leveår, kan også skabe en psykisk sårbarhed for helbredseffekten af senere kriser.

Der findes således en række *determinanter*, som knytter sig til børns tidlige udvikling, miljø og skolegang, som har helbredseffekter dels direkte, dels indirekte via individets senere sociale position. Det faktum, at vi her har at gøre med faktorer, som påvirker livsforløbet både socialt og medicinsk, illustrerer, at det er nødvendigt med et tydeligt livsløbsperspektiv i analyserne.

- II **Differentiel eksponering:** Afhængigt af voksne menneskers sociale position i samfundet er de i meget varierende grad udsat for en lang række risikofacto-

rer i deres arbejde, økonomiske forhold og dermed også boligforhold og fysiske miljø. Den individuelle baggrund har også stor betydning for sundhedsadfærd og en række biologiske risikofaktorer som blodtryk, blodfedt og overvægt etc. Alle disse specifikke sygdomsårsager er ofte socialt skævt fordelt (pil II). Man kan udtrykke det således, at denne type af determinanter medierer effekten af social position på helbred. Selvom figuren kun illustrerer én sådan medierende årsag, handler det i virkeligheden ofte om lange årsagskæder, hvor fx sociale determinanter i arbejdsorganisation eller sociale relationer virker gennem fysiologiske mekanismer, psykiske processer eller gennem sundhedsadfærd.

- III *Differentiel sårbarhed*: Sygdomsårsager har per definition en effekt på risikoen for at rammes af sygdom eller skade (pil III). Styrken i denne effekt er imidlertid ofte afhængig af tilstedeværelsen af andre risikofaktorer for den samme sygdom. Rygning har fx større absolut effekt på hjertesygdom, hvis man også har højt blodtryk. Man taler da om, at sygdomsårsager *interagerer* eller virker i *synergi*. I og med at lavere socialgrupper oftere er udsat for mange forskellige både fysiske, sociale og adfærdsmæssige sygdomsårsager, indebærer det, at effekten af en af de aktuelle årsager ofte vil være stærkere i lavere socialgrupper end i højere. Man taler derfor om, at de er mere *sårbare*. Differentiel sårbarhed handler således ikke nødvendigvis om andre determinanter end dem, som allerede er aktuelle under mekanismerne I og II, men om ophobning og interaktion mellem dem. Ikke mindst vil interaktionen mellem tidligere eksponeringer (I) og dem, som optræder senere i livet (II) være aktuel.
- IV *Differentiel sygdomskonsekvens*: Sygdomme og skader påvirker overlevelse, funktionsevne og livskvalitet, samt menneskers muligheder for at deltage i arbejdsliv og socialt liv i øvrigt (pil IV). Disse sygdomskonsekvenser påvirkes af individets sociale position, fordi social position kan påvirke adgang til behandling og rehabilitering og de krav i arbejdet og på andre områder, som er afgørende for individets mulighed for at vende tilbage til arbejdet trods nedsat funktionsevne. Der er således en tredje type af determinanter, som handler om økonomiske, kulturelle og andre hindringer i adgangen til behandling, i adgangen til arbejdsmarkedet trods nedsat funktionsevne, og i socialforsikringernes dækning af økonomiske tab i forbindelse med sygdom.
- V *Sygdomskonsekvenser for individ og samfund*. Endelig har de sociale konsekvenser af sygdom på individniveau betydning for sygdommens videre forløb og vil dermed ofte forstærke den sociale ulighed i helbred (pil V). På samfundsniveau har sygdomskonsekvenserne betydning for de økonomiske omkostninger af sygdom og for udbuddet af arbejdskraft. De mange mennesker i arbejdsfør alder, som i dag står uden for arbejdsstyrken (se 4.12), har i varierende grad dårligt helbred og nedsat arbejdsevne. Ikke mindst for dem, som har alvorlig psykisk sygdom og misbrug, kan de sociale konsekvenser af sygdom blive så alvorlige, at det leder til, at de blive socialt meget udsatte og isolerede (se 4.6).

Den struktur, som illustreres i figur 2.2, bruges i kapitel 4 til at strukturere gennemgangen af ulighedens determinanter. Modellen i figur 2.2. illustrerer, at der er tre typer af determinanter for social ulighed i sundhed, som delvis knytter sig til forskellige livsfaser:

- i. Determinanter som er knyttet til børns tidlige udvikling og uddannelsesforløb, og som påvirker deres senere sociale position og dermed helbred, og som for nogles vedkommende også har direkte helbredseffekter senere i livet
- ii. Determinanter som er påvirket af individets sociale position dvs. sygdomsårsager i miljø, arbejde, bolig og sundhedsadfærd, som på den måde medierer effekten af social position på risiko for sygdom og skader.
- iii. Determinanter som påvirker konsekvenser af sygdom, skader og aldring i form af overlevelse, funktionsevne, livskvalitet og beskæftigelse.

3. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED – OMFANG OG UDVIKLING

*No data – no problem.
No problem – no action.*

M. Marmot

3.1 At måle ulighed i sundhed

Når man skal måle omfanget af den sociale ulighed i sundhed og afgøre, om den ændrer sig, eller om den er større i Danmark end i andre lande, er der tre principielt vigtige spørgsmål der skal tages stilling til ⁵⁰:

I: Skal uligheden måles i absolutte termer (som en differens mellem grupper) eller i relative termer (som forholdet mellem grupper)? Fx i den ikke usædvanlige situation, hvor sygdomsrisiko bliver mindre i alle socialgrupper, men hvor risikoen falder procentuelt lige meget i alle grupper, kan man få en situation, hvor den absolutte ulighed mindskes, mens den relative er uforandret.⁵¹ Taler vi da om et voksende sundhedspolitisk problem eller det modsatte? På samme måde finder man ikke sjældent, at uligheden i relative termer er større i lande med totalt set lav dødelighed (som fx Sverige), mens den er lavere i lande med højere gennemsnitlig dødelighed (som fx Danmark). Skal man da konkludere, at Sveriges sundhedspolitik lykkes mere eller mindre godt med at reducere den sociale ulighed?

II: Skal man kun sammenligne de mest kontrasterende grupper i befolkningen (fx de med den længste og korteste uddannelse), eller skal alle grupper derimellem tages med, og skal man tage hensyn til gruppernes størrelse? Spiller det nogen rolle for vores vurdering af udviklingen, om den gruppe, som slæber efter i dødelighedsudviklingen, bliver gradvis mindre? Det gælder fx dem med kort uddannelse, der gradvis bliver en mindre og mindre gruppe. Det påvirker problemets størrelsesorden, hvis grupperne ændrer størrelse. Absolutte mål som *Slope-index of inequality (SII)* – se fx tabel 1.1) og relative mål som *Concentration Index (CI)* tager hensyn til alle grupperne og deres størrelse. En anden måde at justere for dette ses i figur 1.1 og figur 3.3, hvor fire lige store grupper (kvartiler) sammenlignes over tid. Reelt betyder det, at man over tid flytter grænserne mellem de fire uddannelses- eller indkomstkvarterer.

III: Hvilken gruppe skal være den ”sunde” referencegruppe? Hvis vi har en situation, hvor dødeligheden falder med stigende uddannelsesniveau helt op til phd.-niveau, skal vi da sammenligne alle de andre grupper med dem, som har fået en phd.-grad? I så fald får vi en meget lille referencegruppe og dermed stor usikkerhed i beregningerne. Eller skal vi vælge en større gruppe af alle med en videregående uddannelse, og dermed måske få mindre kontrast mellem grupperne? Et mål som *Population attributable fraction (PAF)* kan beregnes i både absolutte og relative termer, der tager hensyn til alle grupper og deres størrelse, men er meget følsomt for valg af referencegruppe. SII og CI er mindre følsomme for valg af referencegruppe. Forklaringen på disse mål og andre epidemiologiske begreber, som anvendes i denne rapport, findes i ordforklaringen (appendix B).

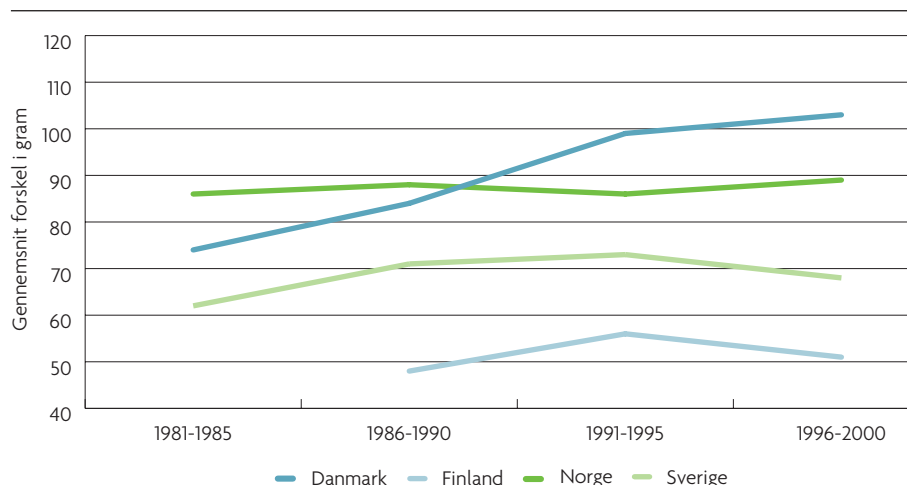
3.2 Omfang af og udvikling i sundhedsforskellene

I dette afsnit beskrives uligheden i sundhed i Danmark med hjælp af forskellige helbredsmål. Redegørelsen baseres udelukkende på epidemiologiske data og analyser og indeholder både absolutte og relative mål.

3.2.1 Spædbarnsdødelighed og fødselsvægt

Allerede ved livets start findes der store sociale forskelle i helbred. Spædbarnsdødeligheden er således dobbelt så høj blandt børn født af mødre med højst 10 års uddannelse som blandt børn af mødre med over 12 års uddannelse.⁵² Børn af mødre med kort uddannelse har lavere fødselsvægt end børn af mødre med mellemlang eller lang uddannelse, selv efter der er taget hensyn til svangerskabets varighed (figur 3.1). I perioden 1981-2000 steg forskellen i gennemsnitlig fødselsvægt i Danmark fra 74 gram til 103 gram, mens den sociale ulighed i fødselsvægt i Finland, Norge og Sverige var nogenlunde konstant. Uligheden blev dermed størst i Danmark i 2000.⁵³

Figur 3.1 Forskel i fødselsvægt mellem børn til mødre med kort uddannelse sammenlignet med mellemlang og lang uddannelse 1981-2000 i de nordiske lande



Kilde: Mortensen et al. JECH, 2009;23:66-75.⁵³

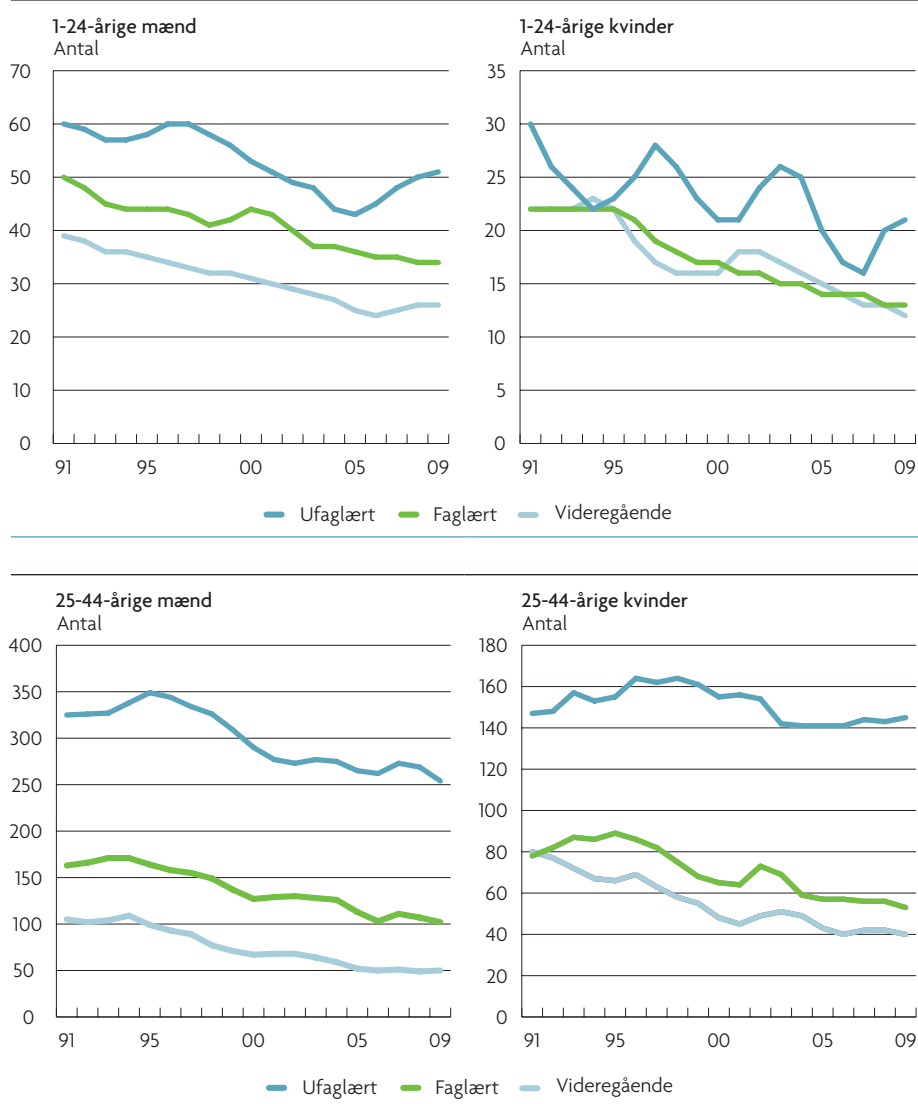
I perioden 1980-2000 havde kvinder med under 10 års uddannelse en omtrent dobbelt så stor risiko for at føde for tidligt sammenlignet med kvinder med mere end 12 års uddannelse, og tendensen over tid gik imod større relativ ulighed, specielt i forhold til for tidlig fødsel. Denne trend kunne ikke genfindes i de øvrige nordiske lande, der alle havde en mindre og let faldende social ulighed i for tidlig fødsel.⁵⁴

3.2.2 Dødelighed

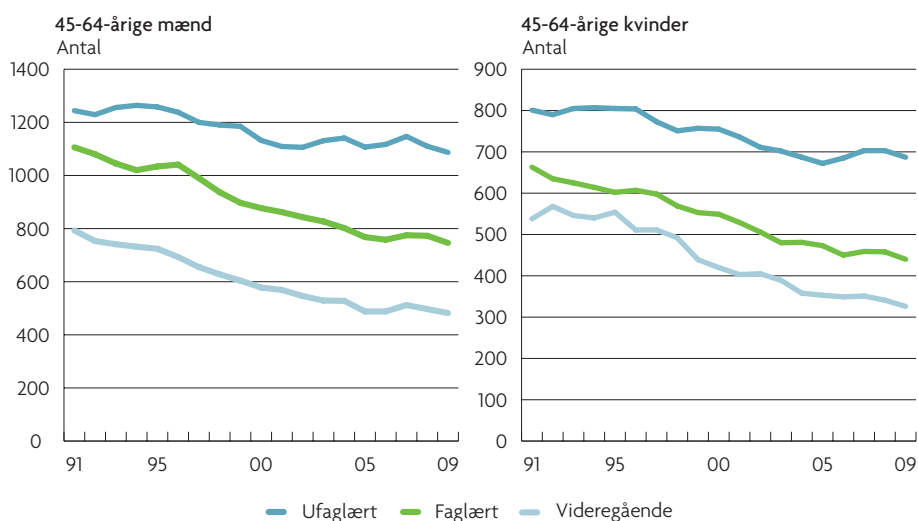
Når figur 1.1 viste, at ulighed i middelevetid vokser, kan det skyldes, at uligheden i dødelighed vokser samtidig i flere aldersgrupper, eller at forandringen særlig rammer én aldersgruppe og nogle få fødselsårgange. Graferne i figur 3.2 viser den beregnede dødeligheden fra 1991-2009 for mænd og kvinder i 3 aldersgrupper 1-24 år, 25-44 år og 45-64 år. Ældre er ikke taget med, da registerdata om uddannelse her er mere usikre.

Der ses en generelt faldende tendens til dødelighed i alle grupper i særdeleshed i 1990'erne. Der er derefter tegn på en vis stagnation i dødeligheden blandt ufaglærte mænd og kvinder i alle tre aldersgrupper i 2000-tallet, mens dødeligheden fortsætter med at falde i grupper med længere uddannelse. Det er baggrunden for den fortsatte stigning af ulighed i dødelighed, som figur 1.1 viste. Men i modsætning til tallene i figur 1.1, hvor uddannelseskvarterer for hvert år fremgik, forandres de tre uddannelsesgruppers størrelse over tid i figur 3.2, fordi der bliver færre ufaglærte og flere med videregående uddannelse.

Figur 3.2 Dødelighed (per 100.000) for aldersgrupperne 1-24, 25-44 og 45-64 år i perioden 1991-2009 efter højeste fuldførte uddannelsesniveau (for aldersgruppen 1-24 år efter forældrenes uddannelse). Aldersstandardiseret



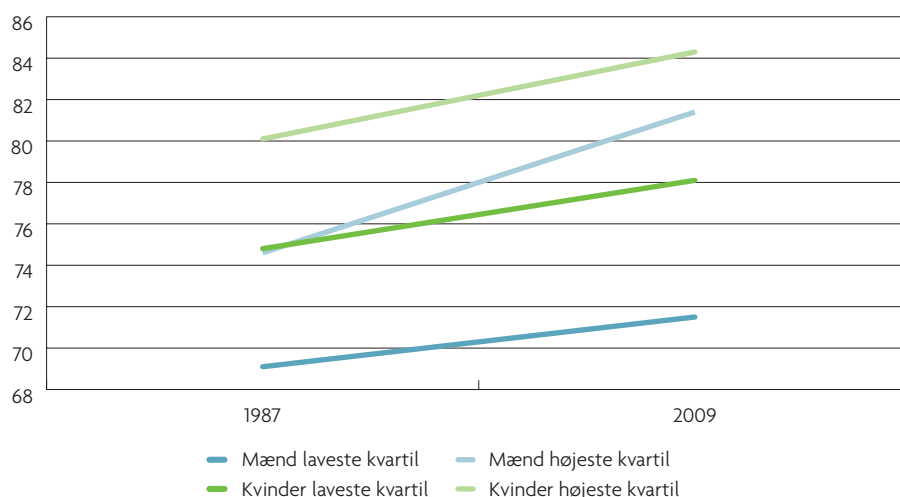
Figur 3.2 fortsat



Kilde AE-rådet på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Mens uddannelse er en relativt konstant egenskab over livsløbet, ændres indkomsten blandt andet som følge af forandringer i beskæftigelse, som ofte vil være betinget af sygdom. Hvis man for hvert alderstrin beregner associationen mellem indkomst og dødelighed, og derefter regner det sammen til middellevetid, er det derfor ikke overraskende, at indkomsten har en stærkere association med dødeligheden, end uddannelsen har. Hvad der måske er mere overraskende i figur 3.3 er, at denne association forstærkes så kraftigt med tiden – særligt for mændene. *Forskellen i middellevetid mellem højeste og laveste indkomstkvarartil stiger fra 5,5 år til 9,9 for mænd og fra 5,3 til 6,2 år for kvinder.*

Figur 3.3 Middellevetid (år) i højeste og laveste indkomstkvarartil 1987 og 2009



Kilde: AE-rådet på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

3.2.3 Forventede leveår med godt og dårligt helbred

Hvis man kombinerer dødeligheden med den sociale ulighed i selv vurderet helbred, finder man, at der er en markant forskel i forventede leveår med selv vurderet dårligt eller meget dårligt helbred, og at forskellen er voksende. I tabel 3.1 ser

man, at kort-uddannede ikke kun har færre leveår at se frem til, men at en lavere andel af disse leveår kan forventes at være med godt helbred. Fra 1994 til 2005 er restlevetiden øget for alle grupper, men særlig for højtuddannede mænd. Andelen af år med godt helbred har ikke ændret sig voldsomt i nogen af grupperne. Det er med andre ord år med godt helbred, som i alle grupper er blevet lagt til livet i denne periode.

Tabel 3.1 Ulighed i 30-åriges forventede restlevetid og den procentandel af restlevetiden som kan forventes at være med godt helbred. Danmark 1994/2005

Uddannelse:	Mænd			Kvinder		
	Lang	Mellem	Kort	Lang	Mellem	Kort
1994						
Restlevetid (år)	46,6	44,6	42,5	50,5	49,5	48,0
Andel år med godt helbred	86 %	76 %	72 %	80 %	73 %	60 %
2005						
Restlevetid (år)	49,3	47,1	44,4	52,7	51,5	49,5
Andel år med godt helbred	83 %	80 %	67 %	82 %	75 %	61 %

Kilde: Brønnum-Hansen. SJPH 2008;36:44-51.⁵⁵

3.2.4 Ulighed i sygdomskonsekvenser

Et sidste aspekt ved ulighed i sundhed, som skal belyses her, er, at jo alvorligere konsekvenser af sygdom, der studeres, jo større er den relative sociale ulighed. Tabel 3.1 viste, at personer med kort uddannelse får et kortere liv, og samtidig et liv med flere syge år. I tabel 3.2 ser vi, at sygdom desuden har alvorligere konsekvenser for de kort uddannede.

Tabel 3.2 Overrisiko i % for sygdomskonsekvenser for personer med kort uddannelse (<10 år) sammenlignet med dem som har lang (>12 års) uddannelse. Danmark 2005. Alders- og kønsstandardiserede tal

Langvarig sygdom	+38 %	Besøgt egen læge seneste (3 måneder)	+12 %
Langvarig hæmmende sygdom	+78 %	Bruger medicin regelmæssigt	+36 %
Varig aktivitetsbegrænsning pga. sygdom	+118 %	Besøgt praktiserende speciallæge (3 måneder)	-6 %
Ophørt med arbejde pga. sygdom	+178 %	Været til genoptræning (12 måneder)	+24 %

Kilde: SIF, SUSY database.

Forekomst af langvarig sygdom er 38 % større blandt dem med kort uddannelse, dvs. med under 10 års uddannelse, sammenlignet med dem som har over 12 års uddannelse. Ser vi på, om de har langvarig *hæmmende* sygdom, bliver forskellen 78 %, og for varig aktivitetsbegrænsning og arbejdsophør er forskellen 118 % respektive 178 %. Ovenstående tabel viser også, at fordelingen af kontakter til sundhedsvæsenet ikke svarer til det mønster, som forekomst og konsekvenser af langvarig sygdom udviser. Det ser umiddelbart ud, som om behovet for hjælp, her målt som selvrapporтерet sygdom og funktion, udviser meget større sociale forskelle, end hvad der findes i brugen af sundhedsydelse. Det antyder, at der kan findes sociale uligheder i brug af sundhedsvæsenet, som ikke svarer til behovene, og at arbejdsmarkedet kan være svært tilgængeligt for dem, som både er syge og kortuddannede (se afsnit 4.11-12).

3.2.5 De socialt udsattes helbred

Mens ovenstående figurer og tabeller illustrerer ulighed mellem store befolkningsgrupper opdelt efter uddannelse og indkomst, illustrerer nedenstående tabel 3.3 et kvalitativt anderledes fænomen, nemlig de *socialt udsattes* meget høje sygelighed. I hele befolkningen er andelen, som angiver aktivitetsbegrænsning pga. sygdom, 13,1 %, for de socialt udsatte er tallet 40-50 %. Forskellen efter uddannelse er en brøkdel af den, som findes mellem de udsatte grupper og resten af befolkningen.

Tabel 3.3 Andel (%) som inden for en 14-dages periode på grund af sygdom har været begrænset i at udføre sædvanlige daglige gøremål. Aldersstandardiseret

Udsatte grupper		Hele befolkningen efter uddannelse	
Alkoholmisbrugere	43,6	< 10 års uddannelse	17,2
Sindslidende	49,4		
Hjemløse	42,8	10-12 års uddannelse	14,2
Stofmisbrugere	45,1		
Fattige	52,5	> 12 års uddannelse	11,9

Kilde: SIF: SUSY-Udsat 2007 og for hele befolkningen efter uddannelse: SUSY 2005.

Anm. 'Fattige' er defineret som personer, der har angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd. SUSY 2005 bruges som sammenligningsgrundlag for baggrundsbefolkningen.

Et studie af 509 hjemløses dødelighed i København i 1990erne⁵⁶ dokumenterede en overdødelighed i aldersgruppen 25-44 år på 510 %. Af de hjemløse var 83 % psykisk syge eller misbrugere. Uligheden i sundhed mellem udsatte og den øvrige befolkning er altså således kvalitativt af en helt anden størrelsesorden, end den gradient vi illustrerede i de foregående tabeller, men vi taler da om relativt små grupper på nogle få procent af befolkningen.

3.2.6 Indvandreres helbred

Et aktuelt studie over dødeligheden blandt indvandrere i Danmark 2005-2009⁵⁷ viser, at blandt indvandrere fra nabolandene finder man en højere dødelighed end lokalbefolkningens, mens dødeligheden blandt indvandrere fra særlig ikke-vestlige lande er lavere end i Danmark (tabel 3.4). Var der justeret for de ikke-vestlige indvandreres lavere uddannelsesniveau og sociale position i det danske samfund, var forskellene formentlig endnu mere udtalte. Forklaringen er som nævnt formentlig både en positiv selektion blandt de immigranter, som kommer langvejs fra, og en anderledes livsstil med lavere tobaks- og alkoholforbrug, ikke mindst blandt kvinder. Danmarks Statistik vurderer i sin rapport, at den fejlkilde, der kan opstå ved at nogle flytter tilbage til hjemlandet og dør der, uden at det meddeles danske myndigheder, er ubetydelig.

Tabel 3.4 Relativ dødelighed blandt indvandrere i Danmark 200-2009 i aldersgruppen 25-89 år. Personer med dansk oprindelse = 100. Aldersstandardiseret

	Mænd	Kvinder
Danmark	100 (ref)	100 (ref)
Sverige	104	98
Norge	109	102
Ex-Jugoslavien	105	101
Tyrkiet	87	87
Pakistan	83	-
Alle ikke-vestlige lande	80	76
Alle vestlige lande	92	93

Kilde: Danmarks Statistik: Indvandrere i Danmark 2010.

Det er dog værd at bemærke, at mønstret i indvandreres sundhed er meget utydeligt både med hensyn til indvandreres oprindelse og bosætningsland. Fx har børn af mødre fra Pakistan, Somalia og Tyrkiet højere spædbarnsdødelighed end børn af danske mødre,⁵⁸ og denne overdødelighed kan langt fra forklares med henvisning til socioøkonomiske forhold. Når man ser på børn af tyrkiske mødre i Skandinavien, har det vist sig, at det kun er i Danmark, der er en neonatal overdødelighed, men ikke hvis de bor i Norge eller Sverige.⁵⁹ Et aktuelt studie over indlæggelse for hjerteinfarkt baseret på Landspatientregisteret har vist en kraftig oversygelighed blandt indvandrere med pakistansk og tyrkisk oprindelse på 132 % for kvinder respektive 74 % for mænd. Det stemmer ikke med det billede, den totale dødelighed indikerer. Når man justerer for beskæftigelse og indkomst reduceres denne oversygelighed til 95 % respektive 45 %, ⁶⁰ hvilket illustrerer, at en del af uligheden i sundhed efter fødselsland forklares af socioøkonomiske faktorer. Samlet må man dog foreløbig sige, at mønstret i og mekanismerne bag variationerne i indvandreres sygelighed og dødelighed i Danmark langt fra er udredte, og at de delvis ser ud til at forklares med henvisning til indvandreres mindre privilegerede socioøkonomiske situation, hvad angår uddannelse og indkomst. Nogle af disse variationer kan således helt eller delvist forklares ved hjælp af de determinanter, som gennemgås i denne rapport, men det er ikke undersøgt i nogen større udstrækning.

3.3 Hvilke sygdomme skaber den sociale ulighed i sygdomsbyrde?

Næste led i forståelsen af, hvad den sociale ulighed i sundhed beror på, er at se hvilke typer af sygdomme og skader, der skaber den sociale gradient i sundhed og de socialt udsatte meget dårlige helbred. Ikke kun dødeligheden, men også sygdomsbyrden er ulige socialt fordelt. Anvendes data over dødsårsager og selvrapporteret langvarig sygdom blandt dem, der deltager i de store Sundheds- og Sygeligheds undersøgelser⁶¹ finder man, at hjertekar-sygdomme står for godt 20 % og kræft for godt 10 % af uligheden i restlevetid mellem uddannelsesgrupper. Muskel-skelet-besvær står for over 70 % af uligheden, når den måles som år med langvarig begrænsende sygdom.⁶²

Anvendes i stedet WHO's beregninger over sygdomsbyrden i Danmark målt som leveår tabt i for tidlig død og langvarig begrænsede sygdom (DALYs), får vi et lidt anderledes billede (se tabel 3.5). Tabellen viser de 10 sygdomme, som bidrager mest til ulighed efter uddannelse i sygdomsbyrde. Sammenlagt står de for 85 % af uligheden. Bag de enkelte tal i denne tabel findes en lang række antagelser og usikkerheder, men der kan drages to konklusioner: Den ene er, at de ti sygdomme som her er nævnt, er dem, der dominerer billedet, selvom rækkefølgen kan være noget usikker. Den anden konklusion er, at det stort set er de samme sygdomme, der både dominerer sygdomsbyrden i hele befolkningen, dvs. gennemsnittet (højre kolonne) og uligheden (venstre kolonne), dvs. forskellen i sygdomsbyrde mellem den halvdel af befolkningen, der er kortest uddannet i forhold til den halvdel, der er længst uddannet.

Tabel 3.5 De ti sygdomme som bidrager mest til ulighed i sygdomsbyrde i Danmark. Differens i sygdomsbyrde målt som DALY per 1000 mellem de 50 % som har kortest og længst uddannelse

	Ulighed DALY per 1000	Gennemsnit DALY per 1000 (rangordning)
KOL	11,5	16,4 (2)
Hjertesygdom	10,9	17,5 (1)
Mb. Alzheimer (demens)	5,9	9,0 (5)
Lungekræft	3,5	9,5 (4)
Depression	3,3	7,0 (7)
Alkoholafhængighed	2,6	4,0 (12)
Hørenedsættelse	2,4	7,3 (6)
Diabetes	2,2	5,3 (9)
Levercirrose	1,7	3,5 (14)
Slagtilfælde	1,6	10,1 (3)
Alle diagnoser	54,5	192,8

Kilde: Beregninger efter WHO, Global Burden of Disease (GBD) 2009.

Kilde: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

DALYs beregnes som en sum af antal år tabt i for tidlig død og langvarig begrænsende sygdom. Dødeligheden beregnes som restlevetiden for hvert dødsfald og sygeligheden beregnes som antal nye sygdomstilfælde af hver diagnose multipliceret med varigheden og en funktionsvægt som går mellem 1 (død) og 0 (fuldt frisk). Alvorlig depression får fx vægten 0,7. (WHO 2006). WHO publicerer en standardversion af DALY, som inkluderer en aldersvægtning, hvor de

erhvervsaktive aldersgrupper vægtes højere end børn og ældre, og diskontering på 3 % per år. Ovenstående tabel er korrigeret, så aldersvægtning og diskontering ikke indgår. Den venstre kolonne viser differens mellem de 50 % i befolkningen som har kortest uddannelse, og de som har længst uddannelse. Højre kolonne viser sygdomsbyrden for befolkningsgennemsnittet.

I WHO's DALY beregninger baseres tallene på den medicinske epidemiologis viden om forekomst af forskellige sygdomme og deres konsekvenser i forhold til dødelighed og påvirkning af funktionsevne og livskvalitet. Her medregnes også de sygdomme, som er underrepræsenterede i befolkningsundersøgelser som SUSY, hvor fx psykisk syge deltager mindre ofte. Her ser man således at både demens, depression og alkoholmisbrug spiller en stor rolle, ved siden af rygelunger (KOL) og iskæmisk hjertesygdom, lungekræft mm.

For de socialt udsatte kan tabel 3.6 illustrere, hvilke sygdomme der i særlig grad er medvirkende til oversygelighed i denne gruppe. Tabellen viser den relative risiko for at blive indlagt på sygehus med forskellige typer af sygdomme, for mænd og kvinder som er blevet kontaktet på forskellige væresteder i Danmark, dvs. hovedsageligt hjemløse sammenlignet med den øvrige befolkning. Der er, som i tabel 3.3 tale om flere hundrede procents forskelle for infektioner og skader, og flere tusinde procents forskelle for risikoen for at være indlagt for psykiatriske lidelser og misbrug. Det illustrerer det forhold, som vi allerede pegede på i kapitel 2, at mens gradienten i stor udstrækning skabes af skæv ophobning af determinanter over livsløbet, skabes de socialt udsattes svære situation af en ond cirkel af sociale konsekvenser af, og årsager til (ofte psykisk) sygdom (se videre afsnit 4.6).

Tabel 3.6 Relativ risiko for sygehusindlæggelser 2007 baseret på registerdata for socialt udsatte grupper (kontaktet på 120 væresteder). Hele befolkningen = 1

	Mænd	Kvinder
Infektionssygdomme	6,7	12,4
Kræft	0,9	0,7
Psykiske lidelser	25,3	37,1
Skader	4,6	7,3
Alle diagnoser	2,5	1,8

Kilde: Juel, K. et al. Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. Rådet for Socialt Udsatte, 2010.

4. ULIGHEDENS DETERMINANTER

Kriterier for valg af determinanter

Sundhedspolitikken kan sjældent ændre på et voksents sociale position i samfundet, men den kan gribe ind i nogle af de mekanismer, som skaber social ulighed i sundhed. Flere påvirkelige determinanter tidligt i livet har *effekt på den sociale position*, som individet opnår som voksen, andre er sygdomsårsager som *påvirkes af den sociale position* som voksen, eller som *påvirker effekten af social position*.

Som det fremgik af redegørelsen for de grundlæggende årsagsmekanismer i kapitel 2 og figur 2.2 kan man tale om tre grupper af determinanter som driver uligheden i sundhed.

- i. Determinanter som er knyttet til børns tidlige udvikling og uddannelsesforløb, og som påvirker deres senere sociale position og dermed helbred, og som for nogles vedkommende også har direkte helbredseffekter senere i livet.
- ii. Determinanter som er påvirket af individets sociale position dvs. sygdomsårsager i miljø, arbejde, bolig og sundhedsadfærd, som på den måde medierer effekten af social position på risiko for sygdom og skader.
- iii. Determinanter som påvirker konsekvenser af sygdom, skader og aldring i form af overlevelse, funktionsevne, livskvalitet og beskæftigelse.

Den valgte model (figur 2.2) for prioritering af determinanter ligger tæt på den model, som er blevet brugt af WHO og i det engelske review og den norske udredning. Fire kriterier har været styrende for valget af determinanter:

- At de har (eller forventes at få) en betydelig effekt på sygdomsbyrden i den danske befolkning.
- At forekomsten eller effekten er socialt skævt fordelt.
- At de kan påvirkes med nationale, regionale eller lokale politikker og indsatser.
- At de kan monitoreres med en eller flere valide indikatorer (se appendiks A).

De følgende afsnit vil formidle den viden, der udgør det faglige grundlag for en effektiv sundhedspolitik i forhold til at reducere ulighed i sundhed. Det drejer sig om:

- Viden om determinanternes *effekt på helbred* og om bagvedliggende årsager til determinanterne og deres fordeling i befolkningen. Det handler i stor udstrækning om medicinsk, epidemiologisk og samfundsvidenskabelig viden indsamlet med kvantitative metoder.
- Viden om *effektive indsatser* med hvilke man kan påvirke determinanternes forekomst, og viden om evt. differentiell effekt, for at sige noget om forventet effekt på fordelingen af determinanter. I en medicinsk kontekst vil det være rimeligt at forvente viden baseret på kontrollerede og randomiserede studier. For mange af de aktuelle determinanter, som fx vedrører arbejdsliv, socialpolitik, skole, findes denne type af viden ikke – blandt andet fordi den sjældent har været efterspurgt. Fx har man i arbejdsmiljøarbejdet ofte fundet, at god epidemiologisk evidens var tilstrækkelig til at lovgive om grænseværdier mm. Forslag til indsatser baserer sig også i denne rapport i stor udstrækning på sådan observationel evidens. Selv i de tilfælde, hvor vi ved noget om effekt baseret på eksperimentel evidens, ved vi sjældent noget om differentiell effekt. Vi er da ofte nødt til at antage, at effekten er den samme på tværs af sociale grupper.
- Den sidste type af viden handler om de *kontekstuelle forudsætninger for implementering*. Her ligger en begrænsning i, at det er meget kontekstafhængig

viden, dvs. at erfaringer fra andre lande som fx England eller Sverige, som har arbejdet med spørgsmålet i mange år, ikke uden videre er relevante. Der savnes i høj grad dansk forskning på området.

Effektive indsatser

Når man skal vurdere en indsats' potentielle effekt på ulighed i sundhed vil det, uanset om vi taler om forebyggende, behandlede eller rehabiliterende indsatser, være vigtigt at skelne mellem tre aspekter af ulighed i indsatsen:

- differentiell sårbarhed
- differentiell effekt
- differentiell implementering

I dette kapitel bliver der peget på situationer, hvor man i forskningen har konstateret, at der er en større (absolut) effekt af en sygdomsårsag i mindre privilegerede befolkningsgrupper, fordi de også er eksponerede for andre interagerende årsager. Det betyder, at en given reduktion af eksponeringen får større effekt i de mindre privilegerede grupper – vi taler da om *differentiell sårbarhed* (se 2.4).

I det følgende gives flere eksempler på, at der ofte mangler viden om effekten af en given indsats på forskellige socioøkonomiske grupper, men at der ofte ved strukturelle virkemidler (se tabellen nedenfor) får en større effekt på de mest eksponerede, mens der ved brug af andre mere individuelle virkemidler får det modsatte mønster med større effekt blandt veluddannede – vi taler om *differentiell effekt*.

Strukturelle virkemidler	Individuelle virkemidler
Økonomiske (afgifter, indkomspolitik)	Pædagogiske (kampagner, rådgivning)
Juridiske (arbejds miljølovgivning, barsel)	Psykologiske (rygestopkurser, kriseterapi)
Fysiske (cykelstier, teknologi på arbejdspladsen),	Biologiske (vaccination)
Sociale (arbejdsorganisation, daginstitution)	Farmakologiske (blodtryksbehandling)
	Kirurgiske (fjernelse af forstadier til kræft)

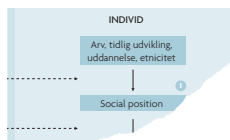
Endelig er forudsætningerne for at implementere strukturelle tiltag meget forskellige afhængigt af lokalsamfundets politiske, sociale og økonomiske ressourcer. Mulighederne for at nå forskellige grupper med effektive tilbud og ydelser kan være meget varierende (se afsnit 4.9) og deres *compliance* med indsatsen ligeså – vi taler om *differentiell implementering*.

For de mange indsatser, hvor der ikke er eksperimentel viden om differentiell effekt, vil det i lighed med de internationale reviews blive antaget, at strukturelle virkemidler ikke har svagere effekt på mindre ressourcestærke personer. Der er større usikkerhed om dette også kan antages for individuelle indsatser. I de tilfælde, hvor særligt effektive indsatser gør brug af individuelle virkemidler, vil der blive lagt vægt på, at ydelser og tilbud sker i forbindelse med en proaktiv og opøgende indsats.

12 determinanter for social ulighed i sundhed

- i. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred
 1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
 2. Skolegang – uafsluttet skolegang
 3. Segregering og socialt nærmiljø
- ii. Sygdomsårsager som påvirkes af social position:
 4. Indkomst – fattigdom
 5. Langvarig arbejdsløshed
 6. Social udsathed
 7. Fysisk miljø – partikler og ulykker
 8. Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial
 9. Sundhedsadfærd
 10. Tidlig nedsættelse af funktionsevne
- iii. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser
 11. Sundhedsvæsenets rolle
 12. Det ekskluderende arbejdsmarked

I. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred



Allerede i kapitel 1 blev peget på det forhold, at eksponeringer over hele livsløbet kan påvirke helbred i voksenalder. I dette afsnit ses på tidlige determinanter, hvis sundhedseffekter i høj grad går via deres effekt på social position, men hvor en del af helbredspåvirkningen også sker direkte, således at faktorer i barndom og ungdom har betydning for individets helbred som voksen uanset social position. I forhold til figur 2.2, handler det således om mekanisme I, og interventionspunktet som svarer til pilen A.

De udvalgte determinanter drejer sig om børns tidlige udvikling (afsnit 4.1), uafsluttet skolegang (afsnit 4.2), og boligsegregation (afsnit 4.3). For hver determinant beskrives i det følgende: effekten på social position, effekten på helbred, årsagsmekanismer og indsatsområder.

4.1 Børns tidlige udvikling

Med børns tidlige udvikling henvises til den kognitive, sproglige, sociale og emotionelle udvikling frem til 6-8-års alderen. Forskning fra meget forskellige discipliner som adfærdsgenetik, neurobiologi, socialepidemiologi og psykologi har de seneste år øget vores forståelse for, at udviklingen i barnets tidlige leveår lægger grunden til individets fysiske, psykiske og kognitive kompetencer resten af livet.⁶³ Den tidlige udvikling er således en afgørende determinant for sociale og sundhedsmæssige forhold senere i livet. Faktorer helt tilbage i *fosterstadiet* kan lede til nedsat fostervækst (også kendt som intrauterin væksthæmning), for tidlig fødsel og medfødte misdannelser, der, som vi skal se i det følgende, påvirker risikoen for senere negative helbredskonsekvenser. Efter fødslen har det fysiske nærmiljø, emotionel tilknytning og social interaktion, og den sproglige og kognitive stimulering stor betydning for barnets videre udvikling og skolegang samt dertil associerede opnåelse af social position i samfundet. Særligt spiller omsorg, stimulering, støtte og tilknytning i løbet af de første 18 måneder en stor rolle. Disse faktorer influerer selve nervebanernes udvikling i hjernen⁶⁴ og dermed barnets kognitive, sociale, og adfærdsmæssige evner.⁶⁵ Når der er store sociale forskelle i forekomsten af disse tilstande, har vi allerede lagt et vigtigt kim til såvel sociale forskelle i sygelighed senere i livet, og til det man kalder social arv, eller mere præcist: chanceulighed.⁶⁶

4.1.1 Effekter af den tidlige udvikling på helbred

Faktorer i den tidlige udvikling påvirker både fysiske og psykiske helbredsindikatorer og lægger an til tilegnelsen af god eller dårlig sundhedsadfærd. De helt tidlige determinanter så som nedsat fostervækst og for tidlig fødsel forekommer i langt højere grad blandt børn af mødre med kort uddannelse og lav socioøkonomisk position.^{67;68}

Disse faktorer har en stor betydning, idet de prædisponerer for hæmmet udvikling, ADHD og cerebral parese (hjernelæsioner i forbindelse med fødsel/spastisk lammelse), og senere i livet for forhøjet blodtryk, insulinresistens og iskæmisk hjertesygdom. I særdeleshed ses effekten på de kroniske sygdomme blandt dem, som i løbet af ungdom og voksenliv bliver overvægtige.⁶⁹⁻⁷¹

Udover determinanterne i fostertilstanden, har mange studier vist en effekt af forældres sociale position tidligt i børnenes liv og et meget bredt spektrum af somatiske og psykiske helbredsproblemer senere i livet. I barndommen er der allerede nogle tegn på sociale forskelle i sygdomsforekomst og trivsel, selvom forskellene kun på få parametre er markante og statistisk signifikante.⁷² Dette gælder fx for overvægt og børns ulykker i hjemmet. Ulykkesregistret for 1998-2003 viser, at børn under 15 år af kortuddannede mødre havde ca. 54 % større risiko for skadestuekontakt i forbindelse med hjemmeulykker end børn af mødre med videregående uddannelse.⁷³ For forgiftninger steg overrisikoen til 91 %. Fra ca. 10-års alderen, når børnene begynder at færdes i trafikken, stiger antallet af trafikulykker, og her er uligheden særlig stor for knallertulykker, hvor der er 3,6 gange så stor risiko for børn af kortuddannede mødre.^{74;75} Også selvvrurderet fysisk og psykisk helbred blandt børn og unge hænger sammen med forældrenes sociale position, således at der er en social gradient, hvor børn af mødre med kort uddannelse og børn af forældre på overførselsindkomst har det værst.⁷⁶

Der er evidens for sammenhængen mellem forældres sociale ressourcer og børns helbredsproblemer som voksne. Der er konsistent sammenhæng for alt fra tidlig død over fysisk funktionsnedsættelse, hjertekarsygdom, psykiske lidelser, lungefunktion, selvvrurderet helbred til risikoadfærd. Det er i særdeleshed dokumenteret i britiske studier,⁷⁷⁻⁸² men sammenhængen findes også i nordiske undersøgelser.⁸³⁻⁸⁷

For nogle sygdomme som fx cerebrovaskulær sygdom (sygdomme i hjernens kar) er effekten af forældrenes sociale position uafhængig af social position senere i livet. Men for mange andre sygdomme og funktioner virker forældrenes sociale position på helbredsproblemer for en stor del via den sociale position, som barnet opnår senere som voksen.

I den danske fødselskohorte *Bedre Sundhed for Mor og Barn* er sammenhængene mellem forældres erhvervsstatus og enkelte helbredsrelaterede faktorer i barndommen blevet undersøgt. For to væsentlige indikatorer for senere helbred, nemlig taleudvikling (der er tæt forbundet med og en nødvendig forudsætning for kognitiv udvikling), og overvægt i 7-års alderen (der er en stærk risikofaktor for senere overvægt og dermed dårligt helbred) var der en klar tendens til flere problemer blandt børn, hvis mødre havde en lav erhvervsstatus.

Tabel 4.1.1 Forekomst (procent) af dårlig kognitiv udvikling og overvægt blandt 7-årige fordelt på mors erhvervsstatus

	Sen tale-udvikling	Overvægt (7år)
Højere funktionærer	8,4 %	6,7 %
Lavere funktionærer	9,0 %	8,0 %
Faglærte	10,0 %	10,5 %
Ufaglærte	11,3 %	12,6 %
Uden for erhverv	15,6 %	11,9 %
Studerende	8,5 %	3,9 %

Kilde: Upublicerede data fra *Bedre sundhed for mor og barn*, analyseret og stillet til rådighed af Mads Kamper-Jørgensen og Anne-Marie Nybo Andersen, IFSV.

Selvom der findes en gradient af effekter af forældrenes sociale position målt med uddannelse eller indkomst, har fattigdom og psykisk sygdom hos moderen en særlig udtalt effekt. Effekten er stærkere jo tidligere barnet udsættes for den.⁸⁸

Desuden ses der en stærk helbredseffekt blandt børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer. En forløbsundersøgelse viste, at børn i familier, hvor moderen har en alkoholrelateret diagnose, har dobbelt så stor risiko for dødelighed ved 27-års alderen, som andre jævnaldrende, tre gange så stor risiko for indlæggelse på psykiatrisk afdeling, og tre gange så stor risiko for at blive anbragt uden for hjemmet.⁸⁹

Studier fra Sverige har desuden vist, at børnefattigdom er relateret til senere risiko for selvmord, og at det udover økonomisk fattigdom også gælder emotionel og social fattigdom.⁹⁰ Ligeledes er vanrøgt i barndommen en risikofaktor for lavt selvværd og dårlig sundhedsadfærd (herunder seksuel risikoadfærd) samt for depression og stress-udvikling senere i livet.^{91;92}

4.1.2 Effekt på senere social position

En lang række udenlandske studier har vist, at barnets tidlige kognitive og sociale udvikling inden skolealderen har stor indflydelse på, hvordan barnet klarer sig i skolen, i videregående uddannelse og senere i arbejdslivet.⁹³ Trods en relativ høj social mobilitet i Danmark i forhold til mange andre lande, har vi stadig en udpræget ulighed i børns chancer, dvs. i det som undertiden kaldes social arv.^{94;95} Kulturel ulighed drejer sig om forskelle i viden, uddannelse og adgang til information. Det drejer sig også om at vide, hvordan man skal opføre sig i en konkret social situation og hænger derved sammen med sociale kompetencer.⁹⁵

Udover dårligere sproglig udvikling kan børn have problemer med den ikke-sproglige kommunikation og social adfærd. Børneforløbsundersøgelsen fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (tidligere Socialforskningsinstituttet, SFI) viser tydeligt, at børn med ressourcetsvage forældre har flere problemer i løbet af deres tidlige udvikling end børn fra ressourcestærke familier, og at dette også fører til problemer under indskoling⁹⁴ og senere i løbet af skoletiden i form af faglige problemer, konflikter, tale- og sprogproblemer, koncentrationsproblemer og psykiske problemer.^{96;97} Samtidig har engelske studier vist, at indikatorer på kognitiv funktion i de helt tidlige år determinerer skoleresultater og senere sociale markører i 30-årsalderen.⁹⁸

4.1.3 Determinanter for børns tidlige udvikling

En række faktorer påvirker allerede barnet i fostertilstanden og øger risikoen for nedsat fostervækst og for tidlig fødsel. Udover genetiske, biologiske og obstetriske risikofaktorer hos moderen, er det socialt skævt fordelte risikofaktorer som fx rygning,⁹⁹ alkohol og stofmisbrug, jernmangel,¹⁰⁰ fysisk inaktivitet,¹⁰¹ infektioner,¹⁰² diabetes mellitus, og forhøjet blodtryk.¹⁰³

Efter fødslen er det, som nævnt, især det fysiske nærmiljø i familien, der påvirker barnets udvikling, og det er altså i særdeleshed forældrenes lydhørhed overfor barnet, respons, beskyttelse, støtte, engagement og stimulering (dvs. deres 'parenting style').⁶⁵ Den kognitive udvikling er afhængig af både genetiske og biologiske faktorer ved barnet selv og af familiens socioøkonomiske position.¹⁰⁴ Mens effekten af social baggrund på kognitiv udvikling forstærkes successivt i løbet af barndom og ungdom, har den dog vist sig svagere hos børn, hvis forældre engagerer sig i deres skolearbejde, læser højt for dem etc.¹⁰⁵ Den kognitive stimulering er altså af stor betydning. Kompetencer bygger på tidligere erhvervede kompetencer, og hvis de allertidligste grundlæggende kompetencer ikke opbygges tilstrækkeligt, vil det være sværere for barnet at bygge videre derpå og klare sig godt i daginstitutioner og senere gennem skolesystemet.

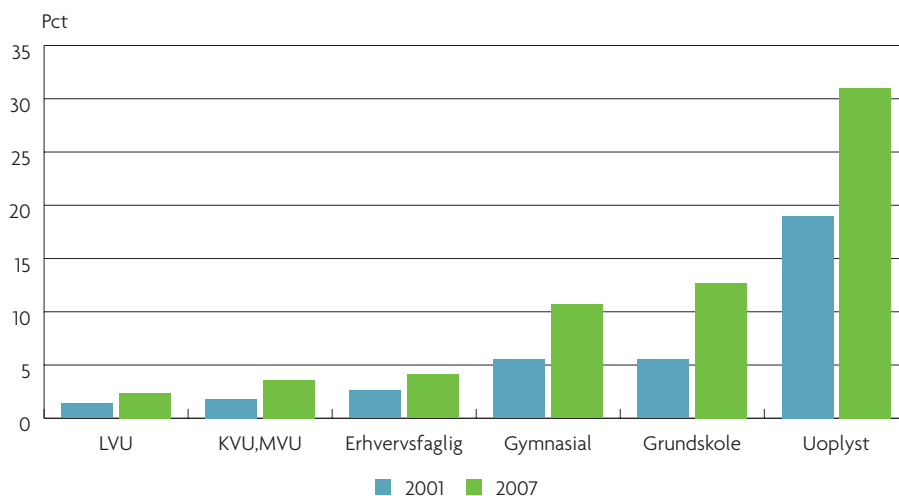
Daginstitutioner (og senere skoler) har også en selvstændig stor betydning, fordi børnenes adgang til et udviklende pædagogisk miljø til en vis grad kan kompensere for manglende stimulering i hjemmet. Det er dog påvist, at en mindre gruppe børn er udsat for så store belastninger i hjemmet, at det er svært at kompensere herfor. Mest udsatte er børn af forældre med psykiske lidelser, som også er i højere risiko for at være udsat for fysisk afstraffelse.¹⁰⁶

For børn og unge som vokser op i familier med alkoholproblemer, viser både udenlandske og danske undersøgelser, at det har mærkbare konsekvenser ikke blot i opvækstårene, men også senere i deres voksenliv. En barndom med misbrugende forældre er en af de centrale risikofaktorer i børns opvækst. Undersøgelserne peger på, at det giver øget risiko for alvorlige traumer i barndommen, for omsorgssvigt, for udvikling af psykisk sygdom eller eget misbrug og for ikke at få en uddannelse eller arbejde. Alkoholproblemer hos en af forældrene kan påvirke chanceuligheden for barnet på mange områder. På baggrund af årtiers lange forløbsstudier, konkluderer Werner og Smith,¹⁰⁷ at forældres alkoholisme er en af de største belastninger i et barns liv, når det kommer i kombination med blandt andet disharmoni i familien.¹⁰⁸

Udover opvækstbetingelserne i familien, påvirker kontekstuelle karakteristika ved nærområdet (lokalsamfundet) også barnets udvikling (se videre afsnit 4.3). Flere af stressorerne er formentlig de samme for børn som for voksne. Disse kan påvirkes ved fx høj kriminalitet, stærkt trafikerede veje, etc. eller gennem skole, politi, offentlig service, eller gennem de fysiske forhold til fritidsaktiviteter, social interaktion, og samfundets sammenhængskraft.⁶⁵ Disse aspekter kan såvel som familiens base indvirke på barnets følelse af tryghed, dets mod til at engagere sig, udforske og indgå i det omkringliggende miljø.

Den økonomiske, sociale og kulturelle fattigdom i barndommen fører sandsynligvis til en akkumuleret risiko-eksponering hos dårligt stillede børn og unge.¹⁰⁹ Børnefattigdom (se i øvrigt afsnit 4.4 for mere om fattigdom generelt) ses primært i familier, hvor forældrene har kort eller uoplyst uddannelse, som det fremgår af figur 4.1.1. Uoplyst uddannelse gælder ofte indvandrere.

Figur 4.1.1 Børnefattigdom (% af 0-6 årige børn) efter forældrenes højest fuldførte uddannelse 2007

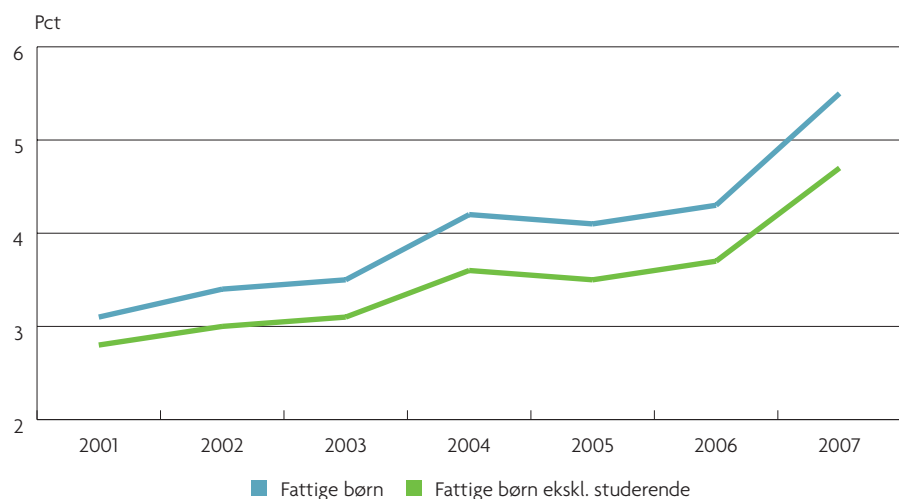


Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af Finansministeriets Lovmodelregister.
Anm: Som fattigdomsgrænse er anvendt 50 % af medianindkomsten. Børn med forældre der er studerende er dog ikke medregnet som fattige.

En af de faktorer, der har stor effekt på børns tidlige udvikling og senere social position er børnefattigdom. Mangel på nødvendige ressourcer til mad, tøj, bolig, sundhed eller hjælpemidler til skolen, giver børn svækkede forudsætninger for at klare sig helbreds- og uddannelsesmæssigt. Hvis forældrene ikke har råd, kan det være vanskeligt at deltage i de samme aktiviteter som kammeraterne. Det kan også være sværere at holde sig fri af risikoadfærd.

Som det fremgår af figur 4.1.2 levede 3,1 % af alle børn i fattigdom i 2001. Fraregnes familier, hvor mindst én af forældrene er studerende, er andelen af fattige børn steget fra 2,8 % i 2001 til 4,7 % i 2007. Børnefattigdom forekommer især blandt de 0-7-årige børn, og blandt børn, der bor med en enlig mor.¹¹⁰

Figur 4.1.2 Andelen af børn som i 2001-2007 vokser op i fattigdom dvs. at forældrene har en indkomst under 50 % af medianindkomsten. Med eller uden studerende forældre indregnet



Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af Finansministeriets Lovmodelregister.

4.1.4 Effektive indsatser

Flere ekspertgrupper, nedsat under de store internationale organisationer som WHO,²² OECD,¹¹¹ EU (EACEA 2009); UNICEF,¹¹² og Verdensbanken,¹¹³ har de senere år argumenteret for stærke satsninger på børns tidlige udvikling. Begrundelsen har været, at de forventede effekter i økonomisk, social og helbredsmæssig forstand – og ikke mindst uligheden i disse forhold – opfattes som et stort unødigt tab for samfundet som helhed.^{114;115} Konklusionerne baserer sig på en stærk observationel, herunder økonomisk og epidemiologisk, evidens, og en noget mindre stærk eksperimentel evidens om effekterne på børnenes senere kognitive, sociale og adfærdsmæssige færdigheder og deres muligheder i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet. Det er ikke mindst fra den økonomiske forsknings side blevet påpeget, at investeringer i kognitiv og social udvikling tidligt i livet har både helbredsmæssige og økonomiske effekter, som overstiger, hvad man kan opnå senere i livet.^{116;117} De forventede positive effekter på helbred og ulighed i helbred baserer sig således mest på den indirekte effekt via effekterne på uddannelse, sundhedsadfærd og arbejde.¹¹⁸

Man kan opdele denne type af interventioner efter barnets udviklingsstadiet. Der findes for det første de indsatser, som retter sig mod den gravide kvinde og det foster/barn, hun bærer. For det andet indsatser for barnet i alderen 0-2 år, som handler om at skabe forudsætning for stærke emotionelle bånd mellem mor og barn, amning, forældrenes evne til at tage hånd om børnenes behov, og at sikre adgang til social- og sundhedsydelse. Og for det tredje er der førskoleindsatser i alderen 3-5 år, der søger at sikre børnenes kognitive, sproglige og sociale udvikling.

Danmark har siden 1940'erne haft et institutionaliseret forebyggende program for gravide. Nyttens af et sådant program er gentagne gange blevet dokumenteret.¹¹⁹ Alligevel er hyppigheden af for tidlig fødsel stigende,¹²⁰ alt imens den universelle og generelle forebyggende indsats de senere år er blevet væsentligt reduceret til fordel for et større fokus på behovsbestemt indsats til risikogrupper. Der er ikke god dokumentation for at udtale sig med sikkerhed om trenden i intrauterin væksthæmning. Der er heller ikke publiceret nogle nyere undersøgelser, der beskriver, hvorledes de forebyggende undersøgelser i forbindelse med graviditet og fødsel bliver brugt i Danmark, men en næsten 25 år gammel undersøgelse viste, at socialt dårligere stillede kvinder havde den første forebyggende konsultation senere i graviditeten, – en velkendt risikomarkør for komplikationer i forbindelse med fødslen. (Se indsats # 1.1)

I de seneste år har vilkårene for de barslende kvinder ændret sig, således at de fødende kvinder udskrives kort tid efter fødslen. Men de kommunale tilbud i forhold til sundhedsplejerskernes tidlige kontakt er ikke blevet tilsvarende oprustet. Det er ikke undersøgt, hvorvidt konsekvenserne af fjernelsen af ellers vel fungerende barselstilbud rammer socialt skævt. (Se indsats # 1.2).

I Danmark er der gjort forsøg på analysere implementeringen af de forebyggende børneundersøgelser hos den praktiserende læge.^{121;122} Disse kortlægninger viste, dels at omkring 14 % af de forebyggende børneundersøgelser ledte til fund af sundhedsmæssige forhold, der nødvendiggjorde intervention (fx afhjælpning af nedsat sanseorganfunktion), dels at omtrent halvdelen af kommunerne ikke gennemførte de anbefalede ind- og udskolingsundersøgelser for skolebørn. I et dansk studie fra 2008, er der fundet en social forskel i brugen af de forebyggende børneundersøgelser, idet børn af kortuddannede og arbejdsløse markant

sjældnere kommer til børneundersøgelse hos egen læge. Fx kan man på basis af dette studie beregne, at blandt 4-årige børn af kortuddannede mødre deltog 69,5 % i børneundersøgelserne mod 80,1 % af børn af mødre, der havde mere end en kort uddannelse.¹²³ (Se indsats # 1.3)

Internationalt er det især førskoleindsatser til børn fra fattige vilkår, som er studeret.¹²⁴⁻¹²⁶ Desværre synes der ikke at være nogen kendt opskrift på, hvilke interventioner der effektivt fremmer børns tidlige udvikling, og der er få videnskabelige evalueringer af, hvad der rent faktisk virker. Et amerikansk review fra 2005 konkluderede, at på det eksisterende evidensgrundlag, lader det til, at børnenes kognitive funktion øges mest i programmer, hvor de ansatte er særligt uddannede, hvor der er færre børn per voksen, og hvor flere ydelser bliver udbudt med forholdsvis høj intensitet.¹²⁷

Til gengæld er der en social skævhed i, hvem der gør brug af de offentlige dagtilbud ift. børnepasning og derved får gavn af det pædagogisk udviklende miljø dagtilbuddene tilbyder. Forskellen er særlig stor for de helt små børn, som det ses i Tabel 4.1.2 (se indsats # 1.4)

Tabel 4.1.2 Andel børn i alderen 1-2 år respektive 3-5 år i dagtilbud fordelt efter forældrenes højest fuldførte uddannelse. 2007

Forældres højest uddannelse	Procent i dagtilbud	
	1-2 årige	3-5 årige
Uoplyst	47,5	72,8
Ufaglært	78,2	92,7
Faglært	83,9	95,7
Kort videregående uddannelse	85,2	95,0
Mellemlang videregående uddannelse	87,3	96,0
Lang videregående uddannelse	87,9	96,2

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af Finansministeriets Lovmodelregister (2007).

Anm: Tabellen dækker ikke Egedal, Næstved, Odense, Svendborg, Herning og Læsø, på grund af manglende oplysninger om dagpleje.

For de 3-5-årige er der en ganske høj dækningsgrad, undtagen for dem, som har uoplyst uddannelse, hvilket i høj grad udgøres af børn i indvandrerfamilier. Der er altså brug for et fokus på at få de mindre ressourcestærke grupper med. I børnehaverne er der grund til at tro, at politikker med fokus på børnenes sundhedsadfærd kommer både stærke og svage grupper til gavn. Således har flere institutioner indført mad- og bevægelses- og hygiejnepolitikker. Se indsats # 1.4

Fokus på børns tidlige udvikling har også ledt til en sundhedsfaglig interesse for helbredseffekterne af denne type af indsatser. Aktuelle reviews af disse studier^{64;128} har vist, at der ikke findes mange større, kontrollerede, longitudinelle studier, men at de som findes taler for en positiv effekt på visse parametre, herunder depressionssymptomer og sundhedsadfærd relateret til blandt andet tobak. Et aktuelt review fra det svenske Vetenskapsakademi¹²⁹ peger på, at det at kunne læse efter 1.klasse har en afgørende effekt for børns psykiske helbred og udvikling. Internationalt fremhæves følgende fire policy initiativer^{23;112}:

- Betalt barselorlov af et års varighed
- Sundhedsordning for børn med hjemmebesøgende og opsøgende sundhedsplejerske- screening, rådgivning og vaccination
- Fuld behovsdækning af hovedsageligt skattefinansierede børnehaver og førskoler med veluddannet personale
- Børnefattigdom på under 10 % (iflg OECDs definition <50 % af æquivalensjusteret medianindkomst).

I de internationale sammenligninger som er gjort på disse policymål, har Danmark traditionelt ligget højt,¹¹² blandt andet i kraft af udbuddet af universelle ydelser. Dog er der, som beskrevet ovenfor, tegn på, at de universelle tilbud ikke kommer alle befolkningsgrupper i Danmark ligeligt til gode.

Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

1.1 Svangreomsorgen omfatter indsatser, som når alle kvinder så tidligt i graviditeten, som kan forebygge for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, gravides tobaksrygning, skadeligt arbejdsmiljø mm.

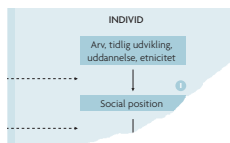
1.2 Barselsbesøg af sundhedsplejersker er et universelt tilbud til alle familier. Samtidig rettes ekstra opmærksomhed på at nå de socialt og psykisk mindre ressourcestærke familier, herunder familier med misbrugsproblemer

1.3 Aktivt opsøgende indsats for at sikre, at børn med hæmmet social og kognitiv udvikling kommer til de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis

1.4 Fuldstændig dækning og aktiv rekruttering af børn med særlige behov til daginstitution og børnehaveklasse

1.5 Børnefattigdom elimineres for at forebygge de langsigtede irreversible effekter, fattigdommen har for børn

4.2 Uafsluttet skolegang



Uddannelse er en vigtig forudsætning for at kunne finde fodfæste på arbejdsmarkedet og uddannelsesniveau påvirker jobmuligheder og indkomst.⁷⁰ I takt med at arbejdslivets krav stiger, og efterspørgslen på ufaglært arbejdskraft falder, således at stadig flere intellektuelle færdigheder er nødvendige både i forhold til jobmuligheder og for at kunne deltage i samfundslivet, øges behovet for at få en uddannelse. Hvor det tidligere var muligt at finde ufaglærte jobs med 9. klasses eksamen, bliver der nu stadig færre jobs, som kan bestrides uden kompetencegivende uddannelse. Niveaue for lav uddannelse er således ikke en konstant parameter, og forskellen i muligheder mellem dem der kun har 9. klasse og dem der har mere uddannelse bliver stadig større.

Stort set hele befolkningen har afsluttet grundskolen, og 98 % af en ungdomsårgang fortsætter i en uddannelse inden for fem år efter afsluttet 9.klasse. Men frafaldet, specielt på de erhvervsfaglige uddannelser er relativt højt (ca. 50 %), og gennem de seneste år har der konstant været ca. 15 % af en årgang, der hverken opnår erhvervs- eller studiekompetence.¹³⁰

4.2.1 Effekter af uafsluttet ungdomsuddannelse på senere social position og helbred

Unge, som ikke får en ungdomsuddannelse eller en kompetencegivende uddannelse efter at have afsluttet folkeskolen, får det stadig vanskeligere på arbejdsmarkedet og risikerer marginalisering. En undersøgelse fra Arbejdsmarkedstyrelsen viste, at halvdelen af de 15-17-årige, der i 2006 ikke var i gang med en uddannelse, overgik direkte til kontanthjælp, da de blev 18 år.¹³¹ Manglende uddannelse er ikke kun et problem for de helt unge, men bliver et stadig større problem også i voksenalderen, hvor ufaglærte har størst risiko for langvarige arbejdsløshedsperioder og tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Analyser fra Arbejderbevægelsens Erhvervsråd angivet i tabel 4.2.1. viser, at personer, der ikke opnår en uddannelse udover grundskolen, har betydeligt større risiko for at være uden beskæftigelse som 35-årige, sammenlignet med personer der kommer videre i uddannelsessystemet. Blandt de der har 9. klasse som højeste fuldførte uddannelse er det således 68 %, der er i beskæftigelse som 35-årig, mens det er 89 % blandt de der har en uddannelse udover grundskolen. De med kortest uddannelse har en tilsvarende overrisiko for at modtage blandt andet kontanthjælp, dagpenge og førtidspension. Tabellen viser endvidere, at de (forholdsvis få) personer der har 7. eller 8. klasse som højeste fuldførte uddannelse har endnu større risiko for at være uden beskæftigelse end personer med 9. klasse. Blandt de som forlader skolen så tidligt findes dog en gruppe med betydelige helbredsproblemer som årsag til skoleproblemer.

Tabel 4.2.1 Arbejdsmarkedsstatus (procent) blandt 35-årige fordelt på højeste fuldførte uddannelse 2008

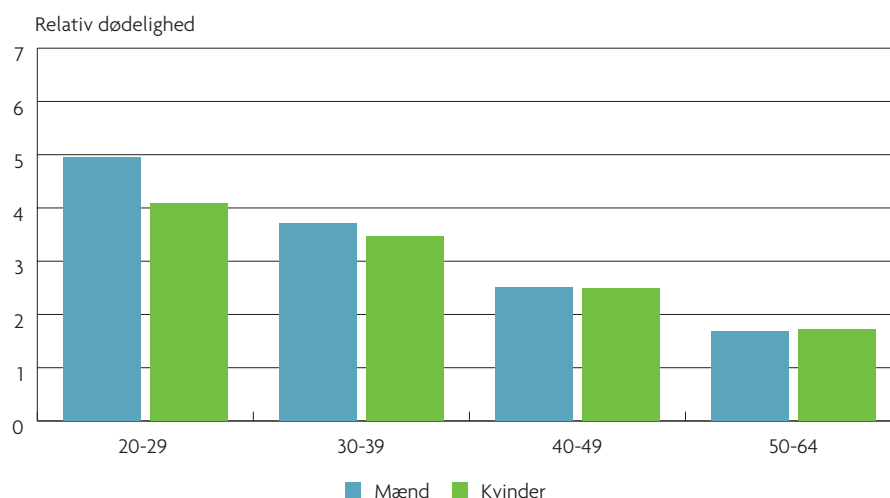
	7. klasse	8. klasse	9. klasse	10. klasse	Højere uddannelse end grundskole	Alle
				%		
Beskæftiget	45	56	68	68	89	84
Arbejdsløse (forsikrede samt ikke-forsikrede)	5	3	3	2	1	2
Kontanthjælp (ikke arbejdsmarkedsparate)	12	11	7	5	1	2
Uddannelsesforanstaltning	8	4	4	4	1	2
Førtidspension	15	16	9	12	1	3
Øvrig	8	5	5	5	4	4
Øvrige uden for arbejdsstyrken	8	6	5	4	3	4
I alt	100	100	100	100	100	100

Kilde: AE-rådet på baggrund af Danmarks Statistiks registre (arbejdsstyrkestatistik).

Udover selve tilknytningen til arbejdsmarkedet, fremhæves det i de øvrige determinanter i denne rapport, hvordan kort uddannelse – som regel angivet som fuldførelse af grundskolen – hænger sammen med risikofaktorer for dårligt helbred: Det gælder eksempelvis arbejdsmiljø (afsnit 4.8), fattigdom (afsnit 4.4) og sundhedsadfærd (afsnit 4.9).

Ophobningen af risikofaktorer blandt personer med kort skolegang medfører en kraftig overdødelighed, som i nedenstående figur er illustreret som forholdet mellem dem med mindst en ungdomsuddannelse og uden ungdomsuddannelse. Mindst en ungdomsuddannelse refererer til, at der er ca. 4 % af hver årgang, der 25 år efter grundskolens afslutning har fået en kompetencegivende uddannelse uden at have gennemført en ungdomsuddannelse.¹³⁰ Figur 4.2.1. viser, at den relative dødelighed for dem der ikke har en ungdomsuddannelse (i forhold til dem der har) er høj. Forskellen i dødeligheden mellem de to grupper er størst i alderen 20-29 år hvor den er 4-5 gange forhøjet. I aldersgruppen 30-64 er dødeligheden 1,5-3,5 gange forhøjet.

Figur 4.2.1 Relativ overdødelighed (relativ risiko) for mænd og kvinder i alderen 20-64 år i 2008/9, som ikke har en ungdomsuddannelse i forhold til dem, der har en ungdomsuddannelse (=1)



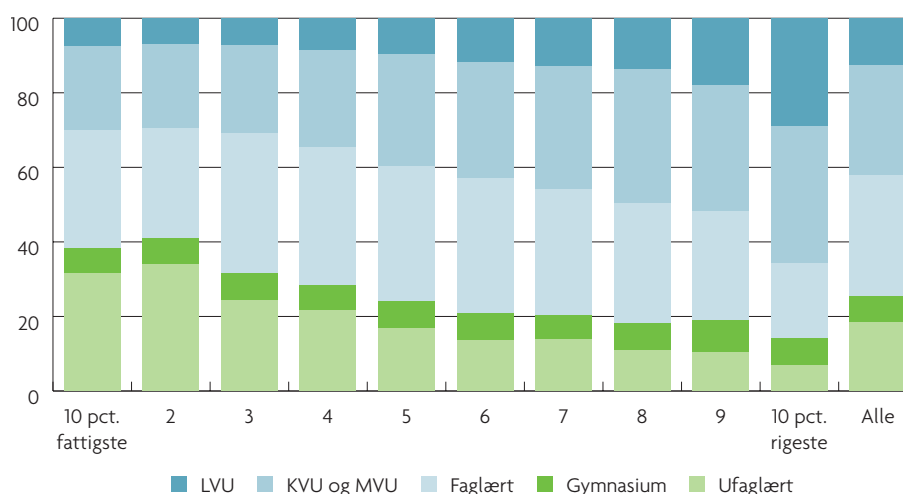
Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af Danmarks Statistik.
Anm: Personer med uoplyst uddannelse er ikke medtaget.

4.2.2 Årsager til unges uafsluttede ungdomsuddannelse

Der er en meget stærk sammenhæng mellem forældrenes sociale position og hvor langt deres børn kommer i uddannelsessystemet.

Figur 4.2.2. viser, at blandt børn, der vokser op i en af de 10 % fattigste børnefamilier, er det 36 %, der i 25-års alderen ikke har afsluttet en ungdoms- eller videregående uddannelse, mens den tilsvarende andel blandt børn fra de 10 % rigeste børnefamilier kun er 9 %.

Figur 4.2.2 Afsluttede eller igangværende uddannelser som 25-årig (procent) efter familiens indkomst i barndommen opdelt i deciler



Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af Danmarks Statistik.

En række forskningsresultater omkring børn og unge viser, at opvækst i materiel nød kan have negative følgevirkninger. Mangel på nødvendige ressourcer til

mad, tøj, bolig, sundhed eller hjælpemidler til skolen, giver børn svækkede forudsætninger for at klare sig både fagligt og socialt. Ud over de økonomiske opvækstvilkår, har forældre med kort uddannelse dårligere forudsætninger for at støtte barnet i dets skolearbejde. Særligt moderens uddannelse har betydning for, hvordan barnet klarer sig i skolen.¹³²

Selvom forældrenes, især moderens, uddannelse spiller en vigtig rolle, ser det dog ud til, at indkomstgrundlaget i barndommen og i endnu højere grad familiestabiliteten, er af altafgørende betydning for de unges uddannelsessucces, hvilket fremgår af tabel 4.2.3.⁷⁶

Tabel 4.2.3 Andel (%) som ikke har gennemført en ungdomsuddannelse efter opvækstforhold

Forældrene bor sammen, ingen på langvarig overførselsindkomst, mindst en akademiker	4 %
Forældrene bor sammen, ingen på langvarig overførsel, begge ufaglærte	25 %
Forældrene er skilt, mindst en på langvarig overførsel, begge ufaglærte	53 %

Kilde: Lars Olsen: Den ny ulighed /fra ugebrevet A4, 20/2005.¹³³

Resultaterne understøttes af fundene i undersøgelsen af de 15-17-årige, der ikke var i gang med en uddannelse, som viste, at de unge, som overgik til kontanthjælp, især kom fra enlige forældre eller var flyttet hjemmefra, og at risikoen for, at de kom på kontanthjælp, var reduceret, hvis de boede hos gifte forældre.¹³¹

Blandt de 9-10.000 unge i hver årgang, der ikke får mindst en ungdomsuddannelse, er en større andel drenge end piger, og især drenge, der har en anden etnisk baggrund end dansk. Men som det fremgår af nedenstående tabel er forskellen mellem danske og etniske grupper mindsket gennem de seneste 10 år. Specielt er der en stadig større andel af piger med ikke-dansk herkomst, som får en kompetencegivende uddannelse. Andelen svarer til andelen blandt drenge af dansk herkomst (tabel 4.2.4).

Tabel 4.2.4 Andel (%) af en årgang, som forventes ikke at have kompetencegivende uddannelse ud over grundskolen, 25 år efter afsluttet 9. klasse

	2000		2005		2009	
	Drenge	Piger	Drenge	Piger	Drenge	Piger
Dansk herkomst	15	7	16	9	14	9
Ikke-dansk herkomst	33	20	36	20	28	14

Kilde: www.uvm.dk Undervisningsministeriets profilfigurer.

Anm: Beregningen bygger på den antagelse, at uddannelsessystemet og uddannelsesadfærden efter afsluttet 9. klasse vil være som ved fremskrivningens start.

Udover opvækstvilkårene har selve skoleforløbets udformning og indretning også en betydning. Bøglige færdigheder i grundskolen har stor betydning for valg og gennemførelse af en ungdomsuddannelse.¹³⁴ Men netop de børn, der har svære opvækstkår og familieproblemer, synes skolerne at have svært ved at rumme, og mange afslutter grundskolen med ringe boglige færdigheder.¹³⁵ Skolerne formår ikke i tilstrækkelig grad at gøre deltagelse i skolen meningsfyldt og skabe en oplevelse af sammenhæng for de børn, der har det sværest.¹³⁶

En analyse af frafald på de erhvervsfaglige ungdomsuddannelser viser, at de væsentligste faktorer for frafald handler om, at uddannelsen ikke lever op til de unges forventninger.¹³⁷ Specielt på de tekniske skoler angav forholdsvis mange, at de havde mistet interessen for uddannelsen, at forholdet mellem teori og praksis ikke var som ønsket, og at de ikke følte, de lærte nok. Herudover er vanskeligheden ved at finde en praktikplads en faktor af stor betydning.

Generelt kan siges, at de unge, der falder fra uddannelserne, har et svagere udgangspunkt målt over en række dimensioner. Kombinationen af disse dimensioner øger risikoen for at falde fra. Fx viser analysen af frafald på de erhvervsfaglige ungdomsuddannelser, at unge mænd, med ikke-vestlig baggrund, som ikke boede i en kernefamilie som 15-årige, og hvis mor alene har en uddannelse på grundskoleniveau, har en sandsynlighed for at falde fra ungdomsuddannelsen på ca. 70 %. Disse karakteristika har kun godt 6 % af de unge ikke-vestlige indvandrere. For tilsvarende danske unge mænd er sandsynligheden stadig høj, men væsentlig mindre, nemlig ca. 49 %.¹³⁷

Risikobørn og udsatte børn

Risikoen for ikke at opnå en kompetencegivende uddannelse øges altså med antallet og omfanget af de psykosociale problemer, som den unge er eksponeret for, og det kan derfor være relevant at tænke i grader af udsathed. Betegnelsen risikobørn er fx løst defineret, men anvendes om børn, der vurderes at være i risiko for at have brug for støttende foranstaltninger og evt. behandling senere i livet. Der kan være tale om risikofaktorer så som barnets fysiske helbred, dårlige socio-kulturelle forhold, belastende familieforhold og dårlige erfaringer i skolen.¹³⁸

Den seneste undersøgelse fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd angående børns og unges velfærd og trivsel viser, at de fleste børn er glade og velfungerende både fysisk og psykisk. Men der er på landsplan fortsat ca. 15 % af børn og unge, der vurderes at være "risikobørn" på baggrund af deres forhold på 8 forskellige domæner: materiel velfærd, boligforhold og lokalområde, helbred og sikkerhed, dagpasning og uddannelse, sociale relationer, adfærd og livsstil, fritid og medborgerskab, samt subjektiv trivsel.⁷⁶

Hvor der for ovenstående er tale om en tværsnitsundersøgelse har Danmarks Statistik fulgt udviklingen for en særlig gruppe af børn og unge, som beskrives som "udsatte", idet de på et tidspunkt i løbet af deres opvækst har modtaget forebyggende sociale foranstaltninger eller været anbragt uden for hjemmet. For disse børn og unge analyseres deres situation i voksenlivet som 20-39 årige. Analyserne fra Danmarks Statistik viser, at i perioden 1997-2007 modtog ca. 1,7 % af alle børn og unge årligt forebyggende støtte eller var anbragt uden for hjemmet. For de 20-39 årige havde mellem 5,5 % og 7 % har været "udsatte" i perioden 1997-2007.¹³⁹

Udsatte unge er karakteriseret ved, at de kommer fra ustabil familiebaggrund, hvor forældrene er skilt, marginaliserede fra arbejdsmarkedet, lavt uddannede og lavt lønnede, og de unge har oplevet omsorgssvigt fx på grund af misbrug.⁸⁹ Desuden kommer de ofte fra ghettoiserede områder (se afsnit 4.3), som viser sig ved, at de kommuner, som har høje anbringelsesrater, ofte er karakteriseret ved en høj andel af alment boligbyggeri og mange enlige mødre, og ved at kommunerne er præget af en lav grad af social støtte til frivilligt socialt arbejde og sports- og kulturaktiviteter.¹⁴⁰

De udsatte unge har større vanskeligheder ved at gennemføre et uddannelsesforløb end ikke-udsatte unge. En analyse fra Anvendt Kommunalforskning viser, at to tredjedele af dem, der var udsatte som 15-17-årige, kun har grundskoleuddannelse som højeste opnåede niveau otte år efter.¹⁴¹ Dette hænger sammen med, at de udsatte unge har ringe boglige færdigheder (regne, skrive, læse og passe skolearbejdet) i grundskolen og har svage sociale kompetencer.¹³⁴

De udsatte unge har en markant overdødelighed. Tal fra Danmarks Statistik viser, at på trods af at 7 % af en årgang kan defineres som udsatte, fandt 24 % af dødsfaldene blandt de 20-39-årige i 2007 sted blandt tidligere udsatte. Den primære dødsårsag for både udsatte og ikke-udsatte var ulykker, men dødeligheden var fire gange højere blandt udsatte. Der er et sammenfald mellem de vigtigste dødsårsager i gruppen af udsatte og de dødsårsager, hvor den absolutte forskel mellem udsat og ikke-udsat er størst. Dette gælder for ulykker, selvmord,¹⁴² sygdomme i nervesystem og psykiske lidelser, dog ikke for kræft (se Tabel 4.2.5). Der er også en bemærkelsesværdig stor del af dødsårsagerne blandt de udsatte, der er af uvis årsag.

Tabel 4.2.5 Antal dødsfald 2003-2006 pr. 100.000 personer i alderen 20-39 år efter dødsårsag blandt de som var udsatte børn og øvrige

	Tidligere udsatte	Tidligere ikke-udsatte	Absolut forskel
I alt	230,4	61,0	169,4
Ulykker	59,6	13,6	46,0
Selvmord og selvmordsforsøg	33,7	9,2	24,5
Kræft	16,5	12,9	3,6
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	16,2	1,7	14,5
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	14,0	1,9	12,1
Hjertesygdomme	11,4	3,7	7,7
Sygdomme i fordøjelsesorganer	11,4	2,7	8,7
Endokrine, ernæringsbetingede og stofskiftesygdomme	9,9	1,6	8,3
Medfødte misdannelser og kromosomanomalier	5,3	0,8	4,5
Drab, overfald	3,8	0,9	2,9
Andre sygdomme	18,8	7,1	11,7
Symptomer og abnorme fund, dårligt definerede årsager	17,0	2,6	14,4
Hændelser med uvis omstændighed	12,7	2,1	10,6

Kilde: Udsatte børn og unge 2007. Danmarks Statistik 2010.

4.2.3 Effektive indsatser

Ovenstående gennemgang viser, at de væsentligste årsager til, at unge ikke afslutter en ungdomsuddannelse, er svære opvækstforhold med manglende stabilitet, fattigdom, og omsorgssvigt, samt en manglende evne i grundskolen til at integrere disse unge og skabe et meningsfyldt skoleforløb for dem. Disse indikatorer understreger, at implementeringen af nogle af de indsatser, der er gennemgået i afsnit 4.1 (den tidlige barndom) også vil have en effekt på chancen for at få en kompetencegivende uddannelse. De frafaldne unge er en relativ ressourcetsvag gruppe, hvilket er centralt i forhold til, hvilke initiativer der kan tænkes at have positive effekter i forhold til denne specifikke gruppe.

Der er i Danmark foretaget en del evalueringer af tidligere indsatser, og nedenstående forslag bygger overvejende på anbefalinger fra rapporterne: "Frafald på de erhvervsfaglige uddannelser",¹³⁷ Unges veje mod ungdomsuddannelserne,¹⁴³ og "Vejen mod de 95 %".¹⁴⁴ Sidstnævnte er en erfaringsopsamling af projektet 'Uddannelse til alle' og fremfører, at de nødvendige indsatser for at nå Regeringens målsætning om, at 95 % af en årgang skal fuldføre en ungdomsuddannelse, bør målrettes tre overordnede områder: de unges forløb i grundskole; overgangen mellem grundskole og ungdomsuddannelse; og forholdene på ungdomsuddannelserne.

Grundskolen. Allerede inden børnene starter i skolen, er en række færdigheder grundlagt, der er helt nødvendige for at få et tilstrækkeligt udbytte af undervisningen i grundskolen.¹⁴⁵ Et systematisk review af skole, læring og psykisk sundhed blandt børn udført af det svenske videnskabsakademi finder, at oplevelsen af problemer og af at mislykkes i de første skoleår har negative konsekvenser for barnets succes i skolen, og har alvorlige konsekvenser for elevernes fremtidige uddannelsesforløb.¹²⁹ Den eksisterende litteratur på området taler for, at indsatser for at minimere en sådan dårlig skolestart skal sikre lavere klassekvotienter, tilstrækkelige og kvalificerede lærerressourcer samt organisering af specialundervisning på en måde, der ikke opfattes som stigmatiserende og ekskluderende.¹²⁹ Der findes mange undersøgelser, der ser på, hvordan niveauet i folkeskolen kan forbedres. Omfanget af nærværende rapport tillader ikke, at alle de tiltag der foreslås, refereres her, men opsummerende er der behov for styrkelse af læring og faglighed med fokus på børnenes trivsel for at nå dette. Behovet for fokus på trivsel er netop udpræget for de udsatte børn, som har brug for tilbud i hele skoleperioden, der kan give dem den nødvendige sunde omsorg.

Den sociale baggrund har betydning for læsefærdighederne, og internationale sammenligninger viser, at den sociale baggrund betyder mere for læsefærdigheden i Danmark end i andre OECD-lande. Elever, der kommer fra socialt dårligt stillede kår, får bedre læsefærdigheder, hvis de går på skoler med elever, der er socialt bedre stillede.¹⁴⁶ Samtidig viser PISA-undersøgelserne særligt gode resultater fra Finland, hvilket formentlig netop skyldes, at både gode og dårligt stillede elever undervises sammen, og at Finland i høj grad fokuserer på at højne niveauet i indskolingsfasen.¹⁴⁷ (Se indsats # 2.1 og # 2.2)

Overgangen fra folkeskole til ungdomsuddannelse. Erfaringsopsamlingen fra projektet 'Ungdomsuddannelse til alle' opfordrer til et større fokus på overgangen til erhvervsuddannelserne for bogligt svage og socialt udsatte unge frem for udelukkende at analysere årsagerne til frafald.¹⁴³ Der henvises til, at oplysningen og vejledningen omkring mulighederne inden for ungdomsuddannelse bør forbedres og de forskellige vejledningsaktiviteter integreres. Herunder gælder, at

også forældrenes viden bør forbedres med henvisning til deres store indflydelse på de unges valg. Vejledningssamtalerne viser sig at være særligt gavnlige for de fagligt svage unge.¹⁴³ Udsatte unge, der vil have svært ved at gennemføre en ungdomsuddannelse uden støtte, har gavn af en særlig vejledningsindsats, der sikrer et forløb med de nødvendige tilbud om støtteforanstaltninger.¹⁴⁴

Generelt set mangler der kvalificerende tilbud til de udsatte unge, som har svært ved at begå sig på ungdomsuddannelserne. Her kan der være gavn af uddannelsesforløb med særlig støtte, uddannelsesforløb med arbejdspektiv, samt alternativer som produktionsskole og erhvervsgrunduddannelse. For de unge der er udpræget skoletrætte eller har svage boglige kompetencer kan muligheden for at gå i gang på en erhvervsuddannelse med en praktisk indgang være fordelagtig.¹⁴⁴ (Se indsats # 2.3 og # 2.4)

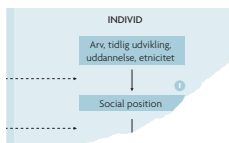
Ungdomsuddannelserne. Erfaringerne fra 'Ungdomsuddannelse til alle' peger på, at det sociale læringsmiljø på erhvervsuddannelsesstederne, samt lærernes engagement, formidlingsevne og undervisningsstil er vigtige for fastholdelsen af de unge, og i særdeleshed udsatte og sårbare unge.¹⁴³ Evalueringer af indsatser mod frafald på ungdomsuddannelserne, særligt på de tekniske erhvervsuddannelser, støtter konklusionen om betydningen af det sociale miljø, og fremhæver herudover betydningen af at tage udgangspunkt i elevernes forudsætninger og tilbyde faglig og personlig støtte.¹³⁷ Nogle skoler gør brug af handlingsplaner mod frafald, hvilket, ligesom gode kontakter med den kommunale skoleledelse, samarbejde med andre institutioner og en pædagogisk tilgang til tilrettelæggelse af uddannelsesforløbet, har vist sig at have en positiv effekt.¹⁴⁸ Ydermere viser erfaringerne, at skoler der målrettet arbejder på at styrke den praktiske tilgang til læring præsterer bedre i forhold til frafald. (Se indsats # 2.5 og # 2.6)

Tværfagligt samarbejde. Mange af de medvirkende årsager, til at unge ikke får en ungdomsuddannelse, ligger uden for uddannelsessystemet. Der skal udvikles en ungdomspolitik, der tænker på tværs af politikområderne: integration, social og boligpolitik. (Se indsats # 2.6)

Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

- # 2.1 Indskolingen arbejder med en aktiv opsøgende pædagogisk indsats, der sikrer, at alle børn får de grundlæggende kompetencer, herunder læsning
- # 2.2 Folkeskolen er aktivt motiverende også for de børn, som ikke bliver så stærkt stimuleret hjemmefra, blander velstillede og dårligere stillede børn og giver børnene mulighed for at opleve sejre i dagligdagen og dermed udvikler deres selvtillid og handlekompetence
- # 2.3 Der tilbydes en udvidet vejledningsindsats over for de socialt dårligt stillede og bogligt svage elever, hvor der er fokus på sammenhængen mellem forskellige tilbud og støtteforanstaltninger
- # 2.4 Ungdomsuddannelser med fokus på praktisk læring målrettes unge, der ikke kan gennemføre et almindeligt bogligt ungdomsuddannelsesforløb
- # 2.5 Der fokuseres på udvikling af et socialt, pædagogisk og individ-støttende miljø, særligt på de tekniske erhvervsuddannelser
- # 2.6 Der sikres adgang til praktikpladser fra alle erhvervsskoler

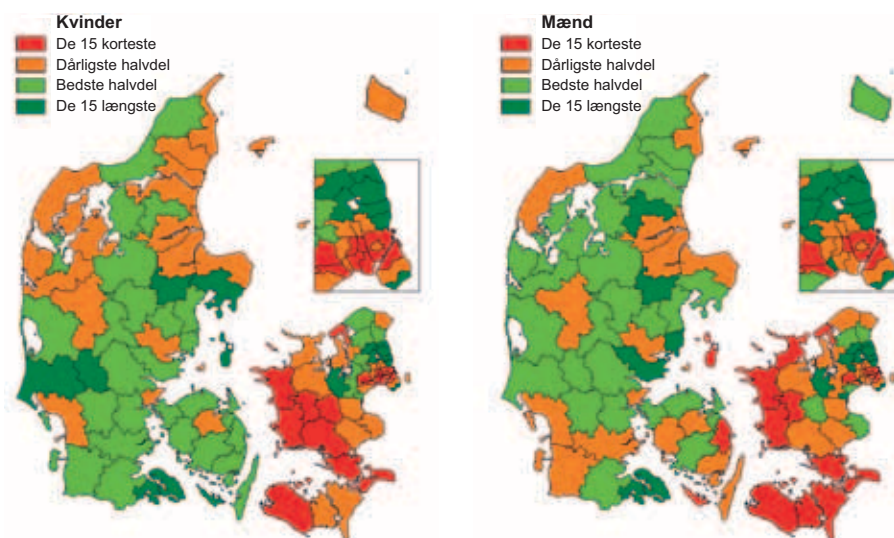
4.3 Socialt nærmiljø – segregering/ghettoisering



Der er store geografiske forskelle i befolkningens helbredstilstand i Danmark. Selv med de noget større og mere befolkningsmæssigt heterogene kommuner efter Strukturreformen er variationen i middellevetid betydelig. Den går på tværs af landet fra 75 år i Lolland kommune til 78,9 år i Sønderborg. Og det er mindst ligeså udtalt mellem storbyernes forstæder fra 75,6 år i Ishøj til 79,5 år i Rudersdal, og mellem bydele i København hvor forskellene løber op til 6-7 år.^a

149

Figur 4.3 Middellevetid fordelt på kommuneniveau



Kilde: Ugens Tal for Folkesundhed; Uge 3, 2010.

Den dominerende forklaring på dette er, at arbejdsmarkedet og boligmarkedet sorterer mennesker geografisk efter både uddannelse, beskæftigelse og indkomst, og med udgangspunkt i de sociale uligheder, der redegjordes for i kapitel 3, skabes der dermed store geografiske uligheder. Men befolkningerne i disse kommuner er trods alt noget blandede, hvad angår social sammensætning. Når der på trods af den blandede sociale sammensætning er store forskelle i levetid mellem kommuner og bydele, skyldes det, at menneskers helbred har en indflydelse på, hvor de bor. Personer anvist til almennyttige boliger vil fx ofte have et dårligere helbred end baggrundsbefolkningen. Det betyder, at noget af den geografiske ulighed i sundhed skabes på baggrund af karakteristika ved de mennesker, der bor i forskellige kommuner. Dette kaldes den *kompositionelle* effekt. Derudover er der karakteristika ved området i sig selv, der påvirker uligheden i sundhed. Dette kaldes den *kontekstuelle* effekt. Det fysiske miljø, særligt i forhold til trafik, vil blive behandlet selvstændigt i afsnit 4.7. Omdrejningspunktet for dette afsnit er spørgsmålet, om segregation er dårligt for sundheden¹⁵⁰ og det vil blive undersøgt, hvorvidt og hvordan lokalområdets sociale miljø og befolknings sammensætning i sig selv påvirker menneskers sociale position og helbred.

I dette afsnit fokuseres på boligsegregation i større byer, men det bør noteres, at også i mindre byer og på landet er der socialt belastede lokalsamfund. På landet vil det i stor udstrækning være andre mekanismer, der gør sig gældende end i

^a Beregningerne bygger på et gennemsnit for perioden 1998-2007 og er foretaget ved at gruppere de gamle kommuner, så de passer bedst muligt til de nuværende kommuner.

byerne. Her spiller mangel på arbejde og afstand til service en begrænsende rolle for beboernes muligheder. I byerne drejer det sig i højere grad om en akkumulering af sociale belastninger i nærområdet og følgerne deraf.

I Danmark er der en ret udtalt boligsegregering målt på andelen af fattige, hvilket illustreres i tabel 4.3.1. Det ses, at hvor andelen af fattige (målt som en indkomst på 50 % af medianindkomsten) i Danmark generelt ligger på 3,7 %, har de udvalgte sogne en fattigdom på 10-20 %. Ligeledes er der en markant højere andel uden for arbejdsstyrken.

Tabel: 4.3.1 Andel fattige, andel fattige børn og andel uden for arbejdsstyrken 2007 i udvalgte sogne

Andel fattige og andel udenfor arbejdsstyrken i udvalgte sogne, 2007			
	Andel fattige	Andel fattige børn	Andel uden for arbejdsstyrken (25-64 år)
	%	%	%
Maria, Vesterbro	12,8	-	18,7
Apostelkirken, Vesterbro	11,0	-	23,3
Kingo, Nørrebro	10,1	15,8	27,9
Vollmose, Odense	15,0	20,2	49,2
Gellerup, Århus	19,0	25,6	51,2
Tingbjerg, København	13,4	17,1	38,4
Hele landet	3,7	4,6	19,3

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af datagrundlaget for Finansministeriets Lovmodel.

Anm: Der er anvendt en fattigdomsgrænse på 50 % af medianindkomsten. Familier, hvor mindst én forsøger er studerende, regnes ikke for fattige. Der er ikke vist tal for andel fattige børn i Maria og Apostelkirkens sogn, da datagrundlaget her er forholdsvis spinkelt.

4.3.1 Effekter af lokalområde på senere social position og helbred

Der er en meget omfangsrig forskning fra flere nordamerikanske og europæiske lande om effekten af boligbæst sig segregering på børns uddannelses- og senere livsforløb.^{151;152} På engelsk bruges ofte begreberne segregation eller *neighbourhood effect* og på tysk: *ghettoeffekt*. Selvom resultaterne ikke er helt konsistente, kan man generelt konkludere, at der er en effekt af lokalområdets socioøkonomiske og etniske befolkningssammensætning på, hvordan børnene klarer sig i skolen, hvordan de senere klarer sig på arbejdsmarkedet, og på deres indkomst som voksne. Effekten er dog betydeligt svagere end effekten af familiær baggrund og elevsammensætning på skolen (se afsnit 4.2). Nogle studier har særlig set på, om effekten varierer mellem grupper, og det viser sig ofte, at de børn, som har færre ressourcer hjemmefra, er mere sårbare for negative effekter af nærmiljøet.¹⁵³ Hvilken skala der benyttes i definitionen af et lokalområde (kvarter, bydel, kommune etc.) ser også ud til at have betydning for forskningsresultaterne – fx viser svenske studier, at bykvarter-niveau – svarende til 4-800 indbyggere har større effekt end bydel/kommuneniveau med 10-100.000 indbyggere.¹⁵⁴ Der er dog en usikkerhed ved denne type studier, som beror på, at der ikke er justeret for faktorer i den familiemæssige baggrund, som både påvirker valg af boligområde og børnenes udvikling. Det kan betyde, at områdeeffekten overvurderes. I de senere år er der dog fremkommet en del søskende-studier, som bedre kan kontrollere for familieeffekten, og de bekræfter de tidligere fund.¹⁵⁵ Det samme gælder de meget få eksperimentelle interventionsstudier som findes, hvor

det ser også ud til, at en betydelig del af områdeeffekten forekommer indirekte via institutioner – dagsinstitutioner og skoler.¹⁵⁵

Både fysisk og socialt miljø i lokalområdet har vist sig at have relevans for sundhed og ulighed i sundhed. Der findes god evidens for en stærk association mellem det *fysiske miljø* (byplanlægning og transport) og fysisk aktivitet, samt geografisk tilgængelighed til sunde fødevarer¹⁵⁶ (se videre afsnit 4.9). Desuden har det fysiske miljø en effekt på forekomsten af ulykker (se afsnit 4.7).

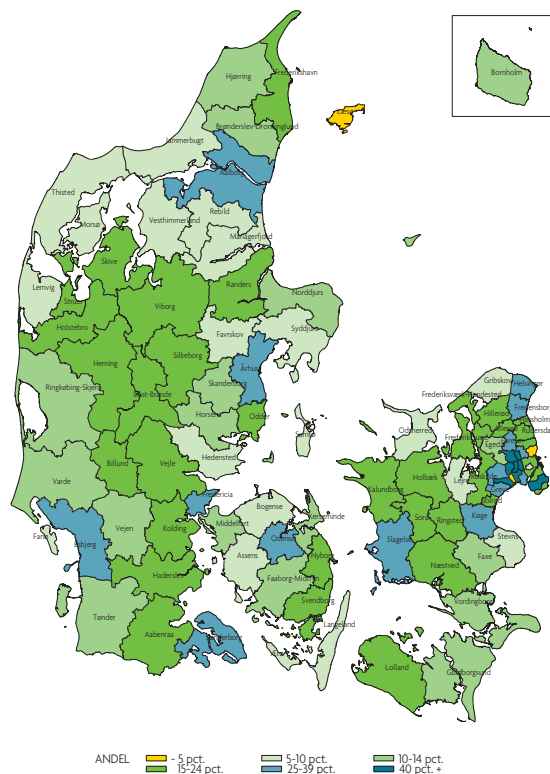
Effekter af det *socialt miljø* er først og fremmest studeret i forhold til psykiske lidelser og hjertekarsygdom. Koncentration af personer med få ressourcer (indkomst, arbejde, familie) og miljøer præget af social fragmentering med stor ud- og indflytning, lav grad af social sammenhængskraft og støttende sociale relationer er forbundet med større risiko for depression.¹⁵⁶ Men mange af disse studier er usikre, fordi både måling af miljø og af depression er selvrapporeret med tværnsnitdesign. Andre registerbaserede longitudinelle studier fra blandt andet Sverige og USA har fundet kontekstuelle effekter på incidens af iskæmisk hjertesygdom af at bo i områder med få sociale ressourcer.¹⁵⁷⁻¹⁶⁰ Noget af denne effekt forklares formodentligt af en højere forekomst af tobaksrygning og fysisk inaktivitet i de udsatte områder, men en del formodes også at virke gennem psyko-fysiologiske stressmekanismer, der har rod i det fysiske og sociale miljø.

I den udstrækning at miljøet i underprivilegerede boligområder påvirker depression og hjertesygdom, er det miljøfaktorer, som personer med kort uddannelse og lave indkomster i meget højere grad er eksponeret for. Segregationen på boligmarkedet bidrager således til en differentiell eksponering af miljøfaktorer. Det er også meget muligt, men mindre studeret, at der samtidig er tale om effekter via differentiell sårbarhed. Den differentielle sårbarhed kommer til udtryk, når de befolkningsgrupper, der primært bor i ressourcefattige miljøer, samtidig er dem der er mest sårbare over for effekten af de belastede bymiljøer.

4.3.2 Årsager til segregering/ghettoisering

Boligsegregation forekommer oftest når der er en betydelig økonomisk ulighed i samfundet (se afsnit 4.4) samt forskelle i kvalitet og tiltrækningsværdi af den eksisterende boligmasse. Markedsmekanismen gør, at de, der har råd, køber sig til de mest attraktive boliger. For at sikre boliger også til de dårligst stillede indbyggere, har staten og kommunerne siden 1800-tallet investeret i de almene boliger, som holdes uden af det øvrige boligmarked. Disse boliger er tilgængelige for personer med få økonomiske ressourcer, idet der ikke må tjenes penge på udlejningen. Planlægningen af de almene boliger har stor betydning for boligsegregationen i dag. Således er ca. 40 % af boligmassen i visse forstæder syd for København almene boliger, mens andelen i de fleste af landets kommuner ligger på 5-25 % (se figur 4.3.1).

Figur 4.3.1 Andelen af almene boliger 2005 fordelt på kommuner efter Strukturreformen



Kilde: Den almene boligsektors fremtid. Socialministeriet 2006.

Den segregering i boligmiljøer, der ses i Danmark i dag har rødder tilbage til efterkrigstiden, hvor staten investerede kolossalt i de almennyttige boligselskaber (hvor Boligstøtteleven fra 1946 gav mulighed for statslån til alment boligbyggeri på op til 97 % af byggesummen), som i høj grad begyndte at fokusere boligbyggeriet på industriel rationalisering med montagebyggeri af billige højhuse i beton og andet kollektivt byggeri.¹⁶¹ En stigende velstand i samme periode forårsagede dog en højere efterspørgsel på private parcelhuse i andre områder, hvilket betød en stigende boligsegregering med udgangspunkt i især uddannelse og indkomst., i takt med at de med større/faste indkomster valgte at købe egen bolig og flytte væk fra det almennyttige boligbyggeri. Den kommunale anvisningsret til almennyttigt boligbyggeri og fraflytningen af de mere velstillede førte med tiden til, at tilflytningen til disse områder i stadig højere grad udgjordes af personer på overførselsindkomster, herunder førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og modtagere af starthjælp m.m.

Statens Byggeforsknings Institut peger på en forslumningsproces af områder, der som udgangspunkt er mindre attraktive enten pga. boligernes standard, størrelse eller ejerform, dårlig beliggenhed, udseende, afstand fra grønne områder og serviceydelser, samt gener fra trafik, støj og forurening.¹⁶² Manglende investering i forbedringer og vedligeholdelse forværrer problemet.¹⁶² Den høje koncentration af beboere med sociale problemer medfører, at ressourcestærke beboere flytter hurtigere væk. Et spørgeskema-baseret studie har således vist, at hvis andelen af beboere med sociale problemer udgør en femtedel af beboerne i et område, vil 90 % af de ressourcestærke flytte væk fra området inden for et år.¹⁶³

Regeringen har i sit udspil fra 2010 ”Ghettoen tilbage til samfundet” defineret, at der findes 29 ghettoer i Danmark. Ghettoerne er defineret som områder med mere end 1000 beboere, og som opfylder mindst to af tre kriterier: Høj andel (> 40 %) af beboere uden tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse. Høj andel (> 50 %) af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande, og høj andel af beboere, der er dømt for kriminalitet (> 270 dømte / 10.000). Ghettoerne er koncentreret omkring de store byer København, Odense og Århus.

De fleste indvandrere bor i almennyttige boliger (mindst 60 %), og i multietniske boligområder hvor to ud af fem beboere er indvandrere.¹⁶⁴ Statens Byggeforskningsinstitut fremhæver tre hovedårsager til den skæve bosætning: (i) indvandreres begrænsede økonomiske muligheder på boligmarkedet, (ii) vanskelig adgang til det øvrige boligmarked pga. manglende netværk, kendskab til boligmarkedet, og adgang til lånemuligheder, og (iii) en præference for at bo tæt på familie og venner og – i en vis udstrækning – landsmænd. Tilflytningen til storbyen er primært et spørgsmål om begrænsede beskæftigelsesmuligheder i mindre byer.¹⁶⁴

4.3.3 Effektive indsatser

I og med at indkomstiligheder er en af de grundlæggende forudsætninger for boligsegregation, må det formodes, at alle indsatser for at holde indkomstiligheden nede (se afsnit 4.4) også vil bidrage her. Der findes få evalueringer af indsatser mod boligsocial segregering i Danmark og internationalt, hvilket vanskeliggør en beskrivelse af effektive indsatser. Der eksisterer allerede forskellige boligsektorinitiativer i Danmark, som antages at modvirke boligsegregation, eksempelvis opførelsen af de almennyttige boliger, huslejeregulering, og boligstøtte¹⁶⁴

I forhold til problemer med boligsegregation fokuseres der i mange lande særligt på etniske minoriteter, men i visse lande fx Sverige, ses segregationen primært som en socioøkonomisk problemstilling, hvis løsninger ligeledes vil være at finde i sociale indsatser som fx øget arbejdsmarkedsintegration.¹⁶⁵ I Byggeforskningsinstituttets undersøgelse viste det sig, at det var den sociale belastning mere end den etniske profil af lokalområdet, der var årsag til, at ressourcer stærke valgte at flytte væk fra belastede områder.¹⁶⁶

Det må formodes, at hvis der i byplanlægningen fokuseres på at blande boliger med forskellige ejerskabsformer (fx almene boliger, lejeboliger og ejerboliger) vil dette effektivt kunne modvirke segregationsprocessen.¹⁶⁷ En ligelig fordeling af almene boliger i forskellige kommuner (se figur 4.3.1) ville også påvirke billedet. En koordineret by og boligplanlægning på tværs af kommunerne kunne ud fra et ulighedsperspektiv, være motiveret. (se indsats # 3.1)

I forbindelse med eksisterende belastede områder er problemstillingen sværere, idet det er den sociale udvikling i sådanne bydele, der skal ændres på. I disse tilfælde er det nødvendigt at knække den negative spiral, områderne synes viklet ind i. Her er der visse erfaringer fra det i 1993 nedsatte Byudvalgs indsatser i almene boligområder samt fra kvarterløftsprojekterne 1997-2008.^{164;168} Evalueringerne viser, at tiltrækningen af ressourcer stærke beboere forudsætter en forbedring af områdets udseende og omdømme blandt andet vha. fysiske forbedringer og samtidigt, at særligt en reduktion af huslejen kan medvirke til at fastholde ressourcer stærke beboere som *er* i beskæftigelse. Det må ydermere forventes, at et intensivt SSP arbejde med børn og unge¹⁶⁹ samt fokus på beskæftigelse blandt voksne¹⁶⁵ vil bidrage til en positiv udvikling (se indsats # 3.2).

Der er således to overordnede tilgange mod boligsegregationen: den overordnede boligpolitik og byplanlægning samt indsatser overfor allerede belastede boligområder. Herudover er der med i udgangspunkt i ulighed i sundhed og social position vigtigt at fokusere på at mindske de negative effekter af segregationen.¹⁷⁰ Byfornyelsesprogrammer og andre områdebaserede boligsociale interventioner har været gennemført i mange storbyer og har også undertiden inkluderet indsatser for at ændre befolkningssammensætningen. De har vist sig mindre effektive i forhold til at bryde segregeringsprocessen, som er skabt af stærke mekanismer, og som lokale indsatser har svært ved at eliminere. Effekten er derfor ofte forbigående,^{167;171} omend der argumenteres for, at en indsats af tilstrækkelig varighed, der kombinerer fysiske, organisatoriske, finansielle og sociale aspekter har bedre effekt.¹⁷² Skolen er et centralt omdrejningspunkt.¹⁷³ Ressourcestærke børnefamilier flytter gerne væk fra områder, hvis områdets sociale belastning påvirker kvaliteten af børns skolegang. Dette kan fx ske, hvor en høj koncentration af børn med særlige behov, men uden tilsvarende ekstra ressourcer til støtte, gør klasseundervisningen og hele skoleforløbet mindre udbytterig for eleverne. Politikker der effektivt støtter skoler i belastede områder er derfor af afgørende betydning og har potentiale til både at påvirke selve segregeringsprocessen og også de sociale konsekvenser for børnene deraf. Modeller for geografisk ressourcefordeling mellem og inden for kommuner til daginstitutioner og skoler som sikrer en fordeling som er proportionel med behovet i optagelsesområdet, er en afgørende forudsætning for at reducere nogle af segregationens effekter på børn og unges udvikling.¹⁵⁴ (se indsats # 3.3)

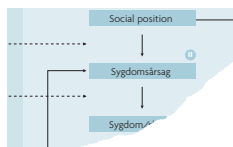
Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

3.1 Byplanlægningen tager hensyn til, at boliger med forskellige ejerskabsformer blandes, og at andelen af almene boliger fordeles ligeligt på tværs af kommunegrænser for at modvirke segregering

3.2 Byfornyelsesprojekter kombinerer fysiske, organisatoriske, finansielle og sociale indsatser, som sikrer overensstemmelse mellem boligkvalitet og pris og forbedrer de fysiske omgivelser for at skabe attraktive boligområder

3.3. Daginstitutioner, skoler og gymnasier i ghettoområder i de mindre privilegerede områder gøres attraktive for fremme de lokale børns udvikling for at forebygge segregeringens effekter på børn og unge

II. Determinanter som er påvirket af social position



Mens der i afsnittene 4.1 til 4.3 har været fokus på determinanter, der er knyttet til børn og unges tidlige udvikling, vil der i denne del af kapitlet være fokus på de årsager til sygdom, som er påvirket af menneskers sociale position.

I figur 2.2 blev det illustreret, at en vigtig mekanisme i skabelsen af ulighed i sundhed er, at menneskers sociale position i samfundet påvirker hvor meget de eksponeres for en række faktorer som kan have betydning for deres sundhed.

De faktorer, der vil blive behandlet i det følgende, er indkomst og fattigdom (afsnit 4.4), langvarig arbejdsløshed (afsnit 4.5), social udsathed (afsnit 4.6), fysiske miljøfaktorer (afsnit 4.7), arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocialt (afsnit 4.8), sundhedsadfærd (afsnit 4.9), og tidlig tab af funktionsevne (afsnit 4.10).

Indsatserne handler således om at reducere disse eksponeringer særligt blandt de med kort uddannelse (pil B) og at mindske sårbarheden i disse grupper for helbredseffekten af risikofaktorerne (pil C).

4.4 Indkomst og fattigdom

I figur 3.3 sås en meget tydelig association mellem indkomst og middellevetid, og at sammenhængen de sidste 20 år er blevet meget stærkere. Der er nu 9,9 års forskel i middellevetid mellem den rigeste og fattigste fjerdedel af den mandlige befolkning og 6 års forskel blandt kvinderne. Sammenhængen mellem indkomst og dødelighed er udtryk for, at der sker en ophobning af effekter af en lang årsagskæde, hvor social baggrund og tidlig udvikling via sundhedsadfærd, beskæftigelse og arbejdsmiljø både påvirker indkomst og helbred.^{174;175} Indkomsten kan desuden have en vis betydning for, hvordan helbredsproblemer udvikler sig og bliver behandlet (se afsnit 4.11). Men påvirkningen kan også gå den anden vej, sådan at sygdom og sygdommens konsekvenser for beskæftigelse har en effekt på indkomsten, og at man af den grund ser en relation mellem dødelighed og indkomst året inden (se afsnit 4.12).

Det, som står i fokus i dette afsnit, er hvordan indkomst eller velstand *i sig selv* har en effekt på risikoen for at blive syg, og hvor stærk den effekt er i forskellige indkomstintervaller. Hvis der ikke er nogen effekt af indkomst på sygdom, vil indkomstpolitik og skattepolitik ikke have relevans for ulighed i sundhed. Det forhold, at uligheden i dødelighed er større, når man opdeler efter indkomst (figur 3.3), end når man opdeler efter uddannelse (figur 1.1) er ikke i sig selv et bevis på, at den økonomiske politik er afgørende. Det skyldes netop, at associationen mellem indkomst og helbred er en konsekvens af, at mange årsagsrelationer spiller sammen.

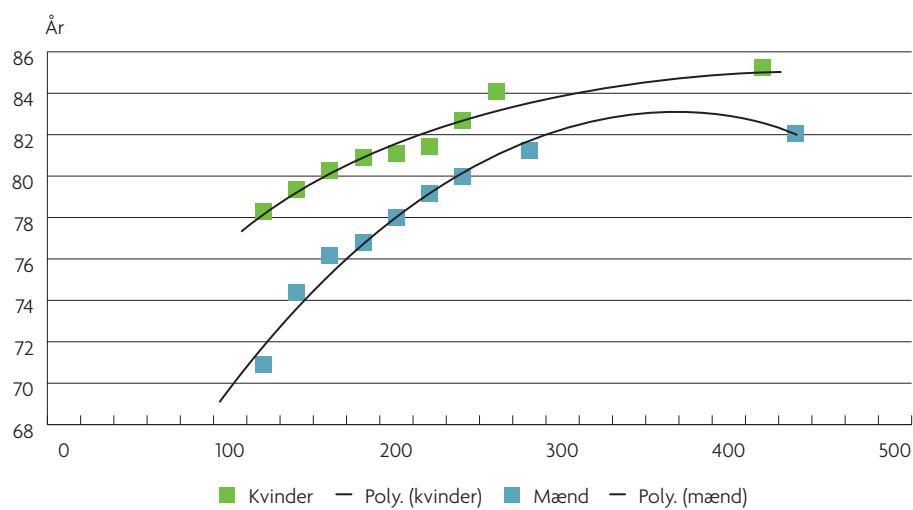
4.4.1 Helbredseffekter af indkomst

Spørgsmålet om indkomstens effekt på helbred har i en lang række engelske, tyske, svenske og amerikanske studier været behandlet på den måde, at man justerer den indkomstrelaterede ulighed i sundhed for uddannelse, erhverv og beskæftigelse, som formodes at ligge forud i årsagskæden.¹⁷⁶⁻¹⁸⁰ Disse undersø-

gelse illustrerer en kompleks sammenhæng mellem de forskellige parametre, således at en betydelig del af effekten af uddannelse sker ved at den påvirker erhverv og indkomst, og at effekten af erhverv delvis sker via indkomst (se figur 2.1). Der er således stadig en betydelig effekt af indkomst tilbage, når man justerer for uddannelse, erhverv og beskæftigelse. I svenske studier finder man en relativ risiko for at dø i erhvervsaktiv alder på ca. 2 mellem laveste og højeste indkomstkventil. I engelske og tyske data er den relative risiko på ca. 3. Effekten er oftest særlig tydelig for mænd, og for kvinder når de klassificeres efter mandens indkomst.¹⁸¹

Mange studier har fokuseret på, hvilken form sammenhængen mellem indkomst og helbred har. Det har særligt været studeret, hvorvidt der, som forudsagt i økonomisk teori, råder en kurvelineær relation. En kurvelineær relation er udtryk for, at der er et aftagende afkast i forhold til helbredsgevinst ved højere end ved lave indkomster. Studier fra mange lande inkl. Danmark^{176;182} har bekræftet hypotesen om kurvelineær relation mellem indkomst og selv vurderet helbred, samt mellem indkomst og dødelighed. Den kurvelineære relation illustreres også i den indkomstafhængige middellevetid i Danmark 2008/09 (fig 4.4.1),

Figur 4.4.1 Sammenhæng mellem årsindkomst (i 1000-kroner) og middellevetid 2008/09. Indkomsten er for alle de aldersspecifikke dødsfald beregnet for året inden dødsfaldet



Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.

Den store interesse for, om relationen mellem indkomst og helbred er lineær eller kurvelineær, skyldes, at sammenhængen har potentielle implikationer for fordelingspolitikken. En omfordeling af ressourcerne ved at flytte indkomster fra de højeste indkomster til de laveste indkomster fx via skattepolitikken, vil betyde et helbredstab blandt højindkomstgrupperne, der er langt mindre, end den helbredsgevinst lavindkomstgrupperne vil opleve. Et samfund med små indkomstuligheder vil derfor, alt andet lige, have bedre folkesundhed i gennemsnit, end et samfund med store indkomstuligheder. Men, som det fremgik af kapitel 1, ikke nødvendigvis mindre social ulighed i sundhed.

Nederst i indkomstskaalen befinder sig dem som ofte betegnes fattige. Fattigdom, forstået som ikke at kunne klare sig i det samfund man lever i, bør anskues relativt, det vil sige i forhold til den tid og det land, man lever i. Derfor er fattigdom i fx Danmark i dag helt forskelligt fra, og skal ikke sammenlignes med, den fattigdom, som udspringer sig i lavindkomstlande, og helt forskellig fra den fattigdom, som fandtes i Danmark i 1930'erne.

Effekten af individuel fattigdom på helbred i dagens Danmark handler både om den sociale og økonomiske stress, som er forbundet med langvarige afsavn, og om uro for ikke at kunne klare husholdningens økonomi.¹⁸³ Et svensk studie har fundet en overrisiko for dårligt selv vurderet helbred og langvarig begrænsende sygdom på 2-4 gange ved forekomst af økonomiske afsavn, når man justerer for socialgruppe og beskæftigelse.¹⁸³ Der er også en grænse, hvor forudsætningerne for at leve sundt med hensyn til bolig, ernæring og fysisk aktivitet mm. bliver truet – det som i England er blevet betegnet som ”a minimum income for healthy living”.^{23;184} Det svarer til den definition af fattigdom, som betegnes budgetmetoden.

Definitionen af fattigdom kan fastlægges på basis af tre beregningsmetoder: indkomstmetoden (indkomst som procent af befolkningens medianindkomst, budgetmetoden (hvad det koster at leve) og afsavnsmetoden (hvilke afsavn har man pga. manglende økonomiske ressourcer).¹⁸⁵

Når fattigdom defineres ud fra budgetmetoden, ser man på, hvordan indkomsterne rækker i forhold til et standardbudget. I 2001 udarbejdede Forbrugersstyrelsen et standardbudget for et rimeligt, almindeligt forbrug, mens Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA) har opstillet to yderligere budgetter: ét hvor standardbudgettet er opgjort uden udgifter til leg, fritid og transport, og ét der også ser bort fra udgifter til varige forbrugsgoder. Dette sidste budget omfatter altså kun udgifter til mad og drikke, beklædning, medicin og personlig hygiejne, samt dagligvarer, altså et *minimums*leveniveau. Det vil være et forbrug, som afspejler et nødvendigt og beskedent forbrug i forhold til en aktiv deltagelse i samfundet. Tabel 4.4.1 viser rådighedsbeløbene for forskellige overførselsindkomsttyper i 2008-års priser, efter skat og boligudgifter.

Tabel 4.4.1 Rådighedsbeløb i kroner pr. måned for starthjælps- og kontanthjælps-modtagere set i forhold til standardbudgettet. 2008-priser og satser

	Enlig (kvinde 30-49 år)	Par med Et barn (3-6 år)
	kroner	kroner
Rådighedsbeløb Starthjælp	2.556	8.583
Rådighedsbeløb Kontanthjælp	4.533	13.536
Rådighedsbeløb, 450 timers reglen ikke opfyldt		7.257
Standardbudget til discount priser	7.149	17.010
Standardbudget uden leg/fritid og transport	3.846	7.961
Standardbudget uden leg/fritid, transport og varige forbrugsgoder	3.118	6.844

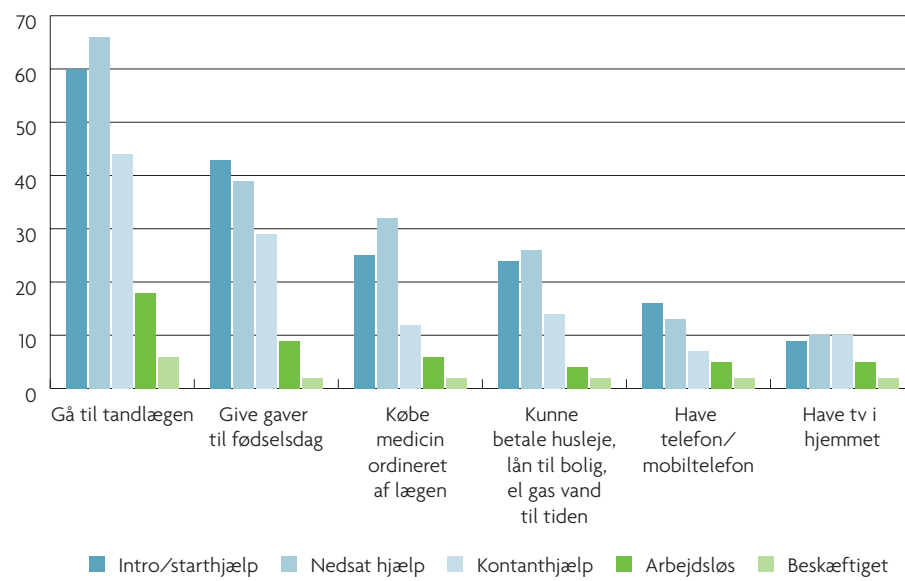
Kilde: Nyt fra Rockwool fondens Forskningsenhed, Nyhedsbrev, juni 2009. Baseret på Hansen: Hvad koster det at leve? - standardbudget for familier. CASA, 2002.

Anm: Rådighedsbeløb = indkomst – skat – boligudgift. Boligudgift er medianlejen i huslejeundersøgelsen 1999 fremskrevet med stigningen i forbrugerprisindeks for husleje. Standardbudget er discountbudget 2001 fremskrevet med forbrugerprisindeks.

Det fremgår af tabellen, at en enlig på starthjælp ikke kan leve op til det standardbudget, som Forbrugerstyrelsen har beregnet. En enlig på kontanthjælp kan heller ikke leve op til standardbudgettet, men kan lige holde et budget hvor der ses bort fra udgifter til leg og fritid og transport. For par med ét barn kan de lige akkurat klare et budget, hvor der ses bort fra leg og fritid samt transportudgifter, men kan langt fra leve op til Forbrugerstyrelsens standardbudget. Bliver parret berørt af 450 timers reglen kan de kun netop klare udgifter til de mest nødvendige ting som mad og drikke, tøj, personlig hygiejne og dagligvarer.

De beregninger som findes for en dansk fattigdomsgrænse efter budgetmetoden, tager delvis hensyn til sundhedsrelaterede behov, mens man i forhold til *afsavns*-metoden inddrager sociale, sundhedsmæssige, materielle og boligmæssige afsavn samt afsavn i forhold til børn.¹⁸⁵ CASA har i et dansk forskningsprojekt sat fokus på konsekvenserne af fattigdom for hverdagslivet, blandt andet defineret ved afsavn.¹⁸⁶ Undersøgelsen fra 2009 viser, at en større andel blandt modtagerne af de laveste sociale ydelser i forhold til dem med et andet forsørgelsesgrundlag har undladt fx at købe medicin og at gå til tandlæge (se figur 4.4.2). Undersøgelsen viser, at der blandt modtagerne af de laveste sociale ydelser er tre fjerdedele (74 %), som har mindst 5 afsavn, og en tredjedel (33 %) har 10 eller flere afsavn (ud af 19 afsavn). Problemet er særlig stort, hvis man ser på flygtningene på starthjælp.¹⁸⁷ I denne gruppe er der 29 %, som har mere end '10 afsavn', mens 40 % har '7-10 afsavn', og ingen har '0 afsavn'. Med udgangspunkt i afsavnsmetoden kan det konstateres, at de laveste kontanthjælpsniveauer leder til afsavn af helbredsmæssig relevans og dermed ligger under, hvad man kan betegne som et minimumbudget for sund levevis.

Figur 4.4.2 Andel (procent) som må afstå fra køb af sundhedsydelser og andre goder opdelt efter type af overførselsindkomster 2007



Kilde: CASA 2009.

4.4.2 Årsager til indkomstulighed og fattigdom

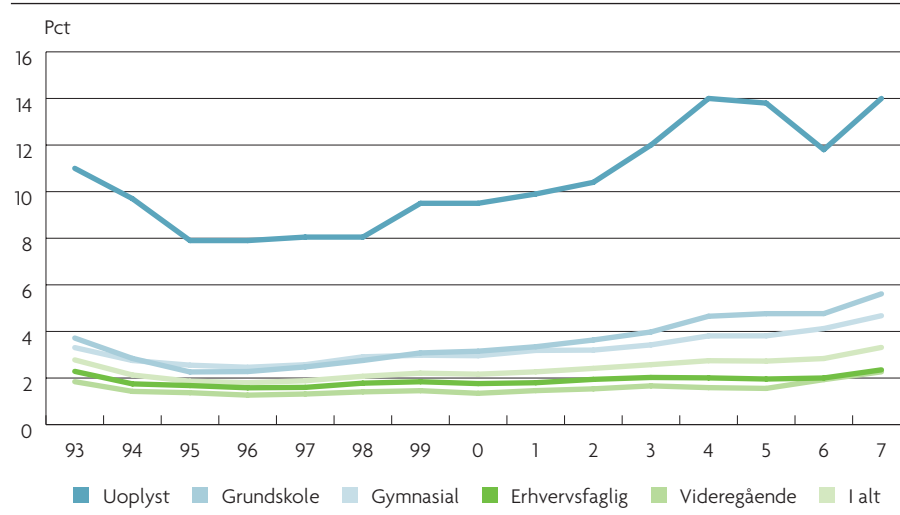
Som nævnt er indkomstuligheden og fattigdommen i Danmark steget i perioden 1995-2008. Andelen af den samlede indkomst blandt den fattigste femtedel er således faldet fra 6,4 % i 2005 til 4,8 % i 2008. For de andre indkomstkventiler er andelen af den samlede indkomstmasse øget en smule. Selv i absolutte tal er indkomsten for de 10 % med de laveste indkomster faldet. Årsagerne er hverken mangel på økonomisk vækst eller stigende arbejdsløshed, men at kapitalindkomsterne fra boligmarkedet er steget for de mest velstillede, at overførselsindkomsterne ikke er steget i samme takt som lønindkomster og for det tredje, at ændringer i skattepolitikken har medført, at dens socialt udlignende fordelingspolitiske effekt er blevet svækket.

Overførselsindkomster har en meget stor effekt på indkomstfordelingen. Uligheden målt som gini-koefficient var for de primære arbejdsindkomster (før skat og overførselsindkomster) 0,46 i 2005. Tager man hensyn til overførselsindkomster falder den til 0,30 og efter skat til 0,24. Mens uligheden således reduceres med 40-50 % i de skandinaviske velfærdsstater er de tilsvarende tal i England 33 % og USA 23 %.¹⁸⁸ Fra 2000 til 2008 er overførselsindkomsternes evne til at holde fattigdommen nede blevet reduceret fra 63 % til 57 % (Eurostat 2010). Det skyldes i altovervejende grad ændringerne inden for kontanthjælpsområdet – dvs. kontanthjælpsloftet, 450-timers regelen mm.¹⁸⁹ De overførselsindkomster, som i Danmark har størst fordelingspolitisk betydning, er netop kontanthjælpen, samt Statens Uddannelsesstøtte, folkepensionstillæg, og forskellige boligydelse. De overførselsindkomster, som ikke er påvirket af husholdningens indkomst, dvs. dagpenge, efterløn, førtidspension og børnetilskud, spiller en noget mindre rolle.

Med den stigende indkomstulighed er flere blevet fattige. Figur 4.4.3 viser, at når fattigdom måles som en indkomst under 50 % af befolkningens medianindkomst, faldt andelen af fattige frem til 1995, men siden er der sket en stigning, i særdeleshed blandt dem som kun har grundskoleuddannelse eller uoplyst

uddannelse. Personer med uoplyst uddannelse er primært indvandrere. Risikoen for at blive berørt af fattigdom hænger således tydeligt, og i stigende udstrækning, sammen med længden af uddannelse. I 2007 var andelen af fattige på 5,6 % blandt de 25-64-årige med grundskole som højeste fuldførte uddannelse. For personer med en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse var den tilsvarende andel på omkring 2,3 %.

Figur 4.4.3 Andel fattige 1993-2007 efter højest fuldførte uddannelse



Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af Finansministeriets lovmodelregister.
Anm: Figurene vedrører 25-64 årige. Studerende indgår ikke i gruppen af fattige. Personer med gymnasiale uddannelser er ikke medtaget i figuren, men indgår i "I alt".

Generelt ses, at fattigdommen er mest udbredt blandt børn (4,7 %) og unge (8,5 %), også når studerende *ikke* tages med i beregningerne, mens den er lavest blandt pensionister (1,5 %) (se tabel 4.4.2). Det skyldes især, at pensions- og formueforhold spiller en stor rolle blandt de ældre.

Tabel 4.4.2 Antal (1000) fattige og andel (procent) fordelt på aldersgrupper. 2007

10A Andel fattige fordelt på alder, 2007		
	Antal fattige	Andel fattige
	1.000 personer	%
Børn (0-17 år)	56,1	4,7
Unge (18-24 år)	35,6	8,5
Erhvervsaktive (25-59 år)	90,9	3,6
Ældre (60-65 år)	7,3	1,7
Pensionister (over 65 år)	11,8	1,5
I alt	201,4	3,7

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af Finansministeriets lovmodelregister.
Anm: Fattige er opgjort ud fra 50 % af medianindkomsten. Studerende er udeladt.

De nye reducerede kontanthjælpsformer – introduktionsydelse og starthjælp har været en medvirkende årsag til den voksende fattigdom siden 2001, som det fremgår af tabel 4.4.3. Blandt dem, som er på introduktionsydelse eller starthjælp, er 60-70 % fattige (2007), og for dem som er på kontanthjælp er 30 % fattige. Blandt personer i beskæftigelse eller for førtidspensionister er andelen ca.

2 %. Mange er dog kun fattige i en kortere periode. I løbet af 2004-2007 modtog 70.000 personer i kortere eller længere tid de laveste sociale ydelser som forsørgelsesgrundlag. Heraf var ca. 40.000 personer med ikke-dansk baggrund.¹⁹⁰

Tabel 4.4.3 Gennemsnitsindkomst (kr. per år) og andel fattige 2007 fordelt på type af overførselsindkomst

	Gennemsnitlig disponibel indkomst	Andel fattige
	Kr.	%
Introduktionsydelse	79.600	72,6
Starthjælp	87.700	61,2
Kontanhjælp	109.000	29,9
Forsikrede ledige	178.600	4,3
Førtidspension	169.900	1,6
Beskæftigede	221.300	2,3

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af datagrundlaget for Finansministeriets Lovmodel.

Anm: Den disponible indkomst angiver den gennemsnitlige husstandsækvivalerede disponible indkomst per år. Der er anvendt en fattigdomsgrænse på 50 % af medianindkomsten. Familier hvor mindst én forsørger er studerende regnes ikke for fattige.

4.4.3 Effektive indsatser

Indkomstfordelingen påvirkes af en meget lang række samfundsøkonomiske mekanismer fra lønudviklingen på arbejdsmarkedet til skatteskalaernes udformning og udformningen af boligskat og kapitalbeskatning. Ud fra en sundhedsfaglig synsvinkel ser det ud til, at det afgørende er husstandens indkomstniveau og den grad af økonomisk stress eller modsat – frihed – det giver. At begrænse indkomstuligheden vil, uanset hvordan det gøres, have en gavnlig effekt på folkesundheden i gennemsnit og for uligheden. (se indsats # 4.1)

De mest alvorlige helbredseffekter optræder hos dem, der er fattige i en sådan grad, at de lider en række afsavn af medicinsk relevans. Følsomheden for helbredseffekter af fattigdom er særlig stor blandt børn, og derfor bliver indsatser som regulerer kontanthjælpsniveauet hos børnefamilier særlig vigtige (se indsats # 4.3 og # 4.5). Der findes en livlig diskussion om, og hvordan man skal fastsætte fattigdomsgrænser. Ud fra en sundhedsmæssig betragtning er det centralt, at man får fastsat et niveau for, hvad man kalder en minimumindkomst for sund levevis, hvor indkomstniveauet ikke er den faktor, som begrænser mulighederne for en sundhedsfremmende adfærd, og brug af de sundhedsydelser, der er behov for. (se indsats # 4.4).

Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

4.1 Sikre at indkomstuligheden ikke øges, eksempelvis gennem regulering af overførselsindkomster, skatteskalaer mm.

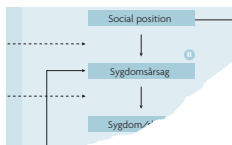
4.2 Universel socialpolitik, hvor så mange som muligt dækkes af universelle sociale ydelser for at begrænse social ulighed og fattigdom

4.3 At lægge kontanthjælpsniveauet på et niveau som ikke leder til sådanne afsavn i forhold til kost og udgifter til medicin mm som har konsekvenser for helbred

4.4 Der årligt beregnes en årlig minimumindkomst som forudsætning for sund levevis

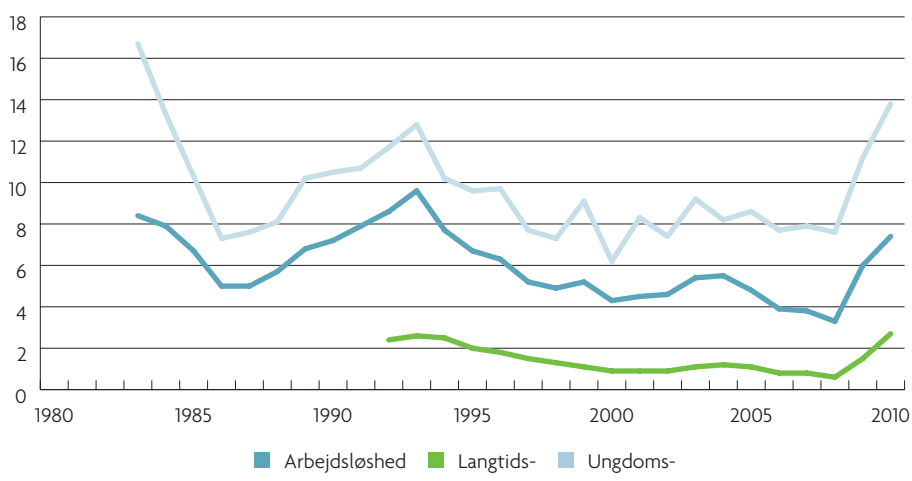
4.5 Børnefattigdom elimineres for at forebygge de langsigtede irreversible effekter fattigdommen har for børn

4.5 Langvarig arbejdsløshed



Alle lande inkl. Danmark har oplevet perioder, hvor en betydelig del af arbejdskraften kastes ud i langvarig arbejdsløshed. Netop nu i 2011 gennemlever verden igen en krise med høj arbejdsløshed, og Danmark er også ramt. Danmark har traditionelt et arbejdsmarked, som er karakteriseret ved en meget høj jobmobilitet, hvor man hvert år siden 1980'erne har set, at 25-35 % af arbejdsstyrken skifter arbejdsgiver, og lige så mange er berørt af – ofte kortere – perioder af arbejdsløshed. Det er delvis betinget af, at Danmark har en åben meget konkurrenceudsat økonomi, med mange små og mellemstore virksomheder. Mobiliteten i Danmark er 40 % højere end i EU i øvrigt. Under normale konjunkturer nedlægges årligt ca. 10-15 % af arbejdspladserne i Danmark, og lige mange skabes i andre virksomheder. Danmark har ligesom mange andre lande en strukturelt betinget faldende efterspørgsel på arbejdskraft uden eller med meget kort erhvervsuddannelse.

Figur 4.5.1 Arbejdsløshed i procent af arbejdsstyrken 1983-2010 totalt, blandt unge (16-24 år) og langvarig arbejdsløshed (>6 mdr)



Kilde: EUROSTAT.

Arbejdsløsheden i Danmark var meget høj i begyndelsen af 1980'erne og omkring 1990. På den baggrund var udviklingen senere i 1990'erne slående, idet arbejdsløsheden faldt kraftigt i denne periode. I 2008 faldt ledigheden til det laveste niveau siden 1974 og beskæftigelsen var på sit højeste niveau nogensinde.

4.5.1 Helbredseffekter af langvarig arbejdsløshed

Talrige undersøgelser og aktuelle reviews¹⁹¹ har dokumenteret, at arbejdsløse har dårligere helbred, blandt andet på grund af depressioner, selvmord(sforsøg) og hjertekarsygdom.^{192;193} Dette illustreres senere i rapporten med aktuelle danske data (tabel 4.12.2), og de tal indikerer især en tydelig overhyppighed af psykiske problemer blandt personer på dagpenge. Arbejdsløshed rammer betydeligt oftere mennesker med kort uddannelse, (tabel 4.5.1). Desuden taler visse studier for, at sammenhængen mellem arbejdsløshed og helbred er stærkere blandt dem med lavere socioøkonomisk position.¹⁹⁴ Bag denne statistiske sammenhæng mellem arbejdsløshed og helbred findes to vigtige kausale relationer: Den første er, at dårligt helbred, ikke mindst psykiske lidelser, øger risikoen at blive arbejdsløs.^{195;196} Det sker ikke kun i lande som Danmark og England, hvor man kan blive afskediget på grund af sygdom, men også i fx Sverige hvor der findes lov-

givning, som skal hindre, at det sker. Men netop fordi mentale problemer oftest viser sig som diffuse symptomer som træthed, samarbejdsproblemer etc, kan de være årsag til arbejdsløshed også i disse lande.

Den anden årsagsrelation handler om arbejdsløshedens effekt på helbredet. På grund af den modsatte årsagsrelation har det imidlertid været vanskeligt at drage helt sikre konklusioner på det punkt. De bedste og nyeste britiske og nordiske studier på områder^{195;197-201} finder, at der er en effekt af arbejdsløshed på mentalt helbred, særligt depressioner. Effekten er større, når arbejdsløsheden er forbundet med økonomisk stress. I Danmark er det vist, at langvarig arbejdsløshed er forbundet med en større risiko for brug af anti-depressive midler, også efter kontrol for selektion.²⁰² Forbruget af antidepressiv medicin i det sidstnævnte studie var størst blandt dem, der både havde oplevet tidligere langtidsarbejdsløshed og samtidig oplevede nuværende jobusikkerhed. Samme ophobning af stressende livsbegivenheder (inklusive skilsmisser og gentagne episoder af arbejdsløshed) har vist sig at være positivt relateret til meget højt alkoholforbrug (dvs. over 35 genstande om ugen)²⁰³ og negativt relateret til rygeophør.²⁰⁴

Ligeledes har man i mange undersøgelser, fx baseret på store svenske tvillingstudier, fundet effekt på mortalitet totalt og på enkelte dødsårsager som selvmord. Derimod er det mere usikkert, hvordan effekten er på hjertekarsygdom.^{205;206} Et 13-årigt follow-up studie af danskere i aldersgruppen 20-58 år²⁰⁷ viste, at hvor alle arbejdsløse mænd under 50 år havde øget risiko for død, var det for arbejdsløse kvinder kun dem i tyverne, der havde samme overrisiko. Efter ti års opfølgning kunne der påvises en øget dødelighed for mænd pga. cancer, selvmord og andre skader, men ikke pga. hjertekarsygdom. Der var ingen signifikant årsagsspecifik overdødelighed for arbejdsløse kvinder, men en tendens til, at deres selvmordsrisiko var højere. Forøget risiko for selvmord blandt arbejdsløse er ligeledes vist af Agerbo²⁰⁸ og Iversen.²⁰⁹ Førstnævnte kontrollerer for tidligere psykiatrisk indlæggelse, men det er sandsynligt, at psykiske symptomer, der ikke har medført indlæggelse, spiller en afgørende rolle for både arbejdsløshed og selvmordsforsøg. I nyere svenske studier, hvor man bedre har kunnet kontrollere for psykiske symptomer,¹⁹⁷ er det tydeligt, at en del af den overdødelighed, man finder blandt personer, der har været arbejdsløse, er betinget af, at de arbejdsløse var mere syge, inden de blev arbejdsløse, og tilstanden er muligvis forværret af arbejdsløsheden. Effekten synes at være stærkere blandt mænd end blandt kvinder.

Det er således sandsynligt, at langvarig arbejdsløshed, gentagne jobtab og oplevelser af jobusikkerhed sammen med andre stressende livsbegivenheder giver øget risiko for forskellige negative helbredskonsekvenser, herunder særligt depression. Der er dog ingen evidens for, at arbejdsløshed eller jobtab i sig selv skulle påvirke risikoen for hjerte-karsygdom.^{206;207;210;211}

Det er et åbent spørgsmål, om befolkningsgrupper med lav social position er mere sårbare over for effekterne af arbejdsløshed.²¹² Christensen et al²¹³ har vist, at det afhænger af uddannelseslængde og hvordan man tackler arbejdsløshed.

De fleste studier peger desuden på, at mænd i 30-50 års alderen er dem, som er mest sårbare for helbredseffekter af arbejdsløshed. Selvom yngre måske ikke er de mest sårbare for umiddelbare helbredseffekter, er langvarig arbejdsløshed blandt unge en betydelig risikofaktor for langsigtet marginalisering.¹⁹⁹

4.5.2 Årsager til langvarig arbejdsløshed

Som figur 4.5.1 viser, spiller makroøkonomiske forhold en væsentlig rolle for, hvor mange som rammes af arbejdsløshed og især langvarig arbejdsløshed. Det handler om konjunkturelle og strukturelle årsager. Ikke mindst de sidste er relevante i forhold til social ulighed i sundhed, fordi det handler om det langsigtede fald i efterspørgslen efter arbejdskraft med ingen eller kort uddannelse. Bag dette opererer den tekniske udvikling og globaliseringen med den frie bevægelse af arbejdskraft, varer og kapital. Det ligger uden for denne rapport at gå mere ind på de makroøkonomiske forhold, men det kan konstateres, at arbejdsløshed er ulige fordelt i befolkningen. Tabellen illustrerer, at der findes en gradient efter uddannelseslængde, men ligeså vigtig er indholdet af uddannelsens erhvervsprofil. Dvs. at kompetencerne svarer til de behov, som den foranderlige erhvervsstruktur kræver.

Tabel 4.5.1 Risiko for overgang til arbejdsløshedsdagpenge (procent) 2000 og 2009 opdelt på uddannelse

	2000	2009
Grundskole	1,9	2,5
Erhvervsfaglig uddannelse	1,4	1,7
Videregående uddannelse	1,0	1,0

Kilde: Danmarks Statistik: Arbejdsløshed – ny analyse af ledighedsforløb. 2009.

En anden vigtig individuel årsag til arbejdsløshed og langvarig arbejdsløshed er dårligt helbred – særligt psykiske helbredsproblemer. Ved arbejdsløshed kan personer med psykiske helbredsproblemer få det svært, når de skal søge nyt arbejde i konkurrence med andre, som fremstår mindre psykisk sårbare. Det forhold gælder ikke mindst i lande, som har en stærk beskyttelse mod afskedigelse på grund af sygdom. Her er arbejdsgiverne fokuserede på at undgå ansættelse af den arbejdskraft, som kan få nedsat psykisk arbejdsevne og højt sygefravær.¹⁹⁵

4.5.3 Effektive indsatser

Den strukturelle arbejdsløshed i Danmark har været lav de seneste 15 år. Der er flere årsager til dette: de store arbejdsmarkedspolitiske reformer 1993-94, en lav inflationstakt internationalt og mådeholdenhed i løndannelsen.²¹⁴ At det danske arbejdsmarked fungerer så relativt godt, har vakt stor international interesse. Da den danske tradition med høj mobilitet på arbejdsmarkedet, kombineret med stor tryghed i indkomsten ved arbejdsløshed blev kombineret med en meget aktiv arbejdsmarkedspolitik i begyndelsen af 1990'erne, blev begrebet "flexicurity" internationalt kendt og fremhævet som en interessant model i EU og OECD. Modellen har dog sjældent været diskuteret ud fra en sundhedspolitisk synsvinkel.

Den ene komponent – fleksibiliteten, dvs. den høje mobilitet, medfører, som nævnt, at en betydelig andel af arbejdskraften regelmæssigt oplever – ofte korte – arbejdsløshedsperioder. De helbredseffekter, som der blev diskuteret i 4.5.2, handler dels om den stress og usikkerhed, der kan opleves ved trussel om arbejdsløshed, dels om den stresseffekt, som *langvarig* arbejdsløshed har. Men når en meget stor del af arbejdskraften oplever, at der er god chance for ret hurtigt at få et nyt job efter frivillig eller ufrivillig arbejdsløshed, mindsker det formentlig noget af stresseffekten af jobusikkerheden og kortvarig arbejdsløshed. At der samtidig har været en relativ høj indkomstsikkerhed, selv ved længerevaren-

de arbejdsløshed, kan også medvirke til at moderere helbredseffekten af langvarig arbejdsløshed.

En vigtig grund til at mobiliteten er så høj i Danmark, er, at det i modsætning til de fleste andre Vesteuropæiske lande, er muligt at afskedigede ansatte af individuelle årsager som fx sygdom. Det er kun England, som har samme ”fleksibelt” arbejdsmarked. Men i Danmark er flexicurity modellen – i modsætning til i England – kombineret med to andre elementer: en høj indkomstsikkerhed (dog med et betydeligt indkomstbortfald for de med højere indkomster) ved arbejdsløshed, og en meget aktiv arbejdsmarkedspolitik, med et stærkt tilbud om omskoling og uddannelse. I de senere år har der endvidere været tiltagende krav om aktiv jobsøgning og aktivering. Det kraftige uddannelses- og omskolingsselement i den aktive arbejdsmarkedspolitik har medvirket til at opretholde beskæftigelse blandt kortuddannede. Den må dermed formodes at have bidraget til mindsket ulighed i arbejdsløshedens helbredseffekter.

Den danske arbejdsmarkedspolitiske model har således antageligt bidraget til at reducere ulighed i sygdomsbyrde, men det har netop været under forudsætning af, at alle tre komponenter i ”flexicurity” har været i balance. Hvis indkomstsikkerheden svækkes, øges stressen ved arbejdsløshed, og hvis den aktive arbejdsmarkedspolitik svækkes, bliver det sværere for de kortuddannede og helbredsmæssigt mindre ressourcestærke at komme tilbage efter arbejdsløshed (se indsats # 5.1). Flexicurity modellen ser ikke mindst ud til at have gavnet beskæftigelsen blandt unge og kvinder, samt i en vis udstrækning også blandt kortuddannede. Muligheder for omskoling og videreuddannelse ved arbejdsløshed er der for en central komponent, men stor relevans for ulighed i sundhed (se indsats # 5.2).

Man kan være mere usikker på er, hvordan denne model fungerer for dem, som har nedsat helbred, eller måske psykisk sårbare. Det forhold at arbejdsløshed ser ud til i så høj grad både at være en årsag til og effekt af psykiske problemer taler stærkt for, at beskæftigelsesindsatsen kombineres med en meget aktiv sundhedsfaglig indsats for at behandle psykiske helbredsproblemer (se indsats # 5.5). Dette spørgsmål behandles endvidere i afsnit 4.12, hvor det handler om faktorer på arbejdsmarkedet, som påvirker uligheden i konsekvenser af sygdom.

Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

5.1 Arbejdsmarkedsmodel, som kombinerer et fleksibelt arbejdsmarked, med et godt forsørgelsessystem og en aktiv beskæftigelsesindsats, som bidrager til at holde arbejdsløsheden nede

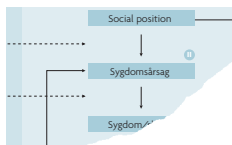
5.2 Muligheder for livslang uddannelse og omskoling, fordi det medvirker til at holde arbejdsløsheden nede blandt personer med kort uddannelse

5.3 Ungdomsarbejdsløsheden holdes lav, især fordi de første år efter skolen er afgørende for, hvordan man klarer sig længere frem på arbejdsmarkedet

5.4 Beskæftigelsesindsats der benytter økonomiske incitamenter og stiller krav om deltagelse i aktivering. Kravet om aktivering skal afbalanceres med den enkeltes ressourcer, så det sikres, at økonomisk og anden stress ikke forstærker de helbredsmæssige konsekvenser af arbejdsløshed

5.5 Beskæftigelsesindsatsen kombineres med en sundhedsfaglig indsats særlig med fokus på psykiske problemer

4.6 Social udsathed som årsag til og konsekvens af sygdom



I de foregående afsnit har der især været fokuseret på den sociale gradient i sundhed, dvs. den sammenhæng mellem individers sociale position og deres sygdomsrisiko, som går tværs gennem hele befolkningen. Men som nævnt i kapitel 2, kan ulighed i sundhed også anskues som forskellen mellem en gruppe mennesker, der er socialt meget udsatte, og resten af befolkningen. Dette afsnit handler om udsathed både som årsag til og konsekvens af sygdom.

Social udsathed kan optræde i mange forskellige grader fra at være i risiko for social udsathed på grund af længerevarende arbejdsløshed, lave indkomster eller sygdom til de synligt socialt udsatte: hjemløse, misbrugere, prostituerede, mv. Personer, som er fattige, eller misbrugere, men som klarer sig godt i samfundet er i *risiko* for udsathed. I denne rapport defineres socialt udsatte, som personer, der er ramt af social eksklusion på flere dimensioner samtidig, dvs. både er ekskluderet fra arbejdsmarked, måske har mistet kontakt med familie, kan have svært at klare sig på boligmarkedet, og måske ikke har kvalificeret sig til de universelle sociale ydelser.²¹⁵

Det er svært at få et præcist billede af, hvor mange socialt udsatte der er i Danmark, blandt andet fordi det er et sammensat begreb. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) har i 2009 kortlagt hjemløsheden i Danmark og skønner, at der på årsbasis er mellem 11.000 og 13.000 personer, der berøres af hjemløshed. Hovedparten af de hjemløse er mænd (78 %) og de fleste er yngre eller midaldrende. Således er ca. en fjerdedel unge mellem 18 og 29 år, hvilket peger på, at der til stadighed sker en nytilgang til hjemløshedsgruppen. Cirka hver femte hjemløse har etnisk minoritetsbaggrund, og det er især indvandrere og flygtninge, det drejer sig om. Hovedparten af de hjemløse har ikke tilknytning til arbejdsmarkedet men er modtagere af kontanthjælp eller førtidspension.²¹⁶ Udover hjemløse er der socialt udsatte med misbrugsproblemer, psykiske sygdomme og prostituerede. Rådet for Socialt Udsatte skønner, at disse grupper tilsammen udgør ca. 70.000 personer eller over 1 % af den danske befolkning. Der er et ikke ubetydeligt overlap mellem personerne, der indgår i hver enkelt gruppe, da nogle for eksempel både er sindslidende, stofmisbrugere og hjemløse.²¹⁷

4.6.1 Sammenhængen mellem social udsathed og helbred

Der har i de foregående afsnit været forsøgt at holde orden på årsagsrelationerne, men for de socialt udsatte er det nærmest et spørgsmål af ren akademisk interesse, i hvilken udstrækning deres udsathed er en effekt af, eller en årsag til, deres dårlige helbred. De sociale og de medicinske forhold er overlappende og svære at adskille.

På grund af begrænset viden om de socialt udsattes helbredsforhold udførte Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed i 2007 en større undersøgelse i hele landet af sundhedsforholdene blandt brugere af væresteder, herberg, varmestuer og andre sociale tilbud.²¹⁸ Resultaterne er ikke nødvendigvis repræsentative for hele gruppen af socialt udsatte, blandt andet er prostituerede ikke inkluderet, men de giver et aktuelt og omfattende billede af forholdene for brugere af de sociale tilbud. Vi viste i tabel 3.3 og 3.6 nogle resultater fra disse studier, som illustrerer de socialt udsattes ekstremt høje sygelighed – ikke mindst psykisk sygdom. I SUSY Udsat undersøgelsen blev det fundet, at 40-60 % af de udsatte på et tidspunkt havde forsøgt selvmord, mens dette kun

gjaldt for 1,2 % af respondenterne i den tilsvarende generelle befolkningsundersøgelse SUSY 2005⁶¹ (se tabel 4.6.1).

Tabel 4.6.1 Helbredsforhold (procent) blandt forskellige grupper af socialt udsatte 2007

	Alkohol- misbrugere	Sinds- lidende	Hjemløse	Stof- misbrugere	Fattige	Hele befolkning- en SUSY 2005
Langvarig sygdom	64	70	52	67	67	39
Ofte stresset i dagligdagen	29	37	27	36	56	9
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	38	45	26	37	44	3
Nedtrykt, deprimeret el ulykkelig seneste 14 dage	28	44	27	39	49	3
Forsøgt selvmord	40	56	39	54	60	1

Anm: Opstillet på baggrund af data fra SUSY Udsat. 'Fattige' er defineret som personer, der har angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd. SUSY 2005 bruges som sammenligningsgrundlag for baggrundsbefolkningen.

Tallene afspejler en voldsom psykisk belastning, og værst står det til hos de, der er definerede som økonomisk marginaliserede/fattige efter at have angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd. Også en interviewundersøgelse af de udsattes egne oplevelse har vist, at de oplever deres tilværelse som værende præget af stress, ensomhed, angst og lavt selvværd. Ydermere hænger de psykiske belastninger sammen med følelsen af at leve et liv, der er uværdigt, skamfyldt og forspildt.²¹⁹

En anden udsat gruppe er flygtninge på starthjælp har mange karakteristika til fælles med de socialt udsatte grupper, idet de både er fattige og ofte også syge og traumatiserede. Et studie med fokus på flygtninges forsørgelse og levevilkår dokumenterer, at flygtninge på starthjælp oplever mange afsavn i hverdagen, som påvirker deres fysiske og psykiske sundhedstilstand.¹⁸⁷ Det drejer sig blandt andet om, at mangel på økonomiske ressourcer har været årsag til, at 30 % har undladt at købe lægeordineret medicin, 69 % har undladt tandlægebesøg, 30 % har undværet tre måltider mad om dagen, og 60 % har undværet frisk frugt og grønt hver dag. Ydermere har størsteparten af flygtninge på starthjælp undladt at forny opslidt tøj, fodtøj og overtøj, og at besøge venner og familie, der bor længere væk end 20 km. Rapporten viste endvidere, at 52 % af flygtninge på starthjælp vurderede at deres helbred var dårligt eller meget dårligt.¹⁸⁷ Det er tankevækkende, at for de socialt udsatte i SUSY Udsat undersøgelsen, var den tilsvarende andel på 26,5 %.²¹⁸

4.6.2 Årsager til social udsathed

Social udsathed kommer ikke pludseligt. Der er ofte tale om en proces, hvor der over tid kommer flere og flere dårlige forhold til. En af de væsentlige risikofaktorer er tidligere udsathed, idet personer, der en gang har været udsatte, har betydeligt større risiko for udsathed senere i livet.²²⁰ For en meget stor del af de socialt udsatte er alvorlig psykisk sygdom og misbrug afgørende faktorer. Forandringer af psykiatrien med færre sengepladser, og begrænsede ressourcer til et behandlingsområde, hvor behovene tilsyneladende stiger i befolkningen (se videre 4.11), er hermed en vigtig faktor. Også boligpolitikken, som medfører, at denne gruppe i stor udstrækning er udelukket fra det private boligmarked, og afvises af mange almene boligselskabers regler for afvigende adfærd, har bidraget.

I et livsløbsperspektiv er der en klar sammenhæng mellem social udsathed og problematiske opvækstvilkår i barndommen. Socialt udsatte vil i langt højere grad end andre have oplevet en barndom med fattigdom. De socialt udsatte vil over livsforløbet være udsat for en række sociale begivenheder som eksklusion fra arbejds- og boligmarked, og individuelle forhold som alkoholisme, sindslidelse, skilsmisse, langvarig sygdom eller alvorlige ulykker.²²⁰ Endelig har personer længere nede i det sociale hierarki større risiko for udsathed, fordi personer med ringe eller manglende erhvervsuddannelse har større risiko for jobs med risikable arbejdsmiljøforhold og dermed større risiko for tidligere nedslidning og samtidig lav eller ingen supplerende pension.

Alkohol- og narkotikamisbrug er et afgørende element i mange socialt udsattes liv og helbred. Danmark har en betydeligt højere dødelighed af alkohol- og narkotika relaterede sygdomme og skader end fx Sverige og Norge. Årsagen skal blandt andet findes i Danmarks mindre restriktive politik på især alkoholområdet. Personer, som dør af alkohol- eller narkotikaforgiftning, alkoholpsykose og alkoholisme mm. har ofte længe haft et forbrug, som har gjort dem socialt meget udsatte.

For gruppen af udsatte flygtninge gælder yderligere forhold, der er med til at determinere deres eksklusion fra samfundet i øvrigt. Center for Alternativ Samfundsanalyse har i en spørgeskemaundersøgelse undersøgt de væsentligste grunde til, at flygtninge på starthjælp har vanskeligt ved at blive selvforsørgende, og dermed risikerer at leve i fattigdom og ikke blive integreret i det danske samfund. Undersøgelsen viser, at de hyppigste årsager er sprog- og helbredsproblemer, efterfulgt af manglende kvalifikationer og arbejdsløshed samt manglende netværk.¹⁸⁷ Hver fjerde kontanthjælpsmodtager på nedsatte ydelser (de der er ramt af kontanthjælpsloft, reduktion efter 6 måneder og 450 timers reglen) har under 43 kr. pr. dag til rådighed, når skat, husleje og faste udgifter er betalt. De 43 kr. skal dække mad, tøj, sko, transport, medicin og andre ikke faste udgifter.¹⁸⁷ Dette kan være medvirkende til, at hver femte af de hjemløse er flygtninge.

4.6.3 Effektive indsatser

Indsatserne i forhold til socialt udsatte må rette sig mod de forhold, der er medvirkende til at skabe social udsathed, men også mod de helbredsmæssige forhold, den sociale udsathed fører med sig. De socialt udsatte har en række sociale, psykiske og somatiske problemer, der betyder, at ingen af indsatserne kan stå alene, men at der skal være en tilstrækkelig koordination mellem de forskellige former for social støtte og den behandlingsmæssige og rehabiliterende indsats.

En række relevante indsatser vil være beskrevet under de øvrige determinanter (se blandt andet 4.2, 4.4 og 4.5) Dette reflekterer, at generelle velfærdsinvesteringer med fokus på at minimere ulighed i høj grad antages at forebygge, at sociale problemer fører til udsathed.²¹⁵

Adgang til boligmarkedet

Som beskrevet har socialt udsatte en høj risiko for at blive ekskluderet fra boligmarkedet. Der er således et behov for en markant indsats, der sikrer tilgængelighed af billige boliger. Samtidig er en tidlig indsats for at forhindre at mennesker med få sociale og økonomiske ressourcer bliver udsat fra egen bolig et vigtigt fokus. I den internationale forskning sondres der mellem tre principielt forskellige indsatsmodeller i forhold til at få hjemløse tilbage i egen bolig. Det kan være: (i) individuel boligstøtte, (ii) udslusningstilbud eller (iii) differentieret sanktions/belønningssystem, som knytter an til fx stoffrihed.²¹⁶ Der mangler undersøgelser af, hvilke metoder der har størst effekt på danske forhold.

Rådet for Socialt Udsatte efterlyser opførsel af flere 'skæve boliger', dvs. rummelige boligafdelinger der opfylder brugernes behov. Erfaringer viser, at små boligafdelinger på 6-10 boliger med brugerinddragelse ift. udformningen er mest hensigtsmæssige for de socialt udsatte (se indsats # 6.1).²²¹

Behandling og rehabilitering af psykisk sygdom og misbrug

Socialt udsatte er som sagt karakteriseret ved at have et meget komplekst samspil af fattigdom, hjemløshed, alvorlig psykisk sygdom, misbrug og ikke sjældent en række somatiske sygdomme oveni. Det er vanskeligt at hjælpe denne gruppe, som har brug for både social, medicinsk og psykologisk hjælp. Der har de senere år, været en tendens til, at flere behandlingstilbud afslår at behandle mennesker, der lider af flere forskellige problemer samtidig. Mange af behandlingstilbudene til de marginaliserede misbrugere er i de senere år blevet lukket til fordel for tilbud til de socialt integrerede misbrugere, mens en del psykiatriske behandlingstilbud ikke er åbne for misbrugere. Ligeledes er stof- og alkoholmisbrug varetaget af to forskellige kommunale sektorer, hvis behandlingsregimer vurderes at fjerne sig fra hinanden på trods af blandingsmisbrug hos brugerne.²²¹ Deres kontakt med det somatiske sundhedsvæsen er præget af skadestuebesøg og akutte indlæggelser (se 4.11), og de savner ofte en fast kontinuerlig kontrol af deres mange kroniske sygdomme. Ophobningen af forskellige risikofaktorer er netop karakteristisk for mange af de socialt udsatte, og det følger deraf, at flere falder gennem det eksisterende system. Dette fremmer ikke muligheden for, at de dårligst stillede kan komme ud af hjemløshed mv.²²²

Mange socialt udsatte lider af langvarige og psykotiske lidelser, og kontakten med socialpsykiatrien bliver for disse patienter det nærmeste de kommer en "familie". Men der er i det kliniske arbejde meget lidt løbende monitorering af levevilkårene for denne patientgruppe, med hensyn til bolig, beskæftigelse og socialt netværk.

En større undersøgelse udført af det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) viser, at der er et udækket behov for social behandling blandt en stor del af mennesker i behandling for stofmisbrug.²¹⁶ Brugere selv efterlyser hjælp i forhold til håndteringen af sociale, fysiske og især psykiske problemer, og SFIs rapport fremhæver, at der er et misforhold mellem graden af psykiske problemer

blandt brugerne, andelen af behandlingstimer, der er sat af til psykologisk behandling samt fagsammensætningen blandt personalet. Netop den psykologiske behandling er hovedparten af de ansatte i behandlingstilbuddene mindre kvalificeret til at varetage, idet der primært er tale om socialpædagoger, socialrådgivere og sygeplejersker²¹⁶ (se indsats # 6.2).

I alkoholbehandlingen efterlyser Rådet for Socialt Udsatte strammere regler i forhold til udmøntningen af behandlingstilbud til alkoholmisbrug.²²¹ Regler, der i følge Sundhedsstyrelsen kan minimere problemerne med svingende kvalitet og manglende brug af evidensgrundlag i de forskellige alkoholbehandlingstilbud (se indsats # 6.2 og # 6.3).

Opsøgende indsatser

For de socialt udsatte, der ikke er brugere af nogle sociale tilbud, er det nødvendigt med en opsøgende indsats. Der er en alvorlig mangel på tværfaglige opsøgende teams, gadesygeplejersker mv., som fungerer på de udsattes præmisser. Her må der i høj grad være tale om en skadesreducerende tilgang, der ikke forsøger at opnå en normalisering af de socialt udsatte, men som fokuserer på at minimere de negative sundhedskonsekvenser af den sociale udsathed. Også adgang til sundhedsrum bør prioriteres.

De kommunale ordninger med støtte- og kontaktpersoner til socialt udsatte må formodes at have en positiv virkning. En ellers positiv evaluering af ordningerne påpeger, at der er en udfordring i at løse de eksisterende sprogbarrierer i forhold til den forholdsvis store gruppe af socialt udsatte, som er indvandrere. Derudover er der et utilfredsstillende samarbejde med de praktiserende læger og et behov for et formaliseret tværsektorielt samarbejde.²²³ I den anden nationale kortlægning af hjemløshed i Danmark,²¹⁶ blev det fundet, at kun 27 % af de hjemløse, der var kontakt til i undersøgelsesperioden, havde en støtte- eller kontaktperson, bostøtte eller lignende. Dette tal viser, at der er potentiale for udvidelse af dækningen (se indsats # 6.4).

Også i kontakten med det somatiske sundhedsvæsen har mange socialt udsatte behov for støtte. I forbindelse hermed foreslår Rådet for Socialt Udsatte, at socialsygeplejerskeordningen prioriteres for at sikre større forståelse for de socialt udsattes behov på sygehusene.²²¹ De foreløbige erfaringer tyder på, at socialsygeplejersker kan være med til at sikre et forbedret og mindre konfliktfyldt forløb, eksempelvis for behandlingen af stofmisbrugere på hospitalerne.²²⁴ Der mangler dog eksterne evalueringer af de eksisterende projekter med socialsygeplejersker.

Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

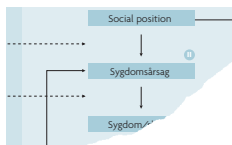
6.1 Udsatte grupper sikres bedre adgang til boliger, og der sikres ”skæve” boliger, så de, der ikke kan finde sig til rette i det almene boligbyggeri, har andre muligheder

6.2 Efteruddannelse af personalet i misbrugsbehandlingen og misbrugsbehandlingen integreres med sociale handlingsplaner med fokus på håndtering af brugernes psykiske problemer

6.3 Sociale levevilkår blandt kronisk psykisk handikappede monitoreres inden for rammen af en klinisk database. I samarbejdet mellem kommuner og regioner skal der være mere fokus på åbne behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom, misbrug og social udsathed

6.4 Opsøgende indsatser samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner udvides, så der er en større og mere tilfredsstillende dækning, blandt andet med formalisering af det tværsektorielle samarbejde

4.7 Fysiske miljøfaktorer



Det fysiske miljø har stor effekt på menneskers sundhed med påvirkninger via luft, jord, vand, fødevarer og de produkter, vi anvender, samt stråling og støj. WHO har beregnet, at ca. 15 % af dødsfald i Vesteuropa^b skyldes miljøfaktorer, og hertil bidrager primært luftforurening, stråling, støj og ulykker. Arbejdsmiljø, herunder arbejdsulykker, er behandlet i afsnit 4.8. Det fysiske miljø og trafikmiljøet har også betydning for fysisk aktivitet og dette behandles i afsnit 4.9. Vi vil i dette afsnit fokusere særligt på luftforurening og ulykker ud fra den betragtning, at de i højeste grad lever op til kriterierne givet i begyndelsen af kapitel 4. På ulykkesområder behandler vi særligt ulykker blandt børn, trafikulykker og faldulykker blandt ældre. Effekten af miljøfaktorer for den sociale ulighed i sundhed går både gennem differentiel eksponering og differentiel sårbarhed (se figur 2.2).

4.7.1 Helbredseffekter af fysiske miljøfaktorer

Luftforurening

De sundhedsskadelige elementer i udendørsluften består på nuværende tidspunkt primært af partikler og kvælstofoxider. Luftforureningen irriterer luftvejene, forårsager oxidativ stress og aktiverer inflammation, hvilket på kort sigt kan føre til forværring af astma og kronisk obstruktiv lungesygdom og på lang sigt give øget risiko for hjertekarsygdom og kræft.²²⁵ Partiklernes størrelse afgør, hvor i luftvejene de deponeres og derved udøver deres effekt; jo mindre partiklernes størrelse, jo dybere ned i luftvejene vil de ophobes. Således er det sandsynligt, at ultrafine partikler (<100nm) i nogen grad kan krydse fra lungeepithelet over i blodet og derved forårsage mere systemiske skadevirkninger.²²⁶

Den sociale ulighed i sundhed relateret til luftmiljøet kommer til udtryk, blandt andet hvis der er social forskel i eksponeringen for luftforurening i Danmark. For øjeblikket foreligger der ikke danske studier om, hvorvidt dette er tilfældet, men de studier som findes fra Finland, Norge og Sverige viser alle, at mindre privilegerede grupper i sit boligmiljø er mere eksponeret for kvælstofoxider (NO₂) eller partikler (PM_{2,5}).²²⁷ Også spørgsmålet om differentiel sårbarhed dvs. om effekten af luftforureninger er kraftigere blandt mindre privilegerede har været analyseret i nogle få studier og de taler for, at dødeligheden ved et givent eksponeringsniveau er højere hos personer med mindre indkomst og uddannelse. Partikelforurening forårsager ofte en forværring af symptomer relateret til KOL, astma og andre luftvejslidelser samt hjertekarsygdom, hvilket betyder at den sociale skævhed i forekomsten af disse sygdomme vil medføre en øget sårbarhed blandt mennesker med lavere social position.^{227;228} Differentiel sårbarhed er udover de nævnte luftforurenings-relaterede sygdomme også fundet for ældre, for mennesker der lider af diabetes samt alment svækkede patienter.^{228;226} Man kan tænke sig to mekanismer: Enten interagerer luftforureninger med andre socialt skævt fordelte risikofaktorer som fx tobaksrygning ved opkomsten af disse sygdomme, eller også forværrer forureningen symptomerne og dødeligheden for de allerede syge. Det er foreløbig kun den sidstnævnte mulighed, som finder støtte i litteraturen, men i og med at de aktuelle lidelser i lunger og hjertekarsystem er meget socialt skævt fordelt (se tabel 3.5) skaber de forudsætninger for en differentiel sårbarhed for helbredseffekter af luftforurening.

^b EUR-A gruppen

Ulykker

Statens Institut for Folkesundhed monitorer ulykkesfrekvens ved at registrere skadestuebesøg og indlæggelser. Mere end tre fjerdedele af akutte kropsskader indtræffer i hjemmet eller i fritiden og handler om slag, stød, snitsår og overbelastninger. De resterende fordeler sig ligeligt på trafik- og arbejdsskader. Regner man kun med dødsfaldene, udgør trafikulykkerne en stor del (over 20 %), men også forgiftningsulykker med alkohol, narkotika og lægemidler er hyppige dødsårsager. Sidst men ikke mindst står faldulykker for mange dødsfald, ofte blandt allerede svækkede ældre.

Der er en tydelig social gradient i risikoen at blive skadet, i særdeleshed for arbejdsulykker, men også for trafikulykker og faldulykker (Tabel 4.7.1). Uligheden i skadeforekomst er mest udtalt blandt mænd i alderen 20-49 år og for kvinder i alderen 20-29 år. For faldulykker blandt ældre er der ingen markant ulighed efter uddannelsesbaggrund, men udenlandske studier taler for markant højere frekvens af faldulykker blandt ældre, som bor i lavindkomstområder.

Tabel 4.7.1 Risiko i procent af befolkningen for kontakt med skadestue eller indlæggelse for skade opdelt på uddannelse 2006. Aldersstandardiseret for personer 20 år og ældre

Uddannelse	Arbejde		Fald		Trafik	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Kort	4,4	1,5	3,6	3,5	1,1	0,8
Mellem	3,2	0,9	2,7	2,9	0,7	0,6
Lang	1,0	0,8	2,0	2,7	0,6	0,6

Kilde: Ulykkesregisteret, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Også for børn er der større risiko for at være udsat for en ulykke, hvis moderen har en kort uddannelse frem for en lang. Baseret på data fra Ulykkesregisteret 1998-2003, fandt Lauersen et al en overrisiko for trafikulykker på ca. 41 % for børn af kortuddannede mødre.⁷⁵ For alvorlige trafikulykker der førte til hospitalsindlæggelse var overrisikoen på 73 %. Hjemmeulykker blandt børn er også stærkt relateret til sociale baggrundsfaktorer. Hvis forældrene har korte uddannelser eller lave indkomster er der ca. 50 % overrisiko.⁷³

Danske registerstudier over indlæggelser af trafikskader²²⁹ og alle frakturer²³⁰ har vist, at kortuddannede har en betydelig overrisiko. For ældre over 60 år viser skadefrekvensen ifølge tal fra SIF's ulykkesregister små social forskelle, og når man som Vestergaard²³⁰ justerer for blandt andet co-morbiditet bliver frekvensen nærmest vendt om. Men det illustrerer kun, at faldulykker for ældre er stærkt knyttet til en lang række andre lidelser som neurologiske lidelser, hjertekarsygdom, depression, artrose, osteoporose mm., som er socialt skævt fordelt med hyppigere forekomst blandt kort uddannede.

4.7.2 Årsager til miljøfaktorerne

Luftforurening

Som nævnt er det i Danmark i dag primært partikler og kvælstofoxider, der udgør den sundhedsskadelige luftforurening. Partikler opstår ved mange forskellige processer. Udover passiv rygning som vi behandler i afsnit 4.9, er det i byerne primært dieslbiler, der forårsager forureningen. Dieslbiler, sammen med kraftvarmeproduktionen og skibstrafik, er den primære kilde til kvælstofoxider. Der sker en uheldig interaktion i forsøget på at minimere partikeludledningen

fra biler i kraft af, at visse partikelfiltre øger kvælstofudledningen, og der er indtil videre meget begrænset brug af kvælstofreducerende katalysatorer.²²⁶ På landsplan stammer størstedelen af Danmarks partikelforurening fra brug af brændeovne og fra landbruget. En betragtelig del af luftforurening kommer desuden fra andre europæiske lande, hvorfor årsagerne og løsninger bør søges på europæisk niveau. Det er som sagt ikke kendt, hvorvidt der eksisterer en social gradient i eksponeringen for kvælstofoxider og partikler, men i nabolandene, hvor det har været undersøgt, har man fundet en sådan gradient.²²⁷

Ulykker

Årsager til ulighed i ulykker kan findes i differentiell eksponering i både mængde og tid for forskellige ulykkesrisici i trafik, fritid og hjem, og i differentiell sårbarhed for skadeeffekterne af disse eksponeringer. Indsatser som fx handler om, at børn ikke leger på gaden, at gøre lægemidler og kemikalier i hjemmet utilgængelige for børn, eller at mindske brugen af mindre farlige arbejdsredskaber reducerer eksponeringen. Andre indsatser som fx brug af sikkerhedssele eller cykelhjelme mindsker ikke eksponeringen for risici, men reducerer sårbarheden for nogle af helbredseffekterne. Andre indsatser som fx reduceret hastighed i trafikken virker gennem begge mekanismer.²³¹ Der er ikke megen dansk forskning, som belyser, hvilke eksponeringer og skademekanismer som er særligt relevante for forståelse af uligheder i skadeforekomst i Danmark. Den udenlandske forskning som findes illustrerer, at der er store forskelle fra land til land. Det skyldes formentlig at ulykker i høj grad er påvirkelige med forebyggende indsatser og at landene har ret forskellige prioriteringer af området.²³² England har fx meget lav trafikdødelighed, mens Sverige har meget lav børnedødelighed på grund af skader.

Opdeles skaderisiko for børn efter hvilke produkter, som er indblandet, ser man et mønster som illustrerer at den sociale ulighed kan opstå både gennem større eksponering men måske også via øget sårbarhed fordi familier med små indkomster har færre ressourcer til sikkerhed, beskyttelse og overvågning (tabel 4.7.2).

Tabel 4.7.2 Relativ risiko for skade efter indkomst (den højeste af forældrenes) blandt børn 0-14 år og opdelt på de indblandede skadestyper. Justeret for køn, alder og afstand til sygehus. Danmark 1998-2003

	Fald fra køjeseng	Fald fra legeplads udrustning	Skoldning med varmt vand, te, kaffe	Brandskade på kogeplade	Forgiftning med medicin eller kemikalie
<100 KKR	1,0	1,8	2,4	2,4	1,9
100-199 KKR	1,0	1,5	1,4	1,8	1,4
200-299 KKR	0,7	1,2	1,0	1,3	1,3
>299 KKR	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)

Kilde: Laursen. Eur J Publ Health 2008;18:366-70

Opdeles trafikulykkerne efter typer af trafikanter ses at af dem som dør i trafikken er 58 % førere eller passagerer i biler.⁷⁴ Regner man blandt indlæggelser på sygehus udgør bilister 35 %, cyklister 34 % og motorcyklister inkl. knallerter 21 %. Regnet per kørt kilometer er motorcykel og knallert klart de farligste transportmidler. Den store sociale ulighed optræder som sagt blandt unge mænd, hvor både bilulykker, faldulykker og arbejdsulykker er meget skævt fordelt. Cykelulykker er i Danmark og Sverige mere almindelige blandt personer med længere uddannelse.

Den begrænsede litteratur som findes, taler for, at de vigtigste risikofaktorer for ulighed i skader er:

Børneulykker: Faldulykker, forgiftninger, skoldninger og brandskader i hjemmet.²³²

Trafikulykker: Høj hastighed, alkoholpåvirkning, manglende orientering og opmærksomhed, utilstrækkelig køreteknik for unge trafikanter, utilstrækkelig beskyttelse (sikkerhedssele mm).²³³

Faldulykker blandt ældre: Socialt skævt fordelte sygdomme og symptomer som demens, depression, hypertension, synsforstyrrelser, muskelsvaghed og træthed samt ulighed i medicinsk regulering af disse tilstande.²³⁴

4.7.3 Effektive indsatser

Luftforurening

Der har de seneste mange år været en stadig strammere regulering af partikeludledning i Danmark og i Europa generelt, som har haft en stor effekt på nedbringelsen af luftforurening. Da helbredssekvenserne af luftforureningen er socialt skævt fordelt, vil en reduktion i partikelforureningen især have en positiv effekt på de socialt dårligt stillede helbred. Hvad angår den differentielle sårbarhed, vil de effektive forebyggende indsatser nok i højere grad fokusere på at reducere sårbarhedsfaktorerne. I tilfældet af luftforurening har vi i afsnit 4.7.1 beskrevet, hvordan det især er kroniske sygdomme så som KOL og hjerte-karsygdomme, der forårsager en øget sårbarhed blandt mennesker med en lav social position. Effektive indsatser vil således rette sig mod rygning, da dette er den primære risikofaktor for KOL og en væsentlig risikofaktor for hjerte-karsygdom (se indsats # 7.1).

Ulykker

Ulykker kan i høj grad forebygges, og flere andre lande som fx England, Holland og Sverige har betydeligt lavere skadedødelighed blandt børn og trafikdødelighed totalt end Danmark. Et omfattende review af de socioøkonomiske forskelle i ulykker og potentielle modforanstaltninger viser, at det er uklart, hvorvidt forskellige typer interventioner mod ulykker har differentiell effekt i forskellige socioøkonomiske grupper. Indsatserne mod ulighed i børneulykker i hjemmet handler dels om at reducere børnefattigdom (se afsnit 4.4.3), fordi den medfører manglende ressourcer til enkle beskyttelsesindsatser som fx indkøb af cykelhelme. Desuden vil der ved børnefattigdom ikke være det nødvendige overskud for god overvågning og pasning.²³² Lovgivning for at forbedre den passive sikkerhed som fx sikre legeredskaber og bygningsdetaljer vil normalt have gunstig effekt på ulighed. Sundhedsplejerskerne kan i deres hjemmebesøg have opmærksomheden rettet mod at medicin og kemikalier er gjort utilgængeligt for småbørn. Attraktive legepladser og grønne områder vil medvirke til at holde børnene væk fra trafikmiljøer (se indsats # 7.3).

WHO har i 2004 udgivet deres ”World Report on Road Traffic Injury Prevention“, som behandler blandt andet en lang række trafikikkerhedsindsatser, men mange af disse indsatser er allerede gennemført i Danmark. Aktuelle svenske reviews²³³ har peget på de indsatser, hvor der er god evidens for, at de allerede har nedbragt trafikskaderne og dermed også ofte uligheden. Særligt fremhæves følgende indsatser: ubemandede fartmålere, høje fartbøder, flere 30-km’s strækninger i byerne, trafikseparering i boligområder, alkolås og overvågning og høje

bøder for manglende brug af sikkerhedsseler, samt lov om cykelhjelme. Kampagner må ligesom på andre områder formodes at have bedst effekt på dem med længere uddannelse. Kampagner eller indsatser som er direkte målrettet risikogrupperne, fx pædagogiske indsatser som ”Sikker Trafik Live”^c, hvor trafikofre besøger skoler, herunder produktions- og erhvervsskoler, og kommer i dialog med de unge, må forventes at have en effekt på uligheden. Der findes dog ikke dokumenteret videnskabelig evidens herfor.

Det er, fra trafiksikkerhedssektoren, et klart udmeldt behov, at lokale trafiksikkerhedsindsatser fremmes, herunder etablering af færdselssikkerhedsudvalg og lokale trafiksikkerhedshandlingsplaner.

Forebyggelse af faldulykker blandt ældre handler først og fremmest om de indsatser som kan forebygge muskelsvaghed og forbedre neuromuskulær reaktions-evne, forebygge osteoporose dvs. i høj grad indsatser for at forbedre fysisk aktivitet, herunder at det lokale miljø føles sikker for de ældre (se videre 4.10). Ulighed i behandlingen af en række sygdomme af betydning for faldulykker behandles i afsnit 4.11 (se indsats # 7.4).

Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

7.1 Partikelforureningen reduceres, fx ved at kræve effektive partikelfiltre til dieslbiler samt kvælstofreducerende katalysatorer. Der skal arbejdes med at finde løsninger på den partikelforurening, der stammer fra brændeovne.

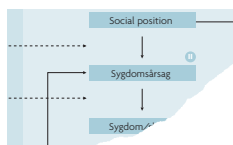
7.2 Der etableres en effektiv kontrol med hastigheds- og alkoholgrænser samt brug af sikkerhedsseler. Der etableres lokale trafiksikkerhedshandlingsplaner med fokus på socialt udsatte boligområder.

7.3 Ulighed i hjemmeulykker blandt børn kan forebygges med bedre lovgivning og kontrol om farlige legeredskaber og en opsøgende virksomhed ved hjemmebesøg af sundhedsplejersker.

7.4 Der sikres muligheder for fysisk aktivitet for midaldrende og ældre, herunder aktivitetsprogrammer, træningstilbud som motion på recept. Desuden skal der være mulighed for fysisk aktivitet i nærområder.

c (http://www.sikkertrafik.dk/BogU/Live/Besoeg_folkeskolen/Hvem_er_vi)

4.8 Arbejds miljø – ergonomisk og psykosocialt



En af grundene til at den sociale ulighed i sundhed ikke er større, end den er, skyldes, at der i et langt historisk perspektiv er sket en effektiv reduktion i eksponering for mange fysiske og kemiske risikofaktorer i arbejdsmiljøet. I et kortere perspektiv, dvs. de seneste 25 år, er udviklingen derimod ikke entydigt positiv. Visse arbejdsbetingede sygdomme, som fx hjerneskader, hudsygdomme, høreskader og lungesygdomme er mindsket, mens sygdomme i bevægeapparat (nakke, skulder, ryg) samt psykiske lidelser anmeldes meget oftere. Arbejdsulykkerne er heller ikke markant blevet færre, selvom dødsulykkerne er mindsket noget. Danmark har dog stadig et niveau, som overstiger, hvad man har opnået i Sverige. Samtidig er det andre forhold i arbejdsmiljøet, som i dag spiller en stor rolle for ulighed i sundhed.

4.8.1 Helbredseffekter af arbejdsmiljø

Der er meget store forskelle i dødelighed mellem erhvervs- og faggrupper. Danmarks Statistiks analyser over dødelighed 1996-2005²³⁵ viser, at hvis dødeligheden for alle erhvervsaktive mænd sættes til 100, er variationen mellem lønmodtagere på højeste og laveste niveau fra 81 til 117, dvs. en faktor 1,4. Variationen mellem de enkelte erhvervsgrupper går fra universitetslæreres niveau på 55 til matrosers 184, fiskeres 174, og de restaurantansattes 169, dvs. mere end en faktor 3. Der er også meget store forskelle i sygdomsforekomst mellem jobtyper. Det ses i tabel 4.8.1 med nogle eksempler taget fra NFA's Erhvervs og hospitalsbehandlingsregister 2000-05.

Tabel 4.8.1 Relativ risiko for ordination af antidepressiv medicin og for behandling på sygehus (ekskl. psykiatri) for fire diagnosegrupper. Aldersstandardiseret indeks med alle erhvervsaktive=100

		Anti-depr. medicin	Hjertesygd.	KOL	Muskelskelet	Skader
Socialrådgiver	M	228	103	74	99	74
	Kv	120	83	106	95	94
Hjemmehjælper	M	210	132	168	110	102
	Kv	135	146	132	126	107
Slagteriarbejder	M	109	116	122	140	150
	Kv	84	151	147	144	129
Tømrerarbejder	M	78	83	99	130	140
	Kv	159	130	116	137	98
Buschauffør	M	121	151	186	123	115
	Kv	121	176	212	153	162
Anlægsarbejder	M	113	126	131	119	128
	Kv	84	113	163	149	127
Alle erhvervsaktive	M	100	100	100	100	100
	Kv	100	100	100	100	100
Universitetslærer	M	97	52	55	59	59
	Kv	76	52	89	67	84

Kilde: NFA/NAK og IFSV.

Disse få eksempler illustrerer, at der for de enkelte jobtyper er betydelige forskelle i risikoen for hospitalsindlæggelse og behandling for forskellige sygdomsgrupper og skader. Det generelle mønster er, at samme erhverv ofte har forøget risiko for behandling for flere sygdomme. Det illustreres af tabellen ovenfor, og det fremgår af en mere systematisk analyse, at når man sammenligner sygdomsrisikoen i alle brancher, at der er særlig stor forskel i risikoen for depressioner, hjertekarsygdom og lidelser i bevægeapparat.^{236;237} Den betydelige forskel i sygdomsrisiko mellem de forskellige brancher er stadig til stede, når man justerer tallene for uligheder i socio-økonomisk gruppe. Men variationen mellem brancherne i indlæggelser, særligt for lungesygdomme og skader, reduceres betydeligt. Det er også tydeligt fra tabellen, at de mest udsatte erhverv i forhold til hospitalsindlæggelser er dem, som kræver ret kort uddannelse, mens det for ordination af psykofarmaka ser noget anderledes ud. Her er risikoen særlig stor i erhverv med store psykiske arbejdskrav, som socialrådgivere med flere. Tallene kan dog være påvirket af, at mennesker med kort uddannelse generelt har dårligere chance for at få behandling ved depression (se afsnit 4.11)

Forebyggelsesfonden har ud fra en samlet bedømmelse af risiko for sygdom, sygefravær og tidlig tilbagetrækning særlig prioriteret følgende brancher som alle er karakteriseret ved en række fysiske arbejdsmiljøproblemer: bygningsarbejde, transportarbejde, industriarbejde for fremstilling af tekstil, papir, møbler, næringsmidler, slagteri, rengøring, restaurantarbejde, daginstitutioner, plejehjem og hjemmepleje og frisørarbejde.

De arbejdsmiljørelaterede årsager til skader, hjertesygdom, psykiske lidelser og muskuloskeletale besvær er ganske velundersøgte, og der findes aktuelle danske og udenlandske reviews af den epidemiologiske evidens:

Aktuelle reviews²³⁸⁻²⁴⁰ har konkluderet, at der er moderat epidemiologisk evidens for, at høje psykiske krav, mangel på social støtte i arbejdet og isostrain (dvs. kombination af høje krav, lav indflydelse og støtte) er risikofaktorer *hjertekarsygdom* for mænd og delvis måske også for kvinder.²⁴¹ Men resultaterne er ikke helt konsistente, hvilket kan skyldes metodeproblemer, fordi arbejdsmiljøforholdene oftest måles subjektivt.²⁴² Det skal påpeges, at en del af den potentielle effekt af psykosocialt arbejdsmiljø forklares af effekten går via sundhedsadfærd i forhold til alkohol, rygning, fysisk inaktivitet og overvægt.

Skadende støj er yderligere en risikofaktor, men af mindre kvantitativ betydning for højt blodtryk. Vibrationer kan medføre permanente skader på blodforsyningen – de såkaldte ”hvide fingre”.

Et aktuelt review²⁴³ konkluderer, at der er stærk evidens for en sammenhæng mellem udvikling af *depression* og oplevelse af høje krav i arbejdet, lav egenkontrol, lav social støtte og mobning, samt interpersonelle konflikter. Virkningen går begge veje, således at lider man af depression og lettere grad af nedstemthed, vurderer man sit arbejdsmiljø mere negativt, samtidig med at et arbejdsmiljø, som vurderes negativt, øger risikoen for depression. Resultater fra epidemiologiske depressionsstudier er således i høj grad påvirket af det forhold, at både arbejdsmiljø og depression oftest bygger på måling på individniveau ved hjælp af spørgeskemaer.²⁴⁴

En lang række review af epidemiologiske og eksperimentelle studier har vist, at både ergonomiske og psykosociale forhold i arbejdsmiljøet er risikofaktorer for

muskel-skelet sygdomme.²⁴⁵⁻²⁴⁷ For rygbesvær gælder det særligt tunge løft, hyppige foroverbøjede eller roterende arbejdsstillinger, tungt fysisk arbejde og helkropsvibrationer. For nakke-skulder besvær er hyppigt gentagne bevægelser, løftede arme, høj kraftanvendelse og hånd-arme vibrationer vigtige. Dertil kommer, at psykosociale forhold som jobutilfredshed, lange arbejdstider, emotionelle krav, lav grad af social støtte og indflydelse også øger risikoen. Trods mange indsatser for at forbedre det fysiske arbejdsmiljø på disse punkter, er der en stigende andel, som er besværet af ondt i ryggen – det der omtales som det ”ergonomiske paradoks”.²⁴⁵ Muskelskeletbesvær har også mange årsager uden for arbejdet, men symptomernes konsekvenser for funktionsevne og arbejdsevne, påvirkes meget af fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø.

Risikoen for alvorlige *arbejdsulykker* er særlig stor i landbruget, bygge- og anlægsbranchen samt i transportsektoren. Slagterier har enormt mange, men ofte mindre alvorlige ulykker. For kvinder ligger arbejdsulykker i social- og sundhedsvæsen højt. Der er et stort selektivt bortfald i de arbejdsulykker, der anmeldes til Arbejdstilsynet, mens skadestuestatistikken er mere repræsentativ. Tabel 4.8.2 nedenfor illustrerer på basis af data fra denne kilde, antallet af kontakter med skadestue for en arbejdsulykke i år 2006 fordelt på uddannelse

Tabel 4.8.2 Antal skadestuebesøg eller indlæggelser for arbejdsskader per 1000 indbyggere fordelt på alder, køn og uddannelse

Uddannelse	Mænd		Kvinder	
	20-39	40-59 år	20-39	40-59
Kort	77	37	27	14
Mellem	49	31	14	9
Lang	12	10	11	7

Kilde: Ulykkesregisteret, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Tabellen viser den markante sociale skævhed i arbejdsulykker, som særligt gør sig gældende for unge mænd, men også findes blandt de unge kvinder. Som vi senere ser (tabel 4.11.3), er risikoen for at forlade arbejdsmarkedet efter skade (arbejdsskade og andre) 4-6 gange højere, hvis man har en kort uddannelse. Uligheden på skadeområdet er således meget udtalt, både i risikoen for at få skader og i de sociale konsekvenser af skaden.

Fordelingen af væsentlige ergonomiske og psykosociale eksponeringer efter de ansattes socialgruppe fremgår af tabel 4.8.3.

Tabel 4.8.3 Fysisk og psykisk arbejdsmiljø 2005. Andel i procent med forskellige fysiske og psykiske arbejdsmiljøforhold

	Ufaglærte arbejdere	Faglærte arbejdere	Funktionær	Ledende funktionærer
Tunge løft	22	28	9	6
Ryg kraftigt bøjet	26	43	15	15
Træk og skub	39	25	13	3
Ensidige gentagne bevægelser	21	10	19	12
Indflydelse	38	50	53	72
Udviklingsmuligheder	59	73	75	83
Ofte arbejde hurtigt	53	58	59	57
Emotionelle krav	17	23	36	38

Kilde: NFA/NAK.

Her fremgår det tydeligt, at for de ergonomiske og fysiske dimensioner som tunge løft, vibrationer, gentagne ensidige bevægelser, bøjede eller forvredne arbejdsstillinger er der en meget tydelig gradient efter uddannelse. På samme måde er der for nogle af de psykosociale dimensioner, nemlig indflydelse og udviklingsmuligheder, en stærk gradient til fordel for dem med længere uddannelser. For andre psykosociale dimensioner som social støtte er der ingen større forskel, mens kvantitative, kognitive og emotionelle krav er klart mere hyppige blandt de veluddannede. Usikkerhed i ansættelsen og bekymring for at blive fyret etc. er også klart mere almindeligt blandt kortuddannede. Kvantitative krav kan både dække over højt arbejdstempo (intensive krav) og lang arbejdsdag (ekstensive krav). En del tyder på, at det første er mere almindeligt blandt kortuddannede og det sidste mere almindeligt blandt højtuddannede.²⁴⁸

Det betyder sammenlagt, at de kortuddannedes arbejdsmiljø er præget af en lang række fysiske og ergonomiske forhold, som er årsager til skader og muskelskeletbesvær, og af et psykisk arbejdsmiljø, som er karakteriseret af lav indflydelse, små udviklingsmuligheder og mindre kognitive og emotionelle krav.

De arbejdsmiljøeksponeringer, der fra et ulighedsperspektiv bør prioriteres i valget af indsatser, er dem, som forklarer den største andel af uligheden. Hvilke konkrete eksponeringer, der skal prioriteres afhænger af, hvor ulige de er fordelt, og hvor stor ætiologisk fraktion de udgør af sygdomsbyrden. I næste led handler det om, hvor mange som er eksponerede, og hvor stærk helbredseffekten er. Beregninger i forhold til registreret sygefravær (sygefravær over 3 uger)²⁴⁹ viser, at fysisk anstrengende arbejde løft, skub og belastende arbejdsstillinger står for en stor andel af sygefraværet (20-30 %), mens lav indflydelse, følelsesmæssige krav og manglende forudsigelighed står for en lidt lavere andel (10-20 %). Kombineret med det forhold, at de ergonomiske forhold er socialt særligt skævt fordelt, taler det for, at der fortsat skal være stærkt fokus på det fysiske arbejdsmiljø (ergonomi og ulykker) i arbejdet med at reducere social ulighed i sundhed.

I forhold til uligheden i sygdomsbyrde er det en meget central egenskab ved både de psykiske og ergonomiske arbejdsmiljøforhold, at de ikke kun har betydning for risikoen for at blive syg, men at de også har stor betydning for arbejdsvennen, når man er syg – uanset årsagen til at man er blevet syg. Det illustreres fx

af det forhold, at de samme fysiske og psykiske arbejdsmiljøforhold har stor betydning både for incidensen af sygefravær, men også for muligheden for at vende tilbage til arbejde efter, eller med, sygdom.^{243;245} Se videre 4.12.

4.8.2 Årsager til arbejdsmiljøets udvikling

Globaliseringen, den tekniske udvikling og et intensivt arbejdsmiljøarbejde har betydning for, hvordan arbejdsmiljøet på det danske arbejdsmarked udformes og udvikles. Arbejdstilsynet²⁵⁰ peger på nogle vigtige samfundsforandringer, som påvirker udviklingen i arbejdsmiljøet:

- Den aldrende befolkning og personalemangel i omsorgssektoren indebærer øgede fysiske og psykiske krav i omsorgs- og sundhedssektoren. Denne sektor er også i stigende udstrækning udsat for store administrative omstillinger med implikationer for det psykiske arbejdsmiljø, usikkerhed i ansættelsen mm.
- Servicesektoren er præget af kvantitative og emotionelle krav samt visse ergonomiske belastninger, og da denne sektor vokser, bliver flere eksponerede.
- Outsourcing til udlandet medfører, at de repetitive jobs inden for industrien bliver færre, og dermed forsvinder en del af problemerne med gentagne arbejdsbevægelser og lav indflydelse. Udvikling af tempo og mere rutinebetonede arbejdsmoment inden for blandt andet plejesektoren kan dog trække i den anden retning.
- Udviklingen i industrien indebærer formentlig også et fortsat fald i eksponering for ulykkerisici, men for ulykker spiller udviklingen i landbrug, byggeri og transport en større rolle.
- Et særligt arbejdsmiljøproblem er usikkerhed i ansættelsen (se videre 4.5)
- Arbejdsmiljøreguleringen har længe stået over for det problem, at dagens ergonomiske og psykosociale arbejdsmiljøforhold ikke er knyttet til en særlig teknik eller proces, men er stærkt integreret i selve arbejdsopgaverne. Samtidig er det sværere at opstille tydelige normer og grænseværdier, og dermed har virkemidlerne været mindre effektive.
- Ud fra et ulighedsperspektiv kan man sige, at de psykosociale problemer, som har været særligt almindelige blandt kortuddannede, som fx lav indflydelse og små udviklingsmuligheder går i retning af at mindskes, samtidig med at en del psykiske krav er stigende, også blandt kortuddannede.
- For de ergonomiske krav har udviklingen betydet en reduktion af de gentagne arbejdsbevægelser, mens andre fysisk krævende arbejdsfunktioner som fx tunge løft fortsat vil være et betydeligt problem, særligt blandt kortuddannede.

Produktivitetsudviklingen bygger i stigende udstrækning på de ansattes ansvarlighed, kreativitet, sociale kompetence, motivation og engagement. Fra at disse ledelsesformer mest har været gældende for højt uddannede, gælder de nu også dem med de kortere uddannelser og altså en langt større del af de ansatte.²⁵¹ Det betyder samtidig, at et godt arbejdsmiljø og en god konkurrenceevne i stigende grad er blevet hinandens gensidige forudsætninger, og ikke hinandens modsætninger. Samtidig findes der også en grænse, hvor det mere udviklende, krævende og grænseløse arbejde bliver en belastning mere end en stimulan.

4.8.3 Effektive indsatser

Arbejdsmiljøet omfatter naturligvis en lang række andre kemiske og fysiske eksponeringer, men de har i dag, takket være blandt andet et effektivt forebyggende arbejde, en meget mindre kvantitativ betydning, også for uligheden i sundhed.

Det er derfor meget velbegrundet, at Arbejdstilsynet i sin rapport *Fremtidens Arbejds miljø 2020*²⁵⁰ prioriterer tre arbejdsmiljøproblemer de kommende år:

- Psykisk arbejdsmiljø
- Muskelskeletpåvirkninger
- Arbejdsulykker

Den prioritering er ikke gjort ud fra et særligt hensyn til at reducere social ulighed i sundhed, men der er epidemiologiske grunde til denne prioritering, fordi psykiske lidelser, smerter i bevægeapparat og hjertesygdom kvantitativt spiller en stor rolle for ulighed i sygdomsbyrden (se tabel 3.5).

Arbejds miljøindsatsen har normalt fungeret sådan, at når den epidemiologiske evidens om eksponeringens effekt på sygdom og dosis-respons forhold var vel-etableret, var det tilstrækkeligt til at fastsætte grænseværdier, og til at implementere indsatser med arbejdsmiljøreguleringens forskellige virkemidler. På det ergonomiske og psykosociale område er sagen mere kompliceret. Dels råder der, som vi så ovenfor, på nogle af områderne lidt større usikkerhed om epidemiologien, men først og fremmest råder der meget større usikkerhed om virkemidlernes effekt og implementering.^{251;252} Det betyder, at der findes et større behov for eksperimentelle randomiserede studier for at teste specifikke indsatser og dertil hørende virkemidler. Når man i NFAs to hvidbøger har gransket evidens for forskellige typer af interventioner i forhold til muskelskeletbesvær og mentalt helbred, så er det denne eksperimentelle evidens, som der bygges på i anbefalingerne til indsatser.

I forhold til ergonomiske arbejdsmiljøforhold anbefaler NFA, at forebyggelse af sygefravær forudsætter

- At der sikres arbejdspladser, hvor de ansatte oplever tilfredshed med arbejdspladsens indretning, snarere end specifikke ergonomiske indsatser.
- At patienter med muskel- og skeletbesvær holder sig fysisk i gang. At helt eller delvis være i arbejde er bedre end passivitet. At arbejdspladsen og arbejdsforholdene tilpasses med henblik på, at mennesker med muskel- og skeletbesvær kan arbejde i størst muligt omfang, også selvom det ikke kan lade sig gøre med 100 % (se afsnit 4.12).

I forhold til forebyggelse af mentale helbredsproblemer anbefaler NFA

- At der sikres udvidelse af medarbejdernes kontrol over eget arbejde og forbedring af den sociale støtte, men at det ikke samtidig fører til forøgede arbejdskrav
- At etableringen af stress management på arbejdspladser (med kognitive metoder), kan forbedre det mentale velbefindende. Effekten er dog bedst hos dem, som har god kontrol over deres arbejdssituation.

Udover dette sidste eksempel, som indikerer en differentiell effekt på tværs af sociale grupper, ved man meget lidt om differentielle effekter og differentiell implementering. Man må derfor som princip gå ud fra, at indsatsen har samme effekt. Af den grund skal der fokuseres på at få indsatserne implementeret på de arbejdspladser, hvor der arbejder mange kortuddannede (se indsats # 8.1 og # 8.2).

Selv med denne viden om effekten af interventionerne står problemet med implementering tilbage. En af grundene til, at det er vanskeligt at implementere

effektive indsatser er, som nævnt ovenfor, at især det psykosociale arbejdsmiljø i stigende udstrækning er en integreret del af selve arbejdsopgaverne og motivationen for de ansatte. Hvis et godt arbejdsmiljø og en god konkurrenceevne i stigende udstrækning er hinandens forudsætninger, mere end modsætninger, skaber det en stærk drivkraft i arbejdsmiljøarbejdet, men samtidig kræver det, at arbejdsmiljøarbejdet integreres i virksomhedsledelsen og ikke fungerer som ”sidevogn” til kerneydelserne.²⁵³ Det er også en af intentionerne bag den nye Arbejdsmiljølov 2010.

Arbejdsmiljøreguleringen benytter sig ligesom al anden strukturel forebyggelse af legale, økonomiske og normdannende virkemidler, hvor de to første delvis virker gennem det tredje. Men dertil kræver de nye arbejdsmiljøudfordringer, som LO formulerer det:²⁵⁴

”Reguleringen skal ændres fra alene at fokusere på at eliminere risikofaktorer, der skal undgås for at opnå et sikkert og sundt arbejdsliv, til også at fokusere på, hvordan der skabes betingelser, så der opstår et arbejdsmiljø, hvor de ansatte trives... Lovgivningen suppleres med flere bløde reguleringsformer, med fokus på at skabe positive incitamenter til adfærdændringer i virksomhedernes arbejdsmiljøarbejde”

Arbejdstilsynet har i sin rapport ”Fremtidens Arbejdsmiljø 2020”²⁵⁰ diskuteret udviklingen og brugen af en lang række virkemidler. Der er, som for mange af de andre determinanter nævnt i denne rapport, stor usikkerhed om effekten af mange af disse virkemidler i forhold til de prioriterede områder: psykisk og ergonomisk arbejdsmiljø, og der er i særdeleshed stor usikkerhed om, hvorvidt der er differentielle effekter, og hvor store implementeringsproblemerne er.

Arbejdspladsvurdering (APV) har vist sig at være et effektivt redskab, som man behøver at tilpasse til de særlige udfordringer, som fokus på psykisk arbejdsmiljø, muskelskeletpåvirkninger og ulykkesrisici stiller. Se indsats # 8.3

En integration af indsatser for bedre arbejdsmiljø og forbedret sundhedsadfærd vil være central for at reducere ulighed i sundhed af to grunde. For det første vil den stigende ophobning af begge typer af risikofaktorer blandt kortuddannede øge risikoen for interaktion (differentiel sårbarhed), og for det andet vil den differentielle effektivitet af indsatserne mod arbejdsmiljøfaktorerne formentlig have gavn af en sådan integration. Se indsats # 8.4

Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

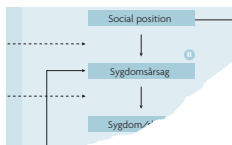
8.1 Arbejdspladsens indretning skal skabe tilfredshed og trivsel blandt medarbejderne, og indeholde specifikke ergonomiske forbedringer

8.2. Patienter med muskel- og skeletbesvær sikres vejledning og muligheder for at holde sig fysisk i gang, herunder muligheder for at varetage et lettere arbejde, der kan være bedre end passivitet i hjemmet

8.3 Anvendelsen af APV tages i brug også i de små virksomheder, og i erhverv med lave uddannelseskra

8.4 Integration af indsatser for bedre arbejdsmiljø og forbedret sundhedsadfærd udvikles. Indsatsen implementeres især i forhold til de grupper, der har de største arbejdskrav og den mindre sunde adfærd

4.9 Sundhedsadfærd



Mange af de sygdomme der er vist i tabel 3.5 er kendetegnet ved, at risikoen for at få disse sygdomme er større, jo mere man er udsat for eksponering for usund kost, rygning, overforbrug af alkohol og fysisk inaktivitet. Den u hensigtsmæssige sundhedsadfærd, samt de relaterede biologiske risikofaktorer som fedme, for højt kolesteroltal og for højt blodtryk er i stigende grad koncentreret blandt de socialt mindre privilegerede. Der råder derfor en tydelig differentiel eksponering, (se figur 2.2 pil II), for de enkelte risikofaktorer. Men de er også i risiko for differentiel sårbarhed, (pil III), fordi de er eksponeret for flere interagerende risikofaktorer i både adfærd og miljø for de samme sygdomme.

4.9.1 Helbredseffekter af tobak, alkohol, usund kost og fysisk inaktivitet

Tobaksrygning

Allerede ved små mængder har tobaksrygning en meget lang række skadelige helbredseffekter. Daglig rygning forhøjer risikoen for iskæmisk hjertesygdom og stroke (slagtilfælde) med 2-4 gange og risikoen for lungekræft og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) med 15-20 gange.²⁵⁵ Denne relative overrisiko gælder uanset social gruppe. Dertil kommer, at tobaksrygning øger risikoen for en lang række andre kræftformer, åreforkalkning i perifere kar, afkalkning af skelettet og brud på lårbenhalsen, samt øget risiko for infertilitet og for spædbørn øget risiko for dødfødsel, lav fødselsvægt og vuggedød.

Der er en interaktion mellem rygning og flere andre risikofaktorer for hjertekar-sygdom og kræft, som også er skævt fordelt. Det indebærer, at helbredseffekten af rygning i absolutte tal er kraftigere blandt mindre ressourcestærke grupper. I og med at både forekomsten og effekten af tobaksrygning er skævt socialt fordelt, får den en stor betydning for ulighed i sundhed i den danske befolkning. Som det fremgik af tabel 3.5 er flere af disse tobaksrelaterede sygdomme af særlig betydning for sociale ulighed i sygdomsbyrden.

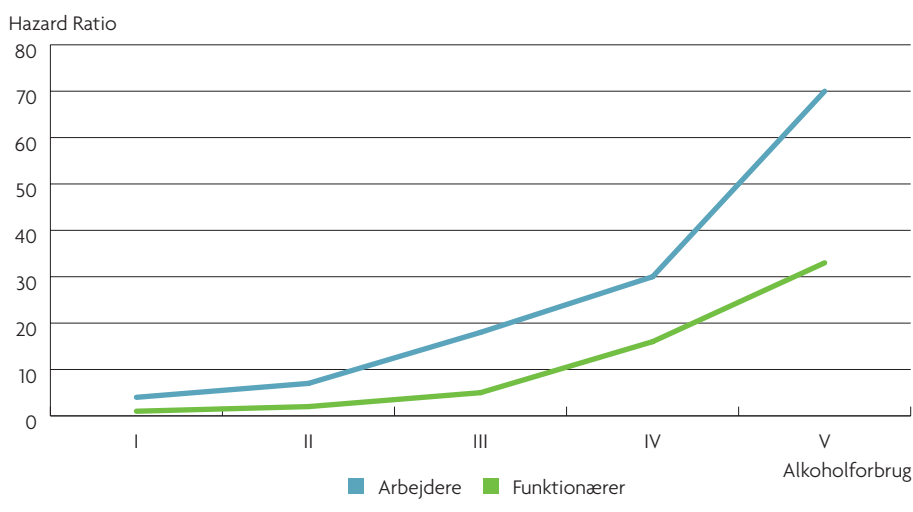
Alkoholforbrug

Indtagelse af alkohol indebærer også risiko for en lang række sygdomme (skrumpelever, kræft, brystkræft, mave-tarm sygdomme, stroke, alkoholafhængighed, alkoholpsykose og forskellige skader, alkoholforgiftning og trafik- og voldsskader). Selv små mængder alkohol indebærer en øget risiko for kræft og skrumpelever særligt for kvinder.^{256;257} Allerede ved den nye lavrisikogrænse på 7 genstande per uge for kvinder er der ca. 10 % forhøjet risiko for brystkræft. Derimod er risikoen for hjertedød 20 % lavere ved et ugentligt forbrug på max 7 genstande for kvinder og 14 for mænd sammenlignet med afholdenhed. Ved højrisikogrænsen på 14 genstande for kvinder og 21 for mænd per uge er dødeligheden samlet set forhøjet for både kvinder og mænd. Desuden er alkohol en vigtig risikofaktor for depression. Dertil kommer alle effekterne af alkoholmisbrug på nærstående ægtefæller og børn.

I forhold til social ulighed findes der et tilsyneladende paradoksal mønster, hvor totalforbruget af alkohol er jævnt fordelt eller nærmere lidt højere blandt veluddannede, mens flere af de psykiske og fysiske helbredseffekter socialt vender den tunge ende den modsatte vej – nedad.²⁵⁸ En del af årsagen er, at drikkemønstrene er forskellige, således at veluddannede drikker oftere og i moderate mængder, mens kortuddannede drikker relativt mere, når de drikker (binge-drinking). Detaljerede studier fra både Finland og Sverige har vist, at effekten af alkohol-

forbrug på indlæggelse og dødelighed for alkoholrelaterede sygdomme er stærkere hos personer med kort uddannelse (se figur 4.9.1)

Figur 4.9.1 Overdødelig (relativ risiko) af alkoholforbrug fordelt på arbejdere og funktionærer



Kilde: Mäkelä. JECH 2008;62:728-33.²⁵⁸

Anm: Alkoholforbrug i gram/år (I:1-26, II:27-116, III:117-364, IV:365-999, V:>999).

Præcist hvilke forhold, som skaber denne differentielle sårbarhed for alkohol, er kun delvis kendt. Sociale vilkår i barndommen, arbejdsvilkår og indkomstforhold senere i livet ser alle ud til at spille en rolle.^{259;260} Den differentielle sårbarhed, som er aktuell både i forhold til alkohol og som ovenfor nævnt i forhold til tobak, er fundet i forhold til mange andre risikofaktorer, fysisk inaktivitet, stress og overvægt.²⁶¹⁻²⁶³

Fysisk inaktivitet

Der er evidens for, at fysisk inaktivitet er en risikofaktor for hjertekarsygdom, fedme og type-2 diabetes.^{264;265} Der er også evidens for, at fysisk aktivitet har reducerende effekt på risikoen for flere kræftformer: tyktarms-, bryst- og livmoderkræft,²⁶⁶ og også for, at det påvirker forløbet af især brystkræft.²⁶⁷ Fysisk aktivitet reducerer risiko for rygsmerter og slidgigt, mens fysisk inaktivitet øger risikoen for faldulykker på grund af den svækkede neuromuskulære reaktionsevne og knogleskørhed. Et stigende antal forskningsresultater taler for, at fysisk aktivitet kan forebygge og forkorte depressionsforløb.²⁶⁸ Som beskrevet i afsnit 4.10, kan fysisk aktivitet også delvis hindre det fald i fysisk og kognitiv funktionsevne, som rammer mange ældre. I forhold til omfanget af fysisk aktivitet ser det ud til, at der er positive helbredseffekter ved 2-4 timers ugentlig fysisk aktivitet, hvori- mod helbredseffekterne ikke øges ved yderligere aktivitet. Derimod taler ny forskning for, at helt stillesiddende aktiviteter (som ved TV, skrivebord, computerspil) via en separat mekanisme øger risikoen for hjertekarsygdom.²⁶⁵ I forhold til social ulighed kompliceres billedet af det forhold, at personer med kort uddannelse ofte har fysisk anstrengende job, mens de i fritiden er mindre fysisk aktive. Det er dog stadig uafklaret, om der foreligger et paradoks ved, at fysisk aktivitet på arbejde øger risikoen, hvorimod fysisk aktivitet i fritiden mindsker risikoen for en række sygdomme.²⁶⁹

Kostens sammensætning og mængde

Det er særligt kostens indhold af fedt, frugt og grønt, sukker i flydende form samt salt, som har stået i fokus i forhold til forebyggelse og behandling. Kosten har effekt på risikoen for hjertekarsygdom, for overvægt og diabetes, samt for flere kræftformer i mundhule, strube, spiserør, mavesæk, tyk- og endetarm samt brystkræft. I sammenligning med de effekter man ser på specifikke sygdomme af tobak og alkohol er kosteffekterne svagere – ofte med relative risici på 1,1, og dermed bliver problematikken omkring differentiell sårbarhed også mindre aktuell for kostvanerne. Anbefalinger for kost er i dag frugt og grønt (>600g/dag), mere fisk (>2-300 g/uge), mindre mættet fedt især fra mælkeprodukter og kød (<10 energiprocent), mindre sukker (<10 energiprocent) især i flydende form, og mindre salt (<<6g/dag natrium). Data fra mange studier indikerer, at personer med kort uddannelse og lave indkomster generelt befinder sig længere fra at spise efter kostanbefalingerne, end de som har længere uddannelse.

Fedme

Energioverskuddet ved en positiv energibalance skabes af ydre forhold gennem øget energiindtag og reduceret energiforbrug. Rækkefølgen er ikke videnskabelig kortlagt – om det begynder med et øget indtag af energi, stigende vægt og deraf følgende faldende fysisk aktivitet og energiforbrug, eller om det handler om et biologisk drevet øget akkumulering af energi i fedtvævet.²⁷⁰ Vi lever i et meget ”obesogent” miljø med let adgang til rigelig, lækker, sød og fed mad samt kalorierige drikkevarer. Dette sker i kombination med et samfund, hvor størstedelen klarer sig fint med en meget begrænset fysisk aktivitet på arbejdet, i hjemmet og ved transporter derimellem. Vi er ikke genetisk bygget til at klare alle de fristelser. Modellen i figur 2.1 er brugt i forskningen om ulighed i fedme,²⁷¹ og de sociale forskelle i fysisk aktivitet og forbruget af energitætte fødevarer forklarer formentlig en meget stor del af uligheden i fedme, ikke mindst fordi de ofte optræder sammen og dermed kan forstærke hinandens effekt. Dette forhindrer ikke, at der kan være andre faktorer på spil, som fx psykosociale stressmekanismer. Dertil kommer den stress, som kan være udløst af omgivelsernes reaktion på en persons fedme.

4.9.2 Sundhedsadfærdens årsager

Flere af de her nævnte adfærdsmønstre er meget socialt skævt fordelt (se tabel 4.9.1), og er blevet det i stigende udstrækning. Andelen, som ryger dagligt, er mindsket; men samtidig er uligheden steget betydeligt de sidste godt 20 år. Når uligheden målt som *slope-index of inequality* har samme størrelsesorden som gennemsnittet i befolkningen (for rygning 2010 er det 27,7 % respektive 20,9 %) betyder det, at uligheden er meget udtalt – udtrykt i relative tal er rygning ca. 3 gange oftere forekommende hos dem med kort uddannelse, som dem med lang uddannelse. Alkoholbruget viser et svagt men faldende merforbrug hos veludannede grupper. Ulighed og forekomst af svær overvægt (BMI \geq 30) er stigende, mens forandringerne i fysisk inaktivitet er mindre tydelige. Den nationale sundhedsprofil 2010 har defineret usund kost som lavt indhold af frugt, grønt og fisk samt et højt indhold af fedt – især mættet fedt. Her er uligheden også meget udtalt. Data fra Københavns vestegn i perioden 1995-2006²⁷² viste, at alle uddannelsesgrupper ændrede kost i sundere retning i løbet af perioden, men de sociale forskelle eksisterede fortsat ved periodens slutning, således at kostvanerne var sundere blandt dem, som havde længere uddannelse.

Tabel 4.9.1 Ulighed i sundhedsadfærd beregnet som forskel (procent-point) mellem højeste og laveste uddannelse*, samt andel i gennemsnit i befolkningen

	1987	1994	2000	2005	2010 [#]
Daglig rygning	17,9	17,8	27,6	30,7	27,7
Gennemsnit (%)	44,1	39,0	34,0	29,6	20,9
Alkohol >14/21 genst. per uge	-	-5,6	-5,7	-3,6	-1,5
Gennemsnit (%)	-	10,7	11,7	14,3	10,6
Svær overvægt BMI ≥ 30	10,2	8,6	10,3	14,6	16,9
Gennemsnit (%)	5,5	7,6	9,5	11,4	13,4
Inaktiv fritid	12,4	16,4	17,6	18,0	18,7
Gennemsnit (%)	21,2	15,5	16,3	12,9	15,9
Usund kost	-	-	-	-	22,2
Gennemsnit (%)	-	-	-	-	20,9

Kilde: Beregnet ved IFSV efter SUSY 1987-2005 og Den nationale sundhedsprofil 2010

*Sammensætning og størrelse af uddannelsesgrupper forandres meget over tid, og derfor er forskellen beregnet som *slope-index of inequality*, som tager hensyn til dette.

#: Data fra 1987-2005 bygger på SIF/SUSY, mens de fra 2010 bygger på Sundhedsprofil 2010, som er indsamlet med en anderledes metode. Især gennemsnitstallene er derfor ikke sammenlignelige mellem 2010 og de tidligere år.

Rygningens strukturelle determinanter

Rygning er ikke, som mange af de andre determinanter en mere eller mindre utilsigtet sideeffekt af samfundsudviklingen, men et afhængighedsskabende forbrug, som bevidst er introduceret og opretholdes af stærke kommercielle interesser. EU-kommissionen har i sin rapport Tobacco or Health (2004)²⁷³ ligesom WHO's globale initiativ²⁷⁴ peget på det forhold, at selvom markedsføringen af tobak over for borgerne er blevet begrænset noget i de rige lande, har tobaksindustrien i en lang årrække kunnet bruge sine økonomiske og politiske ressourcer til at hindre og forsinke strukturelle sygdomsforebyggende indsatser blandt andet på EU-niveau. Det har bidraget til at bremse en række indsatser på nationalt niveau, blandt andet fordi store prisforskelle mellem landene og deraf følgende grænsehandel mm begrænser mulighederne for at anvende de mest effektive virkemidler i forhold til tilgængeligheden i fuldt omfang – afgifter og lovgivning.

Også på individuelt og lokalt niveau findes en række strukturelle og sociale determinanter for rygning. Forældre og ikke mindst kammeraters vaner, har indflydelse på, om unge begynder at ryge, industriens markedsføring rettes særligt mod socialt udsatte unge,²⁷⁵ og tobakskiosker er ofte mere tilgængelige i udsatte boligområder. Personer fra socialt dårligere stillede vilkår begynder at ryge tidligere og ryger mere, og har af den grund sværere ved senere at holde op. De har også lavere self-efficacy (tro på egen formåen), højere niveau af stress og arbejdsforhold, som gør rygning til en tilgængelig coping mekanisme. Dermed er tobakken på vej til at blive et socialt stigma i den rige del af verden.

Alkoholens strukturelle determinanter

Der gælder for alkohol det samme som for tobak, i forhold til industriel styrke, markedsføring, tilgængelighed og påvirkning fra forældre og kammerater og kolleger. Dog ser det ud til, at høj indkomst hænger sammen med alkoholbrug, mens det omvendte er tilfældet for tobak. Desuden er alkoholbrug også på en

helt anden måde en dybt integreret del af den danske kultur og sociale liv. I modsætning til tobaksepidemien, som antages at have nået sit højdepunkt i den vestlige verden,²⁷⁶ er alkoholepidemien ikke på samme måde på vej ned, hvilket forklarer den højere tolerance over for alkoholforbrug. På den anden side har alkoholfafhængighed ikke kun som nævnt alvorligere biologiske effekter for mindre privilegerede grupper, men også i høj grad alvorligere sociale konsekvenser i forhold til beskæftigelse og økonomi (se videre 4.12). Selvom der ikke på samme måde som ved tobak er opstået en social stigmatisering af personer med moderat alkoholbrug, er de psykosociale konsekvenser desto voldsommere ved et omfattende og langvarigt misbrug.²⁵⁵

Kostvanernes og fysisk aktivitets strukturelle årsager

Også disse risikofaktorer knytter sig også til markedsføring og tilgængelighed. Fx er det veldokumenteret, at reklamer, specielt slikreklamer rettet mod børn, og madvarernes placering i supermarkederne har stor betydning for forbruget. Desuden har udbud af kantine mad, samt størrelsen på tallerkener, flasker og poser, en markant indflydelse på kostvanerne. Hertil kommer, at de usunde fødevarer, som energitætte fødevarer med højt indhold af sukker, mættet fedt og salt, er relativt billige, hvorimod fisk, grøntsager og frugt er dyrere og nogle steder (tyndt befolkede områder, fattige bydele) mindre tilgængelige. Adgangen til sund kost på arbejdet hænger tæt sammen med branche og job, og er fx ikke let tilgængelig blandt langturschauffører. Endelig kan stress i hverdagen og uvidenhed om, hvordan kostbefalingerne realiseres i hverdagen, føre til hurtige løsninger med fast-food, frem for at der bruges tid på madlavning.

Strukturelle determinanter for fysisk aktivitet handler i høj grad om at skabe et byrum, der gør det lettere at cykle frem for at tage bilen, og som fremmer muligheden for at tage trappen frem for rulletrappen. Desuden skal der være kort vej til grønne områder.^{277:278} Det udbredte brug af computerspil og TV har øget mængden af stillesiddende fritid. Dertil har også bidraget, at mange arbejdspladser er udformet så at næsten al aktivitet kan udføres ved skrivebord og PC.

Kolesterol

Der er ikke landsdækkende tal for sociale forskelle i kolesterol tal. Regionale data fra befolkningsundersøgelser²⁷² viste et fald i andelen, som har mere end 5 mmol/l i total kolesterol i perioden 1978 til 2006. Hos mænd sås der ikke nogen sammenhæng med uddannelseslængde. Hos kvinder var der i starten af perioden ikke nogen forskel mellem dem med og uden erhvervsuddannelse, men i de seneste år sås en markant forskel i udviklingen, idet en lavere andel af kvinder med mere end 4 års erhvervsuddannelse havde for højt kolesterol sammenlignet med kvinder uden erhvervsuddannelse. Andelen af mænd med lavt HDL-kolesterol viste stigende tendens i perioden 1978-2006. I 1978 var der ikke forskel mellem mænd med og uden erhvervsuddannelse, men i 1980'erne og 1990'erne udviste de uden erhvervsuddannelse en større andel med lavt HDL-kolesterol; en forskel som udlignedes i 2006. Andelen af kvinder med lavt HDL-kolesterol forblev konstant i perioden for kvinder med en erhvervsuddannelse, mens den steg for kvinder uden erhvervsuddannelse. For kvinder er der således sket en udvikling i form af øgning af den sociale ulighed.

Blodtryk

Der er ikke landsdækkende tal for sociale forskelle i blodtryk. Regionale data har vist, at der blandt mænd i perioden 1978-2006 skete en social differentiering fra

ingen social forskel i 1978 til mere end 10 procentpoint flere med forhøjet blodtryk i 2006 blandt personer uden erhvervsuddannelse sammenlignet med dem med erhvervsuddannelse. For kvinder sås der ingen social ulighed i andelen med forhøjet blodtryk.²⁷²

4.9.3 Effektive indsatser

Virkemidler for sundere adfærd i forhold til tobak, alkohol, fysisk aktivitet og kost, kan, i lighed med tabellen på side 41, opdeles i de strukturelle og individorienterede indsatser. I et ulighedsperspektiv får denne opdeling en særlig relevans, fordi den også handler om, hvor ansvaret for indsatsen placeres – hos det enkelte individ, hvilket er tilfældet i de individorienterede indsatser og massekampagner²⁷⁹ eller om ansvaret placeres hos det politisk administrative system, hvilket er tilfældet ved de strukturelle indsatser. I førstnævnte tilfælde kræver det en indsats af det enkelte individ for at ændre sundhedsadfærden, mens det i sidstnævnte tilfælde ikke nødvendigvis kræver en aktiv indsats af det enkelte individ. Mens ansvaret for et individs sundhedsadfærd altid vil være både individets og samfundets, vil ansvaret for ulighed i sundhedsadfærd i højere grad ligge på samfundet. I Danmark har forebyggelsesstrategien gennem mange år været præget af massekampagner og den individorienterede tilgang. Det har givet anledning til den hypotese, at dette har været medvirkende til den øgede sociale ulighed i sundhed, da personer, som er bedre socialt stillede, har større overskud til den nødvendige indsats over for ændringer i sundhedsadfærd end de socialt dårligere stillede. Generelt er litteraturen meget sparsom, hvad angår både differential sårbarhed,^{280;281} differential effekt og differential implementering af den enkelte type af virkemidler og indsatser.¹¹⁸

Rygning

Forbud mod tobaksreklamer, rygeforbud på arbejdspladser, og øget pris på tobak har potentialet til at mindske den sociale ulighed i rygning.²⁸² Resultater fra Australien,²⁸³ USA^{284;285} og UK,²⁸⁶ men ikke fra Sydkorea²⁸⁷ viser, at øgning i tobaksafgifter reducerer den sociale ulighed i rygning. Dette beror på, at prisfølsomheden (priselasticiteten) er større blandt personer med lavere indkomster. Denne inkonsistens i resultater skyldes formentlig, at rygeepidemien er ung i Korea i modsætning til i Australien og UK. Når rygeprævalensen falder, er der imidlertid tegn på, at effekten af prisregulering bliver mindre.^{288;289} Det skyldes muligvis, at kun de meget nikotinafhængige rygere er tilbage.

Rygeforbud i det offentlige rum har reduceret andelen, som udsættes for passiv rygning, og det har muligvis også medført en reduktion i rygeprævalensen.^{290;291} De fleste studier har vist, at rygeforbuddet i det offentlige rum har reduceret incidensen af akut myocardi infarkt (AMI),²⁹² og et enkelt af disse studier viste en tendens til en større reduktion i AMI blandt de lavere sociale klasser sammenlignet med højere sociale klasser.²⁹³ Der er desuden nogen evidens for, at rygeforbud i det offentlige rum får færre unge til at begynde at ryge.^{294;295}

Massekampagner er med til at øge den sociale ulighed i rygning,²⁹⁶ hvilket understøttes af nogle, men ikke alle observationelle studier fra Danmark (se tabel 4.9.1), hvor den fremherskende strategi i mange år var massekampagner.

Den observerede øgning i social ulighed i rygning i Danmark har formentlig også været båret af den individorienterede tilgang, hvor konceptet var, at personer selv skulle henvende sig, hvis de ville deltage i rygestopkurser. En proaktiv individorienteret tilgang – som i Inter99 studiet fra Glostrup – synes ikke at

skabe social ulighed via differentiell effekt, idet der var en tendens til, at indsatsen havde en relativt større effekt blandt personer med kort uddannelse.²⁹⁷ Derimod kan der være et problem med differentiell implementering, fordi de socialt dårligst stillede er mindre tilbøjelige til at komme til denne type undersøgelser.²⁹⁸ Det er vist, at de socialt dårligst stillede kan motiveres ved en mere proaktiv og opsøgende indsats.²⁹⁹

Forebyggelse af rygning synes således at være et godt eksempel på, at en samlet forebyggelsesstrategi har effekt, hvis det basale er de strukturelle strategier suppleret med individorienterede strategier og oplysning. Netop for personer med lave indkomster er det vigtigt at kombinere afgifter med andre tiltag (se indsats # 9.1).

Alkohol

Mens langt størstedelen af befolkningen, som ryger, er overvægtige, er fysisk inaktive eller spiser en uhensigtsmæssig kost, ønsker at ændre forholdene til det bedre, ses dette ikke for personer med et alkoholforbrug over lavrisikogrænsen, idet kun ca. 1/5 af denne gruppe ønsker at ændre adfærden.³⁰⁰ Andelen, der ønsker at ændre adfærd er 28 % blandt højtuddannede mod 17 % blandt personer uden erhvervsuddannelse.³⁰⁰ Da mange danskere drikker over lavrisikogrænsen, og da der ikke ses den store sociale ulighed i indtaget, må forebyggelsesindsatsen fokusere på at nedbringe andelen med risikabel alkoholadfærd på en sådan måde, at det ikke skaber social ulighed. Højere priser på alkohol anses for at være en af de mest effektive måder at regulere alkoholindtagelsen på^{301;302} og en undersøgelse af alkoholreklamer i 20 lande viste en positiv effekt af forbud mod reklamer.³⁰³ Reduktion i udbuddet af alkohol i nærmiljøet er ligeledes effektivt – det kan dreje sig om arbejdspladser, skoler, klubber og idrætscentre,³⁰⁴ men også om at reducere antallet af salgssteder eller det tidsrum, hvor alkohol kan købes.³⁰⁵ Regeringens forhøjelse af aldersgrænser for køb af alkohol fra 15-16 år i 2004 havde en effekt på unges alkoholkøb, men ikke på alkoholforbruget. Dette er i modsætning til internationale erfaringer,^{305;306} og skyldes formentlig, at forældre og andre voksne ikke signalerer, at alkoholforbrug blandt børn og unge er uacceptabelt.³⁰⁷ Inden for alle disse tiltag, er der ikke solide data på, hvorvidt de vil mindske eller øge en eventuel social ulighed.

Det er vist, at screening efterfulgt af en kort rådgivning til borgere, der drikker over højrisikogrænsen, men som endnu ikke har opnået afhængighed, kan reducere alkoholforbruget.^{302;305;308} Der foreligger ingen data om effekten i relation til mindskning eller øgning af social ulighed (se indsats # 9.2).

Kost, bevægelse, vægt, kolesterol og blodtryk

Beskatning af drikkevarer tilsat sukker (fx sodavand, juice, saftvand) har vist sig at have en markant effekt på salget³⁰⁹ og i et systematisk review³¹⁰ over priselasticiteten over for salg af fødevarer, sås en variation fra 0,27 til 0,81. Take away food, sodavand, juice og kød var de fødevarer, der var mest påvirkelige af prisændringer (0,7-0,8). Der foreligger dog ingen data på effekten i social ulighed, men normalt vil priselasticiteten være højere hos personer med lave indkomster. Priselasticiteten på mejerivarer og andre kilder til mættet fedt er mere usikker. Folatberigelsen i USA førte til en reduktion i absolut social forskel i serum folat på 67 %.³¹¹ I lande som Norge og Sverige, hvor der er indført berigelse med D-vitamin, er der ikke data vedrørende ændringer i social forskel, men må forventes en lignende effekt som ved folatberigelse.

Tilgængelighed spiller en afgørende rolle. Da mange voksne og børn spiser en stor del af deres mad på henholdsvis arbejdspladsen og i institutionen, spiller udbuddet i kantiner en stor rolle. Der foreligger adskillige undersøgelser, der dokumenterer, at udvalg, placering og prissætning i kantiner har stor indflydelse på indtagelsen af frugt, grønt og fedt.³¹²⁻³¹⁵ Litteraturen indeholder ingen oplysninger om, hvorvidt disse initiativer medfører mindre social forskel, men da alle børn skal gå i skole, kan det formodes at have en effekt på den sociale ulighed i madvaner.

Effekten af massekampagner på social ulighed i kostvaner kendes ikke, men da massekampagner har været den overvejende strategi i Danmark til at få folk til at spise sundere, og da der er stor og voksende social ulighed i kostvaner, må de formodes at have en negativ betydning. Der findes ikke resultater om dette, da de store lokalsamfundsinterventioner fra 1970'erne³¹⁶ ikke inddrog oplysninger om sociale forhold.

Der er kun ringe viden om effekt på social ulighed af individuel rådgivning i forhold til kost. Et systematisk review³¹⁷ konkluderer, at individuel rådgivning ikke ser ud til at øge den sociale ulighed. I det populationsbaserede Inter99 studie fra Danmark konkluderes det, at en individorienteret kostintervention baseret på skræddersyet information, motivation og støtte samt et program for vedligeholdelse mindskede den sociale ulighed i usunde madvaner over en fem års periode.³¹⁸ I denne type undersøgelser vil der være personer, som ikke ønsker at tage imod tilbuddet om kostvejledning, og da det er velkendt, at udebliverne ofte tilhører de lavere sociale klasser, er effekten på befolkningsniveau usikker. Der vil således også her være det forhold, at differentiell implementering er et større problem end differentiell effekt.

En række undersøgelser tyder på, at ændringer i de fysiske omgivelser, som inviterer til fysisk aktivitet, fører til, at borgerne bevæger sig mere. Fundene er opsummeret i en NICE-rapport.²⁷⁸ Rapporten fokuserer imidlertid ikke på ændringer i social forskel, men der er dog på den anden side ikke anledning til at formode nogen differentiell effekt, og hvis de fysiske indsatser særligt gøres i lavindkomstområder, må de formodes at have en effekt på uligheden. Effekten på social ulighed af individuel rådgivning er sparsomt belyst, idet kun en enkelt artikel er identificeret.³¹⁹ Undersøgelsen viser ingen øgning af den sociale forskel i fysisk aktivitet som følge af en individorienteret strategi, men skal tages med samme forbehold som fundene vedrørende effekten af den individorienterede strategi over for madvaner.

Afledte faktorer for balancen mellem mad og bevægelse som blodtryk, kolesterol og fedme er ikke belyst, hvad angår effekten af interventioner på social ulighed. Flere lande – inklusive Danmark – arbejder på at få reduceret salt i forarbejdede fødevarer, så saltindtagelsen kommer ned i nærheden af de af WHO anbefalede 5 gram om dagen. Reduktion i saltindtagelsen vil medføre et fald i blodtrykket. Der er ingen viden om sociale forskelle i saltindtagelsen, men den sociale differentiering i blodtrykket hos mænd,²⁷² kunne være udtryk for øget saltindtagelse (fx gennem fast food). Der hersker stor ulighed i vedligeholdelse i brug af statinbehandling³²⁰ og antihypertensiv behandling,³²¹ som udtryk for, at den individorienterede strategi over for højt kolesterol og blodtryk kunne øge den sociale ulighed, hvis ikke der gøres særligt kraftige indsatser for at fastholde patienterne i behandlingen (se indsats # 9.3).

Som det er påpeget mange steder, er vores viden om differentiell effekt meget begrænset, og vores viden om differentiell implementering taler ofte for at mere individrettede tiltag ikke vil nå de som mest behøver det, mens strukturelle tiltag for hele befolkningen potentielt når alle. Vores viden om differentiell sårbarhed indikerer dog at indsatser, som sænker eksponeringsniveau lige meget i alle grupper vil have en stærkere sygdomsforebyggende effekt hos grupper med kort uddannelse fordi de også er eksponeret for andre interagerende risikofaktorer. Nedenstående forslag ligger således på linje med flere af Forebyggelseskommissionens velbegrundede forslag til strukturelle tiltag for at forbedre folkesundhedens gennemsnit, i og med, at vi forventer, at de også vil have effekt på ulighed i sundhed.

9.1 Følgende indsatser forventes at have effekt på ulighed i tobaksrygning:

- Tobaksafgiften hæves
- Strammere lovgivning om rygeforbud overalt indendørs bortset fra i eget hjem
- Håndhævelse af forbud af salg til personer under 18 skærpes
- Aktiv opsøgende rådgivning og rekruttering til rygestopkurser rettes særligt til personer med kort uddannelse, lave indkomster, psykiske lidelser og uden tilknytning til arbejdsmarkedet

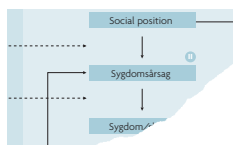
9.2 Følgende indsatser forventes at have effekt på ulighed i alkoholskader:

- Alkoholafgifterne hæves
- Aldersgrænsen for salg af alkohol hæves til 18 år og kontrollen skærpes med aldersgrænsen for både salg og servering
- Alkoholreklamer i alle medier forbydes
- Salgssteder og åbningstider begrænses
- Begrænsning af antal udskænkningstilladelser særligt i boligområder og nær uddannelsesinstitutioner
- Regler for alkoholbrug i skoler og andre uddannelsesinstitutioner skærpes
- Aktiv opsøgende rådgivning og alkoholbehandlingstilbud til med kort uddannelse, lave indkomster, psykiske lidelser og uden tilknytning til arbejdsmarkedet

9.3 Følgende indsatser må forventes at have effekt på social ulighed i kost og fysisk aktivitet, for højt blodtryk og kolesterol

- Forhøjede afgifter på sukkerholdige fødevarer (særligt sodavand) og på mættet fedt i mejerivarer og kød
- Tydelig kostinformation af typen nøglehulsmærkning gøres obligatorisk
- Reduceret saltindhold i færdiglavet mad
- Fysisk aktivitet mindst en time i skoledagen, blandt andet ved en struktur som sikrer, at børn kommer ud i frikvarterer i skolegårde, som indbyder til fysisk aktivitet
- Fysiske indsatser for øget fysisk aktivitet rettes mod udsatte boligområder og indrettes så rammerne både gavner børn, midaldrende og ældre
- Tiltag for at begrænse børns stillesiddende fritid ved TV og computer
- Udarbejdelse af sundhedspolitikker på arbejdspladser og skoler, som sikrer, at de sunde valg bliver de lette valg, fx i kantinerne
- Behandling af forhøjet blodtryk og kolesterol er effektiv. I primærsektoren gøres en særlig indsats for at sikre at folk med kort uddannelse og små indkomster fortsætter behandlingen, så længe den er indiceret

4.10 Tidligt tab af funktionsevne



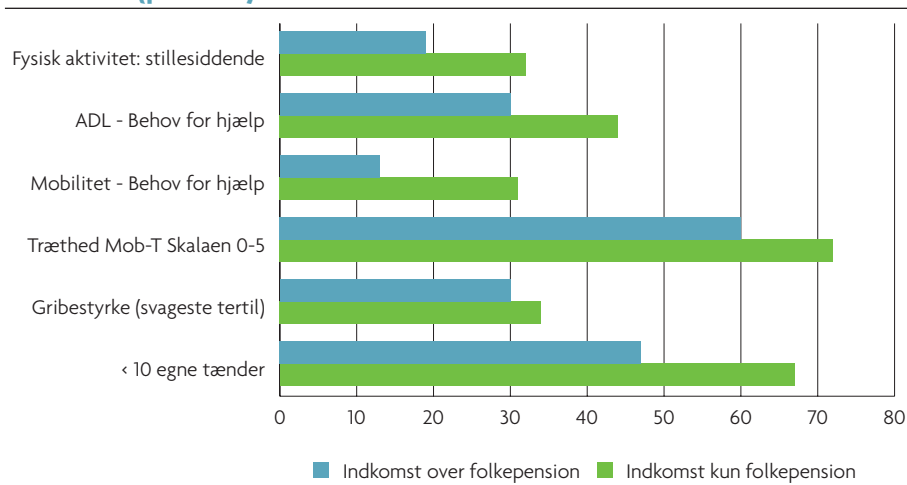
Funktionsevne kan være et mål på helbred i sig selv, men også en determinant for senere helbred. Tidligt tab af funktionsevne blandt midaldrende og ældre er et mindre studeret område i forhold til social ulighed i sundhed. Som determinant inddrages tidligt tab af funktionsevne i denne rapport for at skabe opmærksomhed om dens potentielle betydning og for at fuldstændiggøre det livsløbsperspektiv, som beskrives i denne rapport.

Med stigende alder øges både risikoen for aldersrelaterede sygdomme og for tab af funktionsevne, som fører til behov af behandling, rehabilitering, pleje og omsorg. Tab af funktionsevne er dels en konsekvens af sygdom, dels en følge af en aldersbetinget proces, som ikke altid indebærer, at sygdom kan identificeres som årsag. Denne øgede risiko skyldes både en med årene stigende ophobning af tidlige risikofaktors skadelige effekter, og aldrigbetingede forringelser af talrige biologiske funktioner, som bidrager til vedligeholdelse og reparation. Langt de fleste af den menneskelige krops biologiske funktioner falder med alderen efter 30- eller 40-årsalderen med ca. ½ til 2 % pr. år.³²² Det må formodes, at der er store individuelle variationer i niveauet, hvorfra tabet af funktionsevne starter, afhængig af hvilke biologiske funktioner, det drejer sig om. Det må også formodes, at der er visse individuelle variationer i, hvor hurtigt faldet foregår hos de enkelte individer både betinget af genetiske variationer og af de miljøpåvirkninger, de enkelte individer udsættes for.^{323;324}

Der er mange forskellige indikatorer på funktionsevnetab. Anvendte objektive indikatorer er blandt andet lungefunktionsmål, gribestyrke, mobilitet målt som ganghastighed, tandtab og måling af kognitiv funktion (fx urskivetest, MMSE).³²⁵⁻³²⁸ Mere subjektive mål som træthed og selv vurderet alder, ikke-alderssvarende udseende og selv vurderet funktionsbegrænsning har også vist sig at have betydning.³²⁹⁻³³¹ Ligeledes er der molekylære mål som telomerlængde (en indikator på hvor mange gange en celle har delt sig), der også er associeret med dødelighed,³³² aldersrelaterede sygdomme,^{333;334} fysisk aktivitet³³⁵ og selv vurderet tidlig aldring.³³¹ Et særligt udtryk for ældres skrøbelighed (fragility) måles som en kombination af BMI < 18,5, lav ganghastighed og gribestyrke, samt træthed og lav fysisk aktivitet.³³⁶

Selvom litteraturen herom ikke er omfattende, foreligger der dog nogen indikation på, at disse indikatorer er socialt skævt fordelt.^{325;327;328;331;337-345} Hvor socioøkonomisk position har vist sig at have en effekt på ældres funktionsevne, er det, ikke mindst i danske studier,^{342;346} ofte i højere grad den aktuelle økonomiske velstand (formue) frem for uddannelse, som er stærkest associeret med funktionsevne.

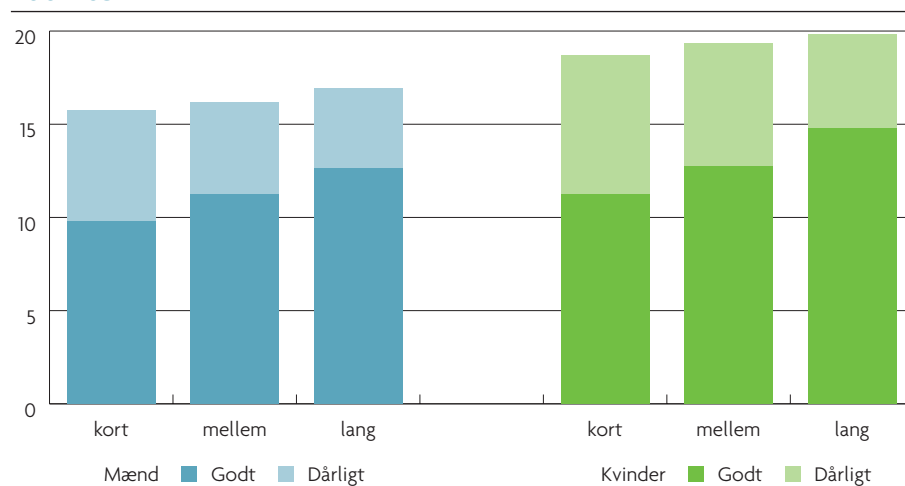
Figur 4.10.1 Indkomst og forskellige mål for tidlig nedsættelse og funktionsevne (procent)



Kilde: Fra 75-års-undersøgelsen af 1914-kohorten i Glostrup.

Data fra Danmarks Statistik viser, at ved 65-års alderen har danske mænd og kvinder en gennemsnitlig restlevetid på henholdsvis 16,9 år og 19,6 år. Generelt ses for ældre samme billede som for befolkningen som helhed, at de med kort uddannelse har kortere restlevetid, og at forskellen på kort- og langt uddannet har været stigende de sidste 15 år. Der er ikke nogen klar social skævhed i hvor meget af livet, de 65 årige lever med og uden langvarig sygdom og funktionsbegrænsning. Derimod er gradienten tydelig, når det drejer sig om det selvvalgte helbred (se figur 4.10.2).

Figur 4.10.2 Restlevetid med godt og dårligt helbred for 65-årige. 2004-05



Kilde: SIF – data fra SUSY-undersøgelsen 2004-2005 og registerdata i Danmarks Statistik

4.10.1 Helbredseffekter af tidligt tab af funktionsevne

Der findes en række studier, som har undersøgt objektive funktionsmål, som lungefunktion, gribestyrke, ganghastighed, rejsning fra stol og balancetid som prædiktorer for senere helbred, tab af funktionsevne og dødelighed. Der er også lavet systematiske review af evidensen for deres effekt på helbred. Der er fundet en konsistent evidens for effekten på dødelighed,³²⁷ mens evidensen for de

andre helbredsmæssige konsekvenser er mindre. Dog hænger lungefunktionen sammen med de fleste andre funktionsmål og med de fleste helbredsmæssige konsekvenser. De fleste studier har vist, at svag gribestyrke og langsom ganghastighed er associeret med øget risiko for knoglebrud og nedsættelse af kognitiv funktion.³⁴⁷ Subjektive mål som selv vurderet træthed ved hhv. mobilitet og udførelse af daglige gøremål har i danske og andre studier vist sig at hænge sammen med senere tab af funktionsevne og død, også efter kontrol for andre risikofaktorer.³²⁹ Træthed kunne også forudsige hospitalsindlæggelser samt behov for hjemmehjælp fem år senere. Ikke mindst permanent træthed fra 75- til 80-årsalderen øgede kraftigt risikoen for tab af funktionsevnen efter 80-årsalderen. Enkelte andre udenlandske undersøgelser har vist lignende resultater efter kortere opfølgning.³²⁹ En række studier har vist, at selv vurderet helbred blandt midaldrende kan forudsige senere tab af funktionsevne og dødelighed, også blandt dem der objektivt set har god fysisk og kognitiv funktion.³⁴⁸

Sammenlagt er der evidens for, at nedsat funktionsevne blandt midaldrende prædikerer funktionsevne, hjælpebehov og død hos ældre, og at denne funktionsevne er socialt skævt fordelt. Det rejser således spørgsmålet, om en indsats for at forbedre funktionsevne hos de socialt dårligt stillede, når disse er midaldrende, vil have en forebyggende effekt på deres tab af funktionsevne i alderdommen, og om en sådan indsats allerede vil kunne påvirke den sociale ulighed i funktionsevne, mens denne aldersgruppe fortsat er midaldrende.

4.10.2 Årsager til tidligt tab af funktionsevne

Det er endnu uklart, hvorfor nogle mennesker ældes tidligere eller hurtigere end andre, men det er formentlig en blanding af genetiske faktorer, livsstil, miljøpåvirkninger, levekår og sygdom, der er i spil. Det er langt fra alle mekanismer, der kendes. En undtagelse herfra er aldringsprocessen i mennesker, der ryger meget. Da tobakken har skadelige virkninger på en række biologiske funktioner, som øger risikoen for alvorlige sygdomme og deraf betinget tidlig død, er det sandsynligt, at disse biologiske funktioner svækkes tidligere og hurtigere end hos andre. For eksempel er der ingen tvivl om, at lungefunktionen hos rygere svækkes tidligere og hurtigere end hos ikke-rygere.

Der synes desuden at være nogle tegn på begyndende aldring, som viser sig tidligt hos midaldrende med lav socioøkonomisk position og usund livsstil,^{331;343;349} sammenlignet med aldersvarende midaldrende med højere socioøkonomisk position og sundere livsstil viser disse "tidligt aldrende" personer sig at have kortere telomerer, lavere lungefunktion, begyndende mobilitetsbegrænsninger og lav gribestyrke. Desuden udviser de hurtigere træthed ved mobilitet, har et udseende, som ser ældre ud end svarende til alderen, har selv en oplevelse af tidlig aldring og begynder tidligere at miste tænder. De har endvidere oftere tegn på stofskifteforstyrrelser tydende på det såkaldte metaboliske syndrom, som stærkt øger risikoen for sukkersyge og hjertekar-sygdomme.³³¹ Som vi så i afsnit 4.1, er der evidens for, at en række faktorer i barndommen har en indflydelse på helbred og funktionsevne senere i livet. Sammenhængen gælder også for midaldrende og ældre. En række studier, især et større britisk studie af en fødselsårgang fra 1946 har vist, at lav fødselsvægt var associeret med gribestyrke som voksen uafhængigt af senere stigninger i vægt og højde.⁷¹ Tillige havde god motorisk udvikling i barndommen og et højt kognitivt niveau i barnealderen en positiv betydning for fysisk funktion hos halvtredsårige.³⁵⁰ Også høj socioøkonomisk status i barnealderen er fundet associeret med god fysisk funktion som halvtredsårige.³⁵¹ I et andet opfølgingsstudie fandtes, at socioøkonomiske indikatorer i barnealderen

både var associeret med niveauet af funktionsbegrænsninger og med ændringer heri over tid, også kontrolleret for socioøkonomiske indikatorer som voksen.³⁵² I et dansk studie fandtes, at halvtredsårige mænd, som havde tilhørt en lav social klasse både i barndommen og som voksen, havde en højere risiko for dårligt selv vurderet helbred, nedsat mobilitet, højere træthed og dårlig tandstatus. Især dårlig tandstatus hang sammen med socialt tilhørsforhold i barnealderen.³⁵³ Tandstatus er en relevant parameter pga. dens betydning for ernæringstilstanden blandt ældre, der generelt har højere risiko for ernæringsmæssige mangler og vægttab (for kvinder).³⁵⁴

De vilkår, der fører til nedsættelse af funktionsevne, ophobes altså over hele livet, men kan også komme pludseligt i form af akut sygdom, der medfører efterfølgende funktionsbegrænsning. Vellykket aldring drejer sig således i høj grad om vedligeholdelse og fravær af sygdom.³²² Forebyggelse af sygdom generelt falder uden for rammerne af denne rapport, men er et iboende element i alle afsnittene i dette kapitel. Det drejer sig både om levekår, livsstil og det fysiske miljø.

I forbindelse med fysisk funktionsevnetab er det vedligeholdelse via fysisk aktivitet, der har altovervejende betydning.³⁵⁵ Men vedligeholdelse drejer sig også om de psykosociale og mentale aspekter af livet. Fx har et dansk studie af ældre vist, at enlige 75-80 årige mænd med lav social deltagelse havde et højere tab af mobilitet tre år senere end dem med høj social deltagelse.³⁵⁶

4.10.3 Effektive indsatser

Der findes en række interventionsforsøg, der viser, at såkaldte komplekse eller multifaktorielle interventioner over for ældre voksne kan bidrage til at bevare deres funktionsniveau i længere tid, og dermed udsætte tab af funktionsevne, hospitalsindlæggelser, afhængighed af hjælp, anbringelse på plejehjem samt mindske risikoen for fald.³⁵⁷ Også forebyggende hjemmebesøg har i et dansk studie vist sig at have en gavnlig effekt på mobilitet. Det 3-årige interventionsstudie foretaget i 34 kommuner, som tilbød forebyggende hjemmebesøg hos 75-80 årige, påviste efter hhv. 3 og 4,5 års opfølgning et reduceret niveau af mobilitetsbegrænsninger blandt de ældre, som var uafhængig af deltagernes formueforhold. Det er således positivt, at forebyggende hjemmebesøg nu er stadfæstet ved lov i alle kommuner, og der bør være rummelighed til, at kommunerne kan tilbyde besøg oftere end én gang årligt til de ældre, der måtte have behov for det. Som beskrevet er der stor forskel i funktionsniveauet hos de ældre, og man må gå ud fra, at der vil være en differentiell effekt af de forebyggende hjemmebesøg, således at de er til størst gavn for dem, der har mest behov for støtte. Samtidig er det klart, at mindre ressourcestærke ældre har brug for støtte oftere end ressourcestærke ældre for at opnå samme gunstige effekt. Interventionsstudiet om de forebyggende hjemmebesøg viste desuden, at der var forskel på borgernes accept af et hjemmebesøg afhængig af, hvordan de modtog invitationen.³⁵⁸ (se indsats # 10.1).

Træningsinterventionsstudier har ligeledes vist en god effekt i forhold til funktionsevne. En styrkelse af muskelstyrken, ganghastighed, balance og lungefunktion kan forbedre mobiliteten i en grad, som udsætter tab af funktionsevne. Men ingen af disse har tilsyneladende undersøgt om denne træningseffekt er forskellig i grupper af ældre med forskellige uddannelses- eller velstandsniveauer. Dog har nogle af disse studier vist, at effekten er størst hos dem med det laveste mobilitetsniveau, hvorfor det kan forventes, at ældre voksne med lav uddannelse eller lav velstand kan opnå mest ved sådanne træningsforsøg. Et problem er dog her,

at disse træningsforsøg kun tiltrækker de mest motiverede og sandsynligvis bedst uddannede. Der er derfor risiko for en stærk differentiell implementering (se indsats # 7.4).

Ikke mindst lavtuddannede, som ryger, er fysisk inaktive og overvægtige, synes at være præget af tidlige aldringstegn og funktionstab, og oplever også sig selv som værende ældre end jævnaldrende.^{331;359} En særlig højrisiko-strategi i forhold til disse grupper kan således være motiveret. De strukturelle indsatser, vi har nævnt i afsnit 4.9 for øget fysisk aktivitet og mindske tobaksrygning, er desuden også aktuelle i dette perspektiv, med henblik på at forebygge tidligt fald i funktionsevne.

Herudover må det forventes, at opportunistisk screening i almen praksis og ved de forebyggende hjemmebesøg af en række subjektive aldringstegn vil være et virksomt redskab til at fange de tidlige tegn på funktionsevnetab. Det kan også dreje sig om at checke nogle objektive forhold som fx lungefunktion samt fysiske og kognitive funktioner. Som resultat af disse observationer og funktionsmålinger kunne følge forslag til aktivitetsprogrammer, træningstilbud, motion på recept m.v.

Endelig er der behov for en særlig opsøgende og motiverende indsats for at motivere og fastholde ældre med forskellige kroniske sygdomme i en rehabiliteringsproces (se indsats # 10.3).

Problemer relateret til tandstatus og ernæringstilstand kan til dels imødegås ved at udvide tilbuddet om tandpleje til ældre. I de nordiske lande har der netop været forsøgsordninger af sådanne indsatser, og eksempelvis viste treårsevalueringen af forsøgsordningen i Ballerup, at brugen af regelmæssig tandpleje blev næsten fordoblet.^{360;361}

Med den viden, som allerede nu foreligger vedr. tandtab og tab af funktionsevne og med de gode erfaringer, som foreligger fra subventionerede ældretandplejetilbud i forsøgskommuner, kan der gøres en særlig indsats, så ældre mere regelmæssigt kommer til tandlæge. Et særligt tandplejetilbud til midaldrende og ældre voksne med lav uddannelse og lav velstand bør overvejes. Herunder kan der udarbejdes specielle invitationsprocedurer og oplysningsmaterialer (se indsats # 10.4).

Den tilgængelige viden taler således for, at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed. Det er dog centralt at der fokuseres på en implementering som når alle ved opsøgende og fastholdende indsatser:

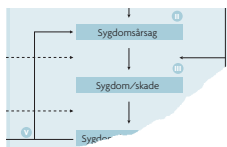
10.1 Tilbud om forebyggende hjemmebesøg til alle ældre, med differentierede indsatser i overensstemmelse med differentierede behov og med særlig fokus på at nå økonomisk mindre privilegerede ældre

7.4 Der sikres muligheder for fysisk aktivitet for midaldrende og ældre, herunder aktivitetsprogrammer, træningstilbud som motion på recept. Desuden skal der være mulighed for fysisk aktivitet på arbejdspladser og i nærområder

10.3 Ved besøg hos egen læge skal der være særlig opmærksomhed på tegn på tidlig nedsættelse af funktionsevne med henblik på visitering til individorienterede indsatser

10.4 Tandplejetilbud til ældre subventioneres, således at de får mere regelmæssig tandpleje

III. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser



Mens de determinanter, som vi behandlede i afsnittene 4.4-4.10, er forhold, som påvirker risikoen for at blive syg og få nedsat funktion, handler de følgende to determinanter (afsnit 4.11-12) om forhold, som skaber social ulighed i konsekvenser af sygdom med påvirkning af overlevelse og deltagelse på arbejdsmarkedet. I forhold til modellen i figur 2.2 handler det således om mekanismerne IV og V samt om indsatser af typen D.

4.11 Sundhedsvæsenets rolle

En vigtig faktor for udfaldet af given henvisning eller behandling ved kontakt til sundhedsvæsenet er samspillet mellem bruger og sundhedstjeneste.³⁷⁸ Samspillet kan opfattes som en forhandling, hvor to væsentlige faktorer spiller en rolle: På den ene side er der brugerens erfaringer fra tidligere kontakter, forventninger om hjælp, viden om symptomernes betydning og viden om, hvad sundhedsvæsenet har at tilbyde. Brugerens uddannelse, sociale status, sproglige evner mv., spiller her en afgørende rolle. Det samme gør det sociale netværk og hvilken støtte fra pårørende patienterne kan få ved sygdom, efter indlæggelser etc. Et aktuelt review har således vist en betydelig overdødelighed i mange sygdomme for personer med svagt socialt netværk og få muligheder til støtte ved sygdom.³⁷⁹ Sundhedsvæsenet er formet efter billedet af en ideal patient, som forstår, hvor de rette indgange er, hvordan henvisningssystemerne fungerer, hvilke rettigheder der findes for patienten og hvilke krav systemet stiller.

Sundhedsvæsenets organisering er derfor afgørende for tilgangen af patienter. Det handler ikke kun om kendskab til de rette indgange, men også om ventetider, geografiske afstande, kapacitetsmæssige flaskehalse, ekskluderende indikationer (fx afvisning af misbrugere) og brugerbetaling. En meget stor del af sundhedsydelse (fx brug af specialister) genereres ved henvisninger inden for systemet, og her spiller de sundhedsprofessionelles vurdering af patienternes problemer, prognose og compliance en afgørende rolle ligesom lægens at vurdere patientens egen mestringssevne. Det samme gør patientens og de pårørendes argumenter. Individets ressourcer har således stor betydning i mødet med sundhedsvæsenet. Det er på den anden side sundhedsvæsenets ansvar at organisere virksomheden således, at også de mindst ressourcerstærke kan finde vej og give dem den ekstra støtte de har brug for, for at de kan opnå et ligeværdigt behandlingsresultat.

4.11.1 Ulighed i sygdomskonsekvenser

Efterfølgende to tabeller illustrerer det forhold, at ikke kun risikoen for at blive syg, men også overlevelsen efter at være ramt af en alvorlig hjertesygdom eller kræft er forskellig afhængig af individets uddannelsesmæssige baggrund.

Tabel 4.11.1 Indlæggelser per 100.000 for, og dødelighed (i %) efter, blodprop i hjertet i forskellige uddannelsesgrupper. Mænd og Kvinder i alderen 35-64 år justeret for alder. Danmark 2004-05

	Mænd			Kvinder		
	Kort	Mellem	Lang	Kort	Mellem	Lang
Indlæggelser for blodprop i hjertet/ 100.000	295	233	172	98	60	44
Død samme dag, pct	9,3	6,8	4,9	10,0	5,5	7,9
Død inden 30 dage, pct	5,0	3,1	3,1	5,3	3,4	4,7

Kilde: Hjerteforeningen/SIF: Hjertestatistik 2008

Tabel 4.11.2 Ulighed i forekomst af, og 5-års overlevelse efter nogle kræftformer. Mænd og kvinder over 30 år. Forhold mellem kort uddannelse og mellem/lang uddannelse (=1) 1994-2006

	Mænd Incidens	5-års overlevelse	Kvinder Incidens	5-års overlevelse
Lungekræft	1,53#*	0,70*	1,85*	0,90
Mavekræft	1,37*	1,30	1,23*	1,06
Tyktarmskræft	0,93	0,91	1,02	0,94
Brystkræft	-	-	0,80*	0,92*
Prostatakræft	0,81*	0,80*	-	-
Alle kræftformer	1,10*	0,77*	1,02	0,81*

Kilde: Dalton SO, Schuz J, Engholm G, Johansen C, Kjaer SK, Steding-Jessen M et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. Eur J Cancer 2008; 44(14):2074-2085.⁴⁰⁵

Anm: (*) betyder at uligheden mellem uddannelsesgrupper er signifikant p<5 %

Allerede i tabel 3.2 fremgik det, at uligheden i forekomst af sygdomskonsekvenser, målt som varig nedsat funktionsevne og aktivitetsbegrænsning, er mere social skævt fordelt end forekomst af sygdom. Det kan skyldes, at flere af de faktorer i fx arbejdsmiljø, som påvirker risikoen for at blive syg, også påvirker sygdomsforløb og mulighederne for at vende tilbage til arbejdet.

I tabel 4.11.3 ses på risikoen for at forlade arbejdsmarkedet efter indlæggelse for en række sygdomsgrupper. Læser man tabellen vertikalt, ser man, at skade eller sygdom ikke uventet forøger risikoen for at forlade arbejdsmarkedet. Mere overraskende er det, hvor meget større den risiko er, hvis man har været behandlet for en psykisk lidelse sammenlignet med en somatisk. Læser man tabellen horisontalt, kan man se, at kvinder har en højere risiko end mænd, men mest udtalt er de meget store uddannelsesmæssige forskelle.

Tabel 4.11.3: Risiko (%) for at forlade arbejdsstyrken inden for en 3-års periode efter indlæggelse 2006 for skader, kræft, hjertekarsygdom og psykisk sygdom opdelt efter uddannelse. Aldersstandardiserede tal. 25-59 år

	Mænd		Kvinder	
	Grundskole	Videregående uddannelse	Grundskole	Videregående Uddannelse
Hele befolkningen	24,5	3,7	33,4	3,4
Indlagt skader	25,9	5,0	42,2	5,4
Indlagt kræftsygdom	38,9	7,9	43,4	7,9
Indlagt hjertekarsygdom	45,2	13,1	51,8	9,2
Ordineret psykofarmaka	57,9	14,0	59,0	12,2
Indlagt psykisk sygdom	70,6	37,6	74,0	29,6

Kilde: IFSV på baggrund registre i Danmarks Statistik.

Indlæggelse for skader og hjertekarsygdom blandt mænd med mellem eller lang videregående uddannelse øger risikoen for at forlade arbejdsmarkedet med 1,3 procentpoint respektive 9,6 procentpoint, og 33,9 procentpoint ved indlæggelse for psykisk sygdom. For kort uddannede mænd er de tilsvarende tal 1,4 procentpoint for skader og over 20 procentpoint ved hjertekar-sygdom. For de psykiske lidelser er tallet 45 procentpoint. Det betyder, at blandt dem som både har været indlagt for psykisk lidelse og har kort uddannelse forlader næsten 3 ud af 4 arbejdsmarkedet, men de tilsvarende tal for dem som er veludannede er 1 ud af 3. Også for de somatiske lidelser er uligheden efter uddannelse stor.

Det faktum, at en person med kort uddannelse meget oftere forlader arbejdsstyrken efter sygdom, behøver ikke være en problematisk og uretfærdig ulighed. Hvis vi opfatter arbejdsevnen som et samspil mellem individets funktionsevne og arbejdets krav, kan det være særdeles rimeligt og sundhedsmæssigt velmotiveret, at personer i erhverv med store fysiske og psykiske krav, oftere forlader arbejdet ved en given reduktion af funktionsevnen (se videre 4.12). Men ovenstående resultater, som viser, at dem med kort uddannelse har 20-45 procentpoints højere risiko for at forlade arbejdet, kan rejse spørgsmålet om der er ulighed i adgang til og effekt af genoptræning og rehabilitering.

Årsagerne til, at der i Danmark er betydelige uligheder i sygdomskonsekvenser som fx arbejdsophør og dødelighed, er således komplekse og kan i princippet handle om en eller flere af følgende fire forklaringer:

- Ulighed i forekomst af flere af determinanterne i arbejdsmiljø, indkomst, langvarig arbejdsløshed og sundhedsadfærd, som ikke kun påvirker risikoen for at blive syg, men som også kan påvirke sygdomsforløb og konsekvenser af sygdom (se afsnit 4.4-4.9)
- Ko-morbiditet påvirker konsekvenserne af en given sygdom, og eftersom mange sygdomme er socialt skævt fordelt i befolkningen, kan det også påvirke overlevelse og funktionsevne i relation til den enkelte sygdom (se kapitel 3)
- Arbejdsevne må ses i sammenhæng med både arbejdskrav og funktionsevne. Da begge dele er socialt skævt fordelt, bliver konsekvenserne af deres samspil i form af fx sygefravær og arbejdsophør meget skævt fordelt (se afsnit 4.12).
- Brug af sundhedsydelse inkl. rehabilitering kan også spille en rolle. Tilbud om, adgang til og brug af ydelserne kan være ulige fordelt, tidspunkt i syg-

domsforløbet og indikationerne for behandling kan variere, og desuden kan kvaliteten og effekten af de behandlende indsatser være forskellige (se afsnit 4.11).

4.11.2 Ulighed i brug af sundhedsydelser

Behandling, rehabilitering og pleje i sundhedsvæsenet har stor betydning for, hvilke konsekvenser sygdom får for befolkningen. Dette kommer fx til udtryk ved de senere års forbedrede overlevelse for personer med iskæmisk hjertesygdom, og forbedringen af ældres funktionsevne. Det betyder, at systematiske sociale uligheder i brug af sundhedsvæsenets ydelser får potentiel stor betydning for ulighed i sygdomskonsekvenser. Ulige brug af de forebyggende ydelser vil på samme måde påvirke sygdomsforekomster. I kapitel 3 er redegjort for de store og delvis voksende sociale uligheder i sygelighed og dødelighed. Når det undersøges, hvad befolkningens brug af sundhedsvæsenets ydelser betyder i forhold til de sociale uligheder, er der fire processer, som er afgørende:

- Al sygelighed repræsenterer ikke et *behov* for behandling, fordi vi for visse sygdomstilstande ikke råder over behandlinger, som har effekt på livskvalitet, funktion og overlevelse. Men opfattelsen af hvad der virker, er ikke nogen videnskabelig konstant – den er hele tiden underkastet forandringer, nye metoder, forskellige professionelle vurderinger etc. Vurderingen er heller ikke social neutral, fordi patienters sociale forhold kan påvirke vurderingen af, om en given behandling vil kunne gavne patienten og dermed bør tilbydes.
- Et behov skal omsættes til en *efterspørgsel*, og her spiller både patienternes viden og forventninger en stor rolle. En meget stor del af efterspørgslen genereres inden for sundhedsvæsenet selv, gennem henvisninger etc., men også udbuddet, som påvirker patienternes forventninger og krav, spiller en rolle. Disse forhold er socialt skævt fordelt, og derfor opstår der også uligheder, når *behov* omsættes til *efterspørgsel*.
- I hvilken udstrækning efterspørgsel leder til faktisk *brug* af sundhedsydelser, afhænger blandt andet af evt. brugerafgifter, ventetider, geografiske afstande, personlige ressourcer, sociokulturelle faktorer mm.
- Endelig kan der opstå uligheder i, hvilken effekt på sygdomsforløbet brug af sundhedsydelserne har. Uligheder i kvalitet, compliance, sygdomsafærd og egenomsorg etc. spiller her en rolle, ligesom også handlekompetence har en betydning.

Etiske principper

Det er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen, at regioner og kommuner skal opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng, valgfrihed, kort ventetid etc. (Sundhedsloven §2).

Ethvert sundhedsvæsen må derudover håndtere den konflikt, der ligger i, at den moderne medicinsk-teknologiske udvikling har gjort flere indsatser mulige, end der er ressourcer til, hvis sundhedsvæsenets omkostninger i % af BNP ikke skal stige radikalt. Og måden den konflikthåndteres på, skal så vidt muligt tage hensyn til tre etiske principper:

- at mennesker med lige behov skal behandles lige, hvilket ofte betegnes *horisontal lighed*

- at mennesker med størst behov prioriteres før mennesker med mindre behov svarende til *vertikal lighed*
- at man i udbuddet tager hensyn til relationen mellem indsatsernes omkostninger og deres effekt på helbredet (*omkostningseffektivitet*)

Disse tre principper kan være i konflikt med hinanden og kræve forskellige typer af prioriteringer. Det sker fx ved at lade lægen vurdere den enkelte patients behandlingsbehov og hermed opnå en sundhedsfagligt funderet behovsvurdering, så dem med størst behov prioriteres først. En anden måde er at anvende brugerbetaling til at reducere brugen af ”unødige” kontakter til sundhedsvæsenet, eller ved at visse typer af indsatser udelukkes (fx kosmetisk kirurgi mm) fra det offentligt finansierede system. Det er ikke let at prioritere i overensstemmelse med de tre principper og samtidig imødekomme brugernes stadig større ønsker om en vis individualiseret behandling, valgfrihed, kortere ventetider og krav på ”service for pengene”. Flere af de forhold, som skaber ulighed i brug af sundhedsydelser, handler til dels om utilsigtede effekter af de prioriteringer som foretages for at balancere ovenstående principper og hensyn.

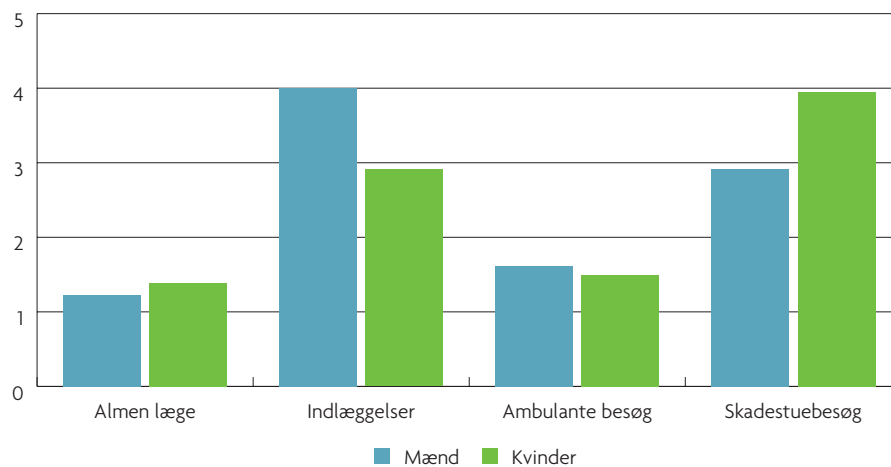
Der findes meget lidt dansk forskning om lighed i tilgængelighed, brug og konsekvens af sundhedsydelserne i det danske samfund.³⁶² På det meget overordnede niveau er der internationalt af OECD og EU i mange år blevet udført store komparative spørgeskema-undersøgelser med henblik på dels at beskrive behov for og brug af forskellige sundhedsydelser, dels at vurdere om andre faktorer end behov, som fx uddannelse og indkomst, påvirker brug af disse sundhedsydelser. Resultaterne har i flere år været ret stabile, uanset hvilket datamateriale der er benyttet. Den seneste analyse, baseret på data fra 2004³⁶³ viser, at når der i analysen tages hensyn til behov målt med indikatorer som alder, køn, selv vurderet helbred og funktionsevne, finder man for Danmarks vedkommende, at indkomst har meget begrænset effekt på brug af egen praktiserende læge, hvilket bekræfter tidligere danske fund.³⁶⁴ I forhold til brugen af praktiserende speciallæger har personer med højere indkomst et klart større forbrug end den øvrige befolkning. Det er et mønster, der også findes i fx Norge og Sverige, men ikke i Holland og Storbritannien. Mest udtalt er uligheden i speciallægeforbrug i Portugal, Finland, Irland og Italien, hvor patientafgifter og private forsikringer siden 2004 har spillet en betydelig rolle.³⁶⁵ Senere studier baseret på EU-surveys har bekræftet dette mønster og fundet, at jo bedre og mere detaljerede målinger man har på både indkomst og behov, jo mere udtalt bliver uligheden i speciallægebrug.³⁶⁶ Fundet bekræftes også af data fra de danske SUSY-undersøgelser (se tabel 3.2) og af de analyser, som NOMESCO har udført ud fra SUSY data fra år 2000. Her fremgår det, at personer med kort uddannelse (<10 år) har 20-30 % lavere sandsynlighed for at have besøgt en læge (uanset hvilken), når der tages hensyn til selvrapporтерet helbred, end en person med længere uddannelse (>12 år).³⁶⁷ Aktuelle danske data viser dog, at selvom brug af de praktiserende lægers ydelser ganske godt svarer til behovene for forskellige indkomstgrupper, er der et klart lavere forbrug blandt dem med ekstremt lave indkomster, dvs. personer med årsindkomster under 73.000 DKK.³⁶⁸ Et aktuelt dansk studie viser, at der ikke er underforbrug af speciallægeydelser blandt indvandrergupper.³⁶⁹

Udover disse mere generelle analyser af ulighed i brug af sundhedsvæsenet er der en lang række studier, som illustrerer ulighed i brug af mere specifikke ydelser. Uligheden er ikke mindst markant i brugen af forebyggende tilbud. Der er fx en udtalt ulighed i brugen af børneundersøgelser hos egen læge.¹²³ Sandsynligheden for ikke at blive mammografi-undersøgt er omkring 25 % højere for en ufaglært

kvinde sammenlignet med en funktionær på lavere og mellemniveau, men samtidig er den meget forhøjet blandt kvinder i ledende stillinger, og blandt ikke-erhvervsaktive og selvstændige. Her råder altså en mere U-formet relation, når man måler det i forhold til kvindens egen sociale position. Målt med mandens erhverv stemmer resultaterne fra Danmark med, hvad man finder internationalt: at ufaglærte, ikke-beskæftigede og selvstændige har større sandsynlighed for ikke at deltage regelmæssigt.^{370;371} Også for cervix cancer screening og colorectal screening er der fundet stærke sociale skævheder.^{372;373} Disse uligheder er mere tydelige ved opportunistiske end nationalt dækkende programmer.

Afsnit 4.6 viste blandt andet den store oversygelighed blandt socialt udsatte voksne i Danmark. Figur 4.11.1 illustrerer overhyppigheden i brug af forskellige ydelser. En fire gange højere frekvens af skadestuebesøg og indlæggelser på sygehus blandt socialt udsatte svarer til overhyppigheden i behovet. Det relativt set lave forbrug af egen læge og andre ambulante besøg afspejler et brug af sundhedsvæsenet, hvor det er de akutte kriser som udløser kontakt, men hvor en langsigtet behandling og rehabilitering af de mange kroniske sygdomme, som denne gruppe lider af, ikke ser ud til at fungere. Figur 4.11.1 viser bl.a. at inden for det seneste år har socialt udsatte været på skadestue eller er blevet indlagt 3-4 gange oftere end resten af befolkningen. Igen gælder, at brug af ydelser altid skal sammenholdes med behovet.

Figur 4.11.1 Overhyppighed af brug af sundhedsydelser blandt socialt udsatte, der har haft kontakt med sundhedsvæsenet mindst en gang i året før undersøgelsen



Kilde: SUSY udsat.²¹⁸

Anm: Overhyppigheden måles i forhold til baggrundsbefolkningens brug af sundhedsydelser, som her antager referenceværdien 1.

For mere specifikke sygdomme er der sociale uligheder i brugen og effekten af en lang række behandlinger, som fx både invasiv behandling og brug af statiner og beta-blokkere i behandlingen efter iskæmisk hjertesygdom.³⁷⁴⁻³⁷⁶ Dette kan være en bidragende årsag til ulighed i overlevelse (se tabel 4.11.1). Det er også vist, at deltagelse i et bredere rehabiliteringsprogram efter hjerteinfarkt er lavere blandt personer med lav indkomst.³³⁸ Ligeledes er tendensen til tidlig afbrydelse af antidepressiv behandling ordineret i almen praksis mere almindeligt hos personer med kort uddannelse.³⁷⁷

I en stor engelsk oversigt³⁷⁸ konkluderes det, at i offentlige skattefinansierede systemer finder man gennemgående, når man tager hensyn til behov, at:

- specialiserede ydelser oftere bruges af personer med højere social position
- forebyggende ydelser oftere bruges af personer med højere social position
- akutte ydelser (skadestuebesøg, vagtlæge mm) oftere bruges af personer med lavere social position
- alment praktiserende lægers ydelser ikke udviser nogen entydig social gradient

4.11.3 Årsager til ulighed i brug af sundhedsydelser

Årsager til ulighed i brug og kvalitet af sundhedsydelser handler om flere forskellige faktorer. Egenskaber i systemet af betydning for ulighed i sundhedsvæsenet er organisatoriske, økonomiske, tidsmæssige, geografiske og sociokulturelle.¹⁵

Organisation og struktur

Et vigtigt strukturelt forhold ved et sundhedsvæsen er hvordan ressourcerne fordeles mellem primær og sekundær sektor, mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering og mellem de medicinske specialer - somatiske og psykiatriske. Som fremhævet i denne rapport er der i et ulighedsperspektiv særlig grund til at fokusere på brugen af forebyggende ydelser, på rehabilitering samt behandling af psykiske lidelser (se afsnit 4.1, 4.9, 4.10 og 4.12).

Det danske sundhedsvæsen har en struktur, hvor praktiserende læger, private og offentlige sygehuse og kommunerne skal samarbejde om de patienter, der kræver længere forløb og rehabilitering. Det har skabt et behov for mekanismer, som kan skabe sammenhængende patientforløb fra tidlig opsporing og diagnostik over behandling til genoptræning og rehabilitering. Der mangler viden om, hvordan disse forløb former sig for forskellige sociale grupper. I den udstrækning det kræver en "forhandlingsstærk" patient, at få et længere patientforløb til at hænge sammen, er der sandsynligvis ulighed i hvilke patienter der får tilbudt, tager imod og gennemfører behandlingen. Særligt i lyset af, at der er store uligheder i fx tilbagevenden til arbejde, som er et af rehabiliteringens resultater, kan der være særlig grund til at undersøge og monitorere, om der er forhold i samarbejdet mellem behandler og patient, som skaber ulighed.

De senere års fokusering på ventetidsgarantier, frit sygehusvalg, kræftpakker mm har medvirket til en relativ stærk ekspansion af ressourcer til somatisk sygehusbehandling, mens det samme ikke er gældende for psykiatriområdet. Det er vist, at særligt psykiske lidelser har stor betydning for social ulighed i sundhed, og for at så mange forlader arbejdsmarkedet tidligt (se afsnit 4.12). Danske Regioner har i et review (*Shared care for ikke-psykotiske sygdomme* 2009) peget på, at formentlig halvdelen af de 20 % af befolkningen, som i løbet af et år har en psykisk, men ikke-psykotisk lidelse, ikke får adækvat behandling. Danske Regioner

peger også på de internationale erfaringer, som taler for, at et tættere samarbejde mellem primærsektor og psykiatri ville skabe en bedre behandling for den enkelte (se også #12.4).

Markedsreformer og ventetider

Politiske ønsker om øget produktivitet og større valgfrihed, samtidig med kortere ventetider, førte allerede for 20 år siden til en række markedsreformer inden for de offentligt finansierede sundhedsvæsen i blandt andet England og Sverige.³⁸⁷ Danmark gennemførte ikke tilsvarende reformforsøg, og flere af forsøgene er siden blevet afløst af samarbejde og mindre konkurrence, uden at det har ført til effekter på ulighed i systemet.³⁸⁸ Samtidig med at flere lande forsøgte at øge udlicitering og andelen af privat og kommerciel produktion i deres sundhedsvæsen, har de fleste lande været mere tilbageholdende med at indføre dette. Det bygger på en bekymring for at udhule solidariteten i de skattefinansierede offentlige sundhedsvæsen. På dette punkt er der i Danmark til gengæld sket en stigning i arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer siden 2002, hvor sundhedsforsikringerne blev skattefritaget. Antallet af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er øget til at omfatte 37 % af arbejdsstyrken. Også i andre lande er der sket en stigning i arbejdsgiverbetalte, men skattepligtige, forsikringer. De har dog endnu et mere begrænset omfang – i Sverige fx kun til 8 % af arbejdsstyrken. I Danmark har kombinationen af ventetidsgarantier og udvidet frit sygehusvalg skabt forudsætninger for en betydelig ekspansion af privat sygehusvirksomhed. Det er disse to faktorer, der synes at være afgørende for faldet i ventetider i perioden 2002-07. Sundhedsforsikringerne synes derimod ikke at have haft nogen effekt på ventetiden.³⁸⁹ Snarere er der sket en ændring i indikationerne for planlagt kirurgi, således at der nu både behandles tidligere og behandles nye grupper.

Fra et ulighedsperspektiv er det afgørende, at personer der har skattefri sundhedsforsikringer i høj grad er de grupper, som har de mindste behandlingsbehov dvs. yngre, veluddannede og beskæftigede – hovedsageligt i den private sektor. Et stigende antal børn og offentligt ansatte tilbydes dog også arbejdsgiverbetalte forsikringer, og visse fagforeninger formidler selvbetalte forsikringer til medlemmerne. Det ændrer dog ikke ved at de som bl.a. på grund af svigtende helbred står udenfor arbejdsmarkedet ikke dækkes, og da det også i højere grad gælder kort uddannede, findes deri indbygget en ulighed.

Der har været god grund til, ud fra et ulighedsperspektiv, at have fokus på ventetider i sundhedsvæsenet. En række studier af ventetider og forsinkelser i udredningen af kræftpatienter har været udført i Århus.⁴⁰⁶ Studierne viser, at for socioøkonomisk mindre privilegerede personer går der længere tid fra første kontakt til egen læge, til at specifikke kræftdiagnostiske undersøgelser igangsættes. Socioøkonomi havde i dette studie ingen signifikant effekt på tiden fra patienten oplevede de første symptomer til de søgte egen læge. Det bekræfter de tidligere fund, at det er i henvisningsprocessen fra egen læge til specialist, der sker selektionsprocesser, hvor socioøkonomiske faktorer spiller ind på ventetid mm. En af de afgørende faktorer er formentlig kommunikationen mellem læge og patient, hvor lægen lettere kommunikerer med den højtuddannede end den kort uddannede. Dette er muligvis en medvirkende faktor til resultaterne i tabel 4.11.2, hvor forekomsten af nye tilfælde af cancer er lidt højere blandt de kortuddannede, men overlevelsen er betydeligt lavere.

Studier fra det Europæiske SHARE-projekt (2004) viser, at uddannelse spiller en rolle for ventetider blandt ældre.³⁹⁰ I Sydeuropa er det særligt ventetiden til specialistkonsultation, som hænger sammen med uddannelse, mens det i Danmark og Sverige i højere grad er ventetiden til elektiv kirurgi, som er påvirket af uddannelse, hvor dem med længere uddannelse har 1/3 så lang ventetid, som dem med kort uddannelse har.

I forhold til sundhedsforsikringerne, er de grupper, som har haft mest gavn af forsikringerne, nogle andre end dem som allerede havde tendens til at have længere ventetider inden ekspansionen af forsikringerne. Andelen af befolkningen, der har supplerende helbreds- og sundhedsforsikringer fremgår af tabel 4.11.4.

Tabel 4.11.4 Andel (procent) med supplerende helbreds- og sundhedsforsikring 2000-05 efter uddannelse

	2000	2005
Kort uddannelse (<10 år)	9,7	16,8
Mellemlang (10-12 år)	18,0	26,4
Lang uddannelse (>12 år)	25,4	36,1

Kilde: SIF/SUSY

Tabellens tal baseres på, om man er dækket af en supplerende helbreds- eller sundhedsforsikring. Det kan være i kraft af medlemskab af sygeforsikringen Danmarks gruppe 1 eller 2, eller som gruppe 5 medlem med udvidet behandlings- og operationsdækning. Det kan være på grund af anden supplerende helbreds- eller sundhedsforsikring, der fx betaler for behandling, indlæggelse eller operation på private hospitaler, en udvidet pleje- og behandlingsforsikring, der fx dækker udgifter til rekreation, alkoholafvænnings, pleje i hjemmet el.lign. Endelig kan det være en dækning, som udløser udbetaling af en fast sum penge i tilfælde af livstruende sygdom. Det fremgår, at der har været en markant stigning siden 2000, og at der stadig er dobbelt så stor en andel blandt dem med en lang uddannelse, der har en forsikring, end blandt dem med en kort uddannelse.

Brugerbetaling

Ydelserne i det danske sundhedsvæsen er hovedsageligt gratis, når man bruger det, men brugerbetalingen til lægemidler, tandlæger, optiker, terapeuter, psykologer etc. udgør ifølge OECD ca. 15 % af de samlede sundhedsudgifter – et tal som er steget fra 11 % i 1980. Brugerbetaling har en stor effekt på brug af sundhedsydelser. Det illustreres i en dansk kontekst tydeligt af forbruget af tandlægebehandling. Selvom tandsundheden er forbedret for alle befolkningsgrupper i senere år, var andelen af ældre uden et funktionsdygtigt naturligt tandsæt 33 % blandt veluddannede i 2005 sammenlignet med 79 % blandt kortuddannede. Alligevel var andelen som havde været til tandlæge de sidste 3 måneder 48 % blandt veluddannede og 24 % iblandt dem med kort uddannelse.⁷⁴ Udgifterne til brugerbetaling til tandlæge er nærmest proportionale med indkomsten, mens behovet nærmest er omvendt proportionalt med indkomsten.³⁸⁰

Det Økonomiske Råd³⁸⁰ og Skattekommisionen har for nylig diskuteret brugerbetalingen til visse sundhedsydelser. I Danmark er brugerbetaling koncentreret til ydelser hos tandlæge, fysioterapeut, psykolog samt egenbetaling på medicin. Fysioterapi og psykologbehandling indgår ofte i rehabiliteringen af personer

med langvarigt sygefravær. Men en indkomst på sygedagpenge giver begrænset råderum til at betale for disse ydelser, og der er derfor en risiko for, at denne gruppe i stedet for at blive rehabiliteret til arbejdsmarkedet overgår til førtidspension. I England er brugerbetaling også koncentreret til tandlæge og medicin, mens de andre Skandinaviske lande har bredt brugerbetalingen ud på flere af sundhedsvæsenets ydelser, uden at det totalt overstiger de ca. 15 %.

Der fremføres to argumenter for brugerbetaling.³⁸¹ Det ene er, at det kan blive et væsentligt bidrag til finansieringen og aflaste trykket på skattefinansieringen af det offentlige sundhedsvæsen. Hvis brugerbetalingens andel fx skulle hæves til 30 %, og uligheden i behovet svarer til dagens (gratis) brug af egen læge i forskellige indkomstgrupper, ville det betyde, at den laveste indkomstkvinde skulle betale ca. 6 % af sin disponible indkomst i brugerbetaling, mens personer i den højeste indkomstkvinde skulle betale ca. 1 % af indkomsten. En sådan overflytning fra proportional beskatning af indkomst til regressiv beskatning af sygdom stemmer ikke overens med principperne om lige og let adgang til sundhedsvæsenet for alle. Velfærdskommissionen argumenterede således for at skabe et loft for brugerbetalingen svarende til 1 % af indkomsten, hvilket dog kraftigt ville begrænse bidraget til finansieringen.

Det andet argument er, at brugerbetaling får brugeren til at tænke sig om to gange, inden der søges om hjælp, og dermed afstå fra ydelser som de ikke oplever, er effektive. Argumentet er, at det måske kunne frigøre ressourcer til mere effektive indsatser. For at dette skal fungere, vil det forudsætte, at den enkelte har tilstrækkelig viden til at træffe de rigtige fravalg af ineffektive indsatser, men forskning har vist, at det ikke er tilfældet. Det store såkaldte RAND-eksperiment,^{382;383} og mange studier af naturlige eksperimenter³⁸⁴ har vist, at brugerbetaling i høj grad får personer, i særdeleshed dem med lave indkomster, til at afstå fra at bruge relevante sundhedsydelser.⁴⁰⁷ Befolkningens prisfølsomhed for brugerafgifter på sundhedsydelser (priselasticitet) er i udenlandske studier meget varierende, men ligger ofte omkring -0,2.³⁸⁵ Dvs. at 100 % stigning i prisen leder til 20 % fald i brug af ydelser. Samtidig er effekten på forbruget ofte den samme, uanset om der er tale om effektive eller ineffektive indsatser og dermed er det meget usikkert, om brugerbetaling faktisk sorterer det ”uhensigtsmæssige” forbrug væk.

At koncentrere brugerbetaling til visse ydelser (som i Danmark), kan få effekter på brugen af andre ydelser (genindlæggelser mm), som da forøges, fordi man afstår fra at tage ordineret medicin etc.³⁸¹ Enkle analyser af det samlede medicinforbrug i Danmark taler ikke for nogen stor effekt af brugerbetaling på lavindkomstgrupper,³⁸⁶ men for visse ikke mindst forebyggende behandlinger fx med statiner, ser der ud til at være en ulighedseffekt.³²⁰ Studier af indvandreres forbrug af sundhedsydelser illustrerer, at for tandlægeydelser med brugerbetaling er der et tydeligt underforbrug, som man ikke finder for lægeydelser uden brugerbetaling.³⁶⁹

Geografi

Det er velkendt, at udbud af sundhedsydelser målt som geografisk afstand til praktiserende læger, skadestuer, sygehuse mm har betydning for brug af sundhedsydelser. Dette kan lede til social ulighed i forhold til hvem der bliver henvist eller benytter sig af de eksisterende ydelser i sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at

flere geografiske områder med mange lave indkomster og høj sygelighed har svært ved at skaffe praktiserende læger.

Det geografiske mønster i etableringen af speciallæger i Danmark er geografisk skævt fordelt. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at der i 2010 var der ca. 1200 praktiserende speciallæger i Danmark, hvilket giver en speciallægetæthed på 21,6 per 100.000 indbyggere. Fordelt på regioner er tætheden meget forskellig: fra Region Hovedstadens 34 til Region Syddanmarks og Region Nordjyllands 13, respektive 15 speciallæger per 100.000. Hele 30 % af landets speciallæger har etableret sig i fire kommuner nord for København - Gentofte, Lyngby-Tårnbæk, Rudersdal og Hørsholm samt på Frederiksberg og Østerbro i København. Det giver en speciallægetæthed på 104 per 100.000 i disse områder. De fire forstads-kommuner tilhører de rigeste og sundeste i landet. Denne fordeling kan således bidrage til den sociale ulighed i brug af speciallæger, men kan næppe forklare hele forskellen.

Sociokulturelle faktorer

En del af forklaringen bag uligheder i henvisningsmønster, ventetider og brug af speciallæger mm kan skyldes de sociale og kulturelle vanskeligheder i kommunikationen mellem højtuddannede læger og kortuddannede patienter. Desuden har de højtuddannede patienter større tendens til at stille krav om en ”second opinion”, mere avancerede diagnostiske undersøgelser mm.³⁷⁸ Med en voksende gruppe af indvandrere er det kulturelle møde med det danske sundhedsvæsen også kommet i fokus.³⁶⁹ I kapitel 3 fremgik det, at ikke-vestlige indvandrere havde en noget lavere dødelighed end personer med dansk oprindelse, men samtidig i visse henseender en højere sygelighed. En ny oversigt over europæiske studier af indvandreres forbrug af somatisk behandling viser,³⁹¹ at der i flere nordiske lande er en tendens til højere forbrug af skadestuebesøg, men også af besøg hos egen læge. Samtidig er der et lavere forbrug af forebyggende screeningtilbud. Disse fund bekræftes også af aktuelle danske analyser.³⁶⁹ En lignende oversigt af indvandreres over brug af psykiatrisk behandling³⁹² giver et meget varieret billede. Tendensen er dog, at kontakten med psykiatrien fungerer dårligere end for andre befolkningsgrupper. Indvandrere har hyppigt brug af psykiatrisk skadestue, men meget lavere brug af ambulante besøg, samtalerapi og psykiatrisk rehabilitering. Man kan således konkludere, at mennesker med en anden kulturel baggrund, ser ud til at have vanskeligt ved at finde den rette indgang til sundhedsvæsenet. Sammenholdt med de problemer der kan være i kommunikation med patienten og egen læge, kan det være medvirkende til det lavere forbrug af de længere genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Men der findes ikke sikker viden om dette.

Analysen af særlige ulighedsproblemer i det danske sundhedsvæsen i det foregående kan summeres i følgende 8 punkter:

1. Der er mangel på monitorering af sociale og etniske uligheder i brug af sundhedsvæsenets ydelser. Det gælder både de forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser, og patientforløbene imellem de kommunale og regionale indsatser.
2. En stærk veludbygget let tilgængelig primærsektor ser ud til at være vigtig for en let og lige adgang til sundhedsvæsenet, men svigtende lægebemanding i lavindkomstområder er problematisk.
3. Brugen af både primært og sekundært forebyggende ydelser er meget skævt fordelt.

4. Der er en udtalt social skævvridning af brug af speciallægeydelser, som delvis kan være betinget af en meget skæv geografisk fordeling, men måske også afspejler at primærsektoren ikke agerer stærkt nok på deres mindre ressourcestærke patienters specialistbehov.
5. Der er både ud fra et ulighedsperspektiv, men også ud fra et generelt effektivitetsperspektiv meget der taler imod en udbygning af brugerbetaling. Det er særlig uhensigtsmæssigt, at der er brugerbetaling på ydelser fra psykologer og fysioterapeuter, som har særlig relevans for de sygdomsgrupper (psykiske lidelser og muskelskeletlidelser), som dominerer sygefravær og førtidspension blandt udsatte borgere.
6. Introduktion af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer har skabt forudsætninger for store uligheder i ventetider for samme behov (horisontal ulighed), og en indikationsglidning, som også truer princippet om vertikal lighed.
7. Ressourcemanglen i psykiatrien og et ikke optimalt samarbejde mellem regional psykiatri, primærsektor, kommunale jobcentre og socialpsykiatri er et problem, som er særligt belastende for mindre ressourcestærke grupper.
8. De lange patientforløb for dem, som behøver genoptræning og rehabilitering i forbindelse med kronisk somatisk eller psykisk sygdom indeholder mange elementer, hvor ulighed meget let kan opstå.

4.11.4 Effektive indsatser mod ulighed i sundhedsvæsenet

På baggrund af ovenstående afsnit er der grundlag for at pege på tilsvarende otte indsatsområder for at styrke sundhedsvæsenets bidrag til en reduktion af ulighed i sundhed, med følgende indsatser:

#11.1 Måltrettet monitorering af behov for og brugen af forskellige sundhedsydelser fordelt på socio-demografiske grupper. Et særligt fokus bør lægges på monitorering af de kommunale ydelser til forebyggende og rehabiliterende ydelser

11.2 Rekruttering af læger til primærsektoren i socioøkonomisk mindre privilegerede områder

11.3 De praktiserende lægers arbejde integreres bedre i det lokale kommunale sundhedsarbejde

11.4 Opsøgende indsatser som sikrer at mindre ressourcestærke grupper, nås af de effektive forebyggende programmer for gravide, børn, og ældre samt opsporing af tidlige stadier af kræft, diabetes, hjertekarsygdom og depression

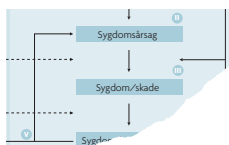
11.5 Set ud fra et ulighedsperspektiv bør brugerbetaling undgås i forhold til de ydelser, som er af særlig betydning for psykiske lidelser og sygdomme i bevægeapparat

#11.6 En mere geografisk lige fordeling af speciallæger ved en bedre styring af etableringsretten

11.7 Prioritering af psykiatri inkl. psykiatrisk rehabilitering og etablering af et stærkere samarbejde mellem psykiatri, primærsektor og kommunale ydelser, hvilket spiller en stor rolle for de socialt udsatte, og for dem som på grund af psykiske lidelser har nedsat arbejdsevne

11.8 Særligt fokus på indsatser til mindre privilegerede grupper, som ofte tabes i de lange patientforløb med genoptræning og rehabilitering. Det gælder ikke mindst de psykisk syge

4.12 Det ekskluderende arbejdsmarked



Danmark har i lighed med de andre skandinaviske lande en meget høj beskæftigelse blandt både mænd og kvinder. I alderen 25-54 år er omkring 85 % i beskæftigelse. Blandt de ældre 55-64 år er beskæftigelsen ca. 60 %, hvilket er ca. 10 procentpoint lavere end i Norge og Sverige. Til gengæld har Danmark en betydeligt højere beskæftigelse blandt unge under 25 år. Data viser også, at Danmark i de sidste 20 år haft ca. 25 % af befolkningen i den arbejdsdygtige alder på forskellige typer af overførselsindkomster – se tabel 4.12.1. I lighed med mange andre OECD-lande har vi over en lang årrække oplevet, at et gradvist stigende antal forlader arbejdsstyrken tidligt med helbredsproblemer. For Danmarks vedkommende er antallet af personer på helbredsrelaterede overførselsindkomster (førtidspension, fleksjob, sygedagpenge, revalidering, fleksjob, skånejob) i perioden 2001-09 øget med 15 % til næsten 400.000 personer. Dertil kommer yderligere ca. 410.000 personer som er arbejdsløse, på kontanthjælp, aktivering og efterløn, som ikke er egentlige helbredsrelaterede ydelser.

Tabel 4.12.1 Antal helårsmottagere (tusinde) 18-66 år af sociale ydelser 1980-2000 og 18-64-årige 2001-2010

	1980	1990	2000	2001	2010
Arbejdsløshedsdagpenge	152	211	124	121	134
Sygedagpenge / barsel	70	73	89	93	127*
Kontanthjælp / revalidering	107	141	117	117	98
Aktivering / jobtilbud / fleksjob	19	74	105	89	144
Førtidspension	172	245	258	237	244
Efterløn	54	94	179	179	125
% af 18-64(66) årige	18,1	25,1	24,7	25,0	25,4

Kilde: Det økonomiske råd 2005 og Statistikbanken.

*Heraf 59.000 på barsel

4.12.1 Helbred og beskæftigelse

Som vi allerede var inde på i afsnit 4.5, er arbejdsløse på dagpenge og kontanthjælp, en gruppe som af flere grunde har mange, ikke mindst psykiske, helbredsproblemer. Beregner man forekomsten af hospitalsindlæggelser for forskellige sygdomme og ordination af lægemidler, ses det at flere af de grupper, som nævnes i tabel 4.12.1, har dårligere helbred, og det gælder ikke kun dem som får helbredsrelaterede ydelser. Ved hjælp af medicinske registre kan man beregne risikoen for at blive indlagt på sygehus og for at få ordineret lægemidler for de forskellige grupper, som ikke er i beskæftigelse (se tabel 4.12.2).

Tabel 4.12.2 Overrisiko (odds ratio) for indlæggelse mm bland personer uden for arbejdsstyrken. Aldersstandardiseret for aldersgruppen 25-64 år. Reference =1 for personer i arbejde. 2007

		Førtids- pension	Efterløn	Kontant- hjælp	Arbejds- løs	Syge- dagpenge
Indlagt	Mænd	1,7	1,2	1,3	1,0	2,3
Kræft	Kvinder	1,4	0,9	1,0	0,8	1,6
Indlagt Hjertekar	Mænd	2,1	1,1	1,8	1,2	2,3
	Kvinder	2,0	1,1	1,6	1,0	1,5
Indlagt Psykisk	Mænd	28,6	2,2	16,1	3,8	11,3
	Kvinder	19,5	1,9	8,6	2,2	4,8
Ordineret psykofarm.	Mænd	6,3	1,2	5,5	1,8	4,7
	Kvinder	4,4	1,1	3,9	1,5	2,4
Indlagt Skader	Mænd	1,4	0,9	1,6	1,1	1,6
	Kvinder	1,6	0,9	1,7	1,1	1,3

Kilde: IFSV på baggrund af registre i Danmarks Statistik

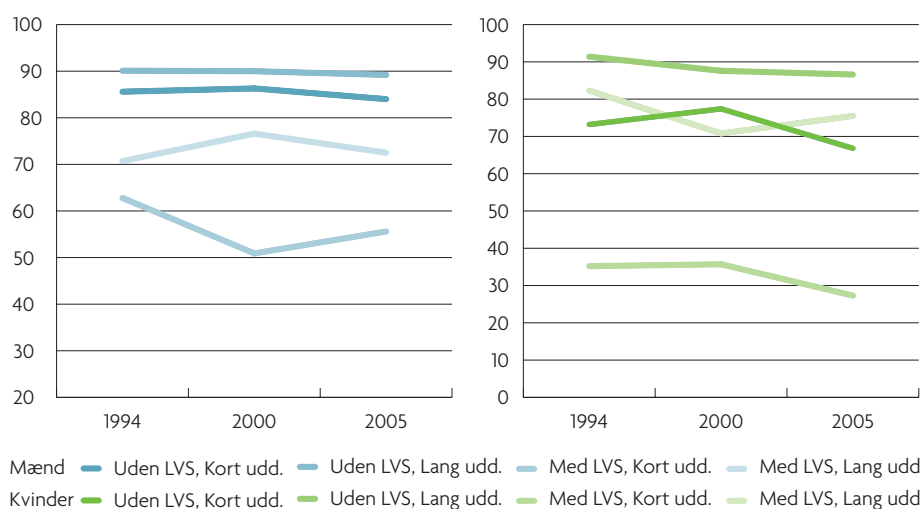
Her ses det som ventet, at førtidspensionister og sygemeldte har en kraftig relativ overrisiko for alle diagnoser men i særlig høj grad for psykiske diagnoser. Det gælder også i næsten ligeså stor udstrækning de som får kontanthjælp, og i betydelig mindre grad de som er arbejdsløse og på efterløn. Det skal bemærkes at 20 år med en effektiv arbejdsmarkedspolitik (se afsnit 4.5.3), en langvarig højkonjunktur, og talrige politiske initiativer og indsatser på området ikke har været i stand til at begrænse stigningstakten, endstige reducere antallet, som står uden for arbejdsstyrken. I forhold til den arbejdsmarkedspolitiske forskning og debat, er det med et sundhedsfaglig perspektiv ikke meget de helbredsmæssige forhold har været behandlet. Samtidig gælder, at den sundhedsfaglige forskning og debat på tilsvarende måde ikke i større grad har behandlet årsagerne bag denne udvikling.

4.12.2 Årsager til ulighed i beskæftigelse blandt syge

At hele denne udvikling er af særlig interesse for ulighed i sygdomskonsekvenser fremgik af tallene i tabel 4.11.3 Det faktum, at sygdom leder til, at personer oftere forlader arbejdsmarkedet er hverken overraskende eller problematisk. At psykiske problemer ser ud til at have en meget større effekt end somatiske er mere påfaldende. Men ligeså slående og problematisk er den meget store forskel som uddannelse gør. Selv med det forbehold, at personer med kort uddannelse oftere har større fysiske arbejdskrav og at deres arbejdsevne til at klare disse krav ved et givet helbredsniveau er mindre, er uddannelsesforskellene meget store i tabel 4.11.3.

En anden måde at illustrere dette forhold på er at se på andelen af beskæftigede blandt personer med og uden sygdom og kort uddannelse. I figur 4.12.1 har vi med data fra SUSY-undersøgelserne beregnet andelen, som er i beskæftigelse, opdelt efter uddannelseslængde og forekomst af langvarig begrænsende sygdom. Her ser man, at for dem med >12 års uddannelse er beskæftigelsen blandt personer med langvarig begrænsende sygdom 15 procentpoint lavere end for dem uden sygdom, mens tilsvarende forskel blandt de kort uddannede er 35 procentpoint. Nogen entydig trend over tid kan ikke noteres. Det skal bemærkes, at i disse interviewundersøgelser er bortfaldet blandt dem, som har psykiske problemer, meget stort.

Fig 4.12.1 Andel (procent) beskæftigede i alderen 25-59 år opdelt på uddannelse og med og uden langvarig begrænsende sygdom. Aldersstandardiserede tal. SUSY data. Mænd og Kvinder



Kilde: SUSY data.

Målt på denne måde har Danmark dog bevaret en relativ høj beskæftigelse blandt personer med langvarig sygdom og kort uddannelse sammenlignet med Storbritannien, som er det andet land i Vesteuropa, som har et fleksibelt arbejdsmarked, hvor det er muligt at afskedige mennesker på grund af dårligt helbred.³⁹³ Arbejdsmarkedet i England blev i betydelig udstrækning afreguleret i 1980'erne og 1990'erne, hvad angår ansættelsestryghed, lønvilkår mm. Man kunne forestille sig, at personer med nedsat arbejdsevne og kort uddannelse ville klare sig bedre, når kravene til arbejdsgiverne blev svækket, men i denne periode faldt beskæftigelsen kraftigt blandt syge og kortuddannede i England.³⁹⁴ Danmark har ligesom Norge og Sverige opretholdt en relativt høj beskæftigelse blandt de syge og kort uddannede, og effekten af uddannelse er mindre i de Sskandinaviske lande end i England. Data som baseres på EU's SILC-undersøgelser har givet et lidt andet mønster hvor Danmark har en lavere beskæftigelse blandt syge og kortuddannede end Sverige og Norge. Men her er bortfaldet større og usikkerheden derfor endnu større. Resultaterne betoner det, der blev også peget på i afsnit 4.5, at hvis ikke fleksibiliteten i "flexicity-modellen" kombineres med de to andre elementer, er modellen problematisk for dem med nedsat helbred.

Det kan måske synes paradoksalt, at en uændret stor andel af befolkningen står uden for arbejdsstyrken med en overrepræsentation af helbredsproblemer, og en stigende andel får direkte helbredsrelaterede ydelser i en periode, hvor dødeligheden i denne aldersgruppe er faldet med en 1/3 og middellevetiden dermed steget over 3 år. Ved nærmere eftersyn er udviklingen dog ikke helt så paradoksalt. Dødeligheden er en vigtig indikator på befolkningens helbred, men afspejler kun et begrænset udsnit af sygdomsmønstret. Det aktuelle fald i dødeligheden er i meget høj grad et resultat af bedre overlevelse i tre diagnosegrupper: hjertekarsygdomme, skader og kræft, mens oversygeligheden blandt førtidspensionister m.fl. i høj grad domineres af andre lidelser ikke mindst psykiske lidelser og smerter i bevægeapparat, som kun påvirker dødeligheden marginalt.

Når der i stedet ses på, hvordan befolkningen oplever eget helbred og evne til at klare daglige aktiviteter inklusive erhvervsarbejde, ser billedet ganske anderledes ud. Tabel 4.12.3 illustrerer, at i 1987 svarede 6,2 % af hele befolkningen, at de havde et dårligt eller meget dårligt helbred. I 2005 var andelen 5,1 %. De to sidste kolonner, som angår uligheden, viser, at i 1987 var der en forskel på 12,0 procentpoint mellem dem med den længste og dem med den korteste uddannelse. I 2005 var forskellen 15 procentpoint dvs. de kortest uddannede havde dårligere helbred (beregnet som *slope index of inequality*).

Tabel 4.12.3 Andel (procent) med visse helbredsproblemer og arbejdsmiljøbelastninger 1987-2005. Gennemsnit og ulighed* efter uddannelseslængde. Aldersstandardiseret 25-64 år

	Gennemsnit		Ulighed*	
	1987	2005	1987	2005
Helbred				
Dårligt selvvrurderet helbred	6,2	5,1	12,0	15,3
Langvarig aktivitets-begrænsning pga sygdom	4,6	6,2	5,6	11,2
Søvnbesvær	10,1	18,3	5,2	8,7
Træthed	10,4	30,0	-2,3	2,1
Arbejdsmiljø				
Ofte tunge løft	28,7	30,9	36,2	45,9
Ofte bøjedede eller forvredne arbejdsstillinger	28,7	31,2	27,7	30,5
Kan ofte ikke nå alle arbejdsopgaver	18,8	29,0	-16,9	-17,5
Ringe indflydelse over arbejdet	13,9	14,4	27,4	14,9

Kilde: SIF/SUSY-databasen

*På grund af at sammensætningen af uddannelsesgrupperne forandres meget over tid har vi beregnet "slope-index of inequality" som justerer for dette. Tallet angiver differencen i procentandel mellem de kortest og længst uddannede. Når tallet er negativt betyder de at længst uddannede har en højere andel.

Hermed illustrerer tabellen tre vigtige forhold. Andelen med dårligt selvvrurderet helbred falder lidt, mens andelen, som oplever, at de over længere tid på grund af sygdom har været begrænset i at udføre daglige aktiviteter i sit arbejde, er steget med en tredjedel, samtidig med at uligheden er fordoblet. Den andel som har været generet af søvnbesvær og træthed er næsten tredoblet, og her er uligheden også vokset. De fysiske arbejdskrav rapporteres uforandrede, men der er en klar stigning i ulighed i andelen med tunge løft. Andelen som ikke kan nå alle arbejdsopgaver er høj blandt de veluddannede, men er steget lige kraftigt i alle grupper, og uligheden er dermed uændret. For andelen som rapporterer ringe indflydelse over arbejdet, er uligheden mindsket. Når andelen med aktivitetsbegrænsende sygdom er stigende kan det være et resultat af svigtende helbred men også af stigende arbejdskrav. Man oplever at det er svært at kunne leve op til kravene, og føler således sin arbejdsevne nedsat i lyset af en ubalance mellem helbred og krav. På samme måde kan flere med træthed og søvnbesvær, være udtryk for stigende ubalance mellem krav i arbejds- og hverdagslivet, og individets fysiske og psykiske ressourcer.

Det voksende pres på de helbredsrelaterede overførselsindkomster er kommet gradvist over en lang årrække, og det er en udvikling som har tiltrukket sig stor politisk opmærksomhed i mange lande. Dels fordi det indebærer et øget tryk på de offentlige budgetter, og dels fordi udviklingen på sigt truer udbuddet af arbejdskraft i samfundet. Det har derfor i mange lande inkl. Danmark udløst

politisk diskussion om, hvor og hvordan grænserne skal drages mellem dem, som har tilstrækkelig nedsættelse af arbejdssevnen til at blive dækket af overførselsindkomst, og dem som ikke har det.

Ud fra et folkesundhedsperspektiv er udviklingen problematisk, fordi den indikerer en stigende ubalance mellem helbred og krav. Set fra et ulighedsperspektiv er det af særlig interesse, at udviklingen mod tiltagende ubalance som illustreres i tabel 4.12.3, er særlig udtalt blandt de som har kort uddannelse. Udviklingen ser ud til at forstærke de ”differentielle konsekvenser af sygdom” (fig 2.2) dvs. det fænomen at sygdomskonsekvenser i form af aktivitetsbegrænsning og nedsat arbejdssevne, og de sociale og økonomiske konsekvenser det måtte have, særligt rammer mennesker med kort uddannelse (se også tabel 4.11.3).

Hvilken effekt dette har på ulighed i sundhed afhænger af, om det at forlade arbejdsmarkedet, og de vilkår det sker under, forværrer den helbredsrelaterede livskvalitet og funktionsevne. Det kan afhænge af hvilket helbredsproblem det handler om, og om de økonomiske vilkår for et liv uden for arbejdsstyrken. Et aktuelt fransk studie med alle ansatte i det statslige franske gas- og elseskab er relevant, fordi det meget tydeligt viser, at både fysisk og psykisk træthed samt depressionssymptomer mindskes allerede inden for et år efter pensioneringen.³⁹⁵ Denne forbedring er særlig tydelig for dem, som lider af en kronisk sygdom. Det er i den forbindelse relevant, da det netop er psykiske lidelser, som dominerer oversygeligheden blandt dem, som forlader arbejdsmarkedet i Danmark. Med viden om effekten af økonomisk stress (se afsnit 4.4) er det også klart, at i den udstrækning afgang fra arbejdsmarkedet indebærer kraftig økonomiske afsavn vil det være negativt for helbredet. Det er i den sammenhæng relevant, at det særligt er de personer som forlader arbejdsmarkedet med psykiske problemer og misbrug, som oplever alvorlige socioøkonomiske konsekvenser med bortfald af beskæftigelse mm.

4.12.3 Effektive indsatser

Indsatser for at gøre arbejdsmarkedet mere rummeligt for personer med nedsat helbred og kort uddannelse handler både om indsatser for bedre arbejdsmiljø (se afsnit 4.8), for flere arbejdspladser med fleksible arbejdskrav, uddannelse og om at forebygge og behandle de helbredsproblemer, som særligt påvirker arbejdssevnen. Flerstrengede indsatser fra virksomheder med jobtilpasning, socialfaglige indsatser fra jobcentre og sundhedsfaglige indsatser fra egen læge og specialister. Der etableres en bedre koordination mellem behandlere, arbejdspladsen og evt. jobcenteret. Der er opmærksomhed på betydningen af opretholdelse af daglige aktiviteter og tidlig, eventuelt gradvis, tilbagevenden til arbejdspladsen, med økonomisk kompensation. Behandlingen af længerevarende symptomer og funktionsbegrænsning foretages bedst på baggrund af en flerstrengt behandling, der ud over medicinsk behandling og arbejdsmodifikation omfatter psykologisk behandling samt rehabilitering, der baserer sig på målrettet brug af kognitiv adfærdsterapi.

Den tilgængelige viden taler således for at følgende indsatser vil være effektive mod ulighed i sundhed:

12.1 Fysiske krav tilpasses det enkelte individ og har særlig stor betydning for individer, som har nedsat funktionsevne, nedsat psykisk helbred særlig depression. Arbejdspladsen psykiske miljø er vigtigt for at fastholde personer med muskel-skelet besvær

12.2 Adgangen til forskellige typer af job med fleksible arbejdskrav (fleksjob mm) udvikles, ikke mindst for den store gruppe med nedsat psykisk velbefindende

12.3 Individuelle indsatser inden for rammen af den aktive arbejdsmarkedspolitik fokuserer på mulighed for videreuddannelse, også blandt dem som ikke har helt optimalt helbred

12.4 Flerstrengede indsatser fra virksomheder med jobtilpasning, socialfaglige indsatser fra jobcentrene og sundhedsfaglige indsatser fra egen læge og specialister. Der etableres en bedre koordination mellem behandlere, arbejdspladsen og evt. jobcenteret

12.5 Der sker en styrkelse af koordinerede og sammensatte interventioner, der har til formål at forbedre forebyggelse og behandlingen af angst og depression, med henblik på arbejdsfastholdelsen

12.6 Mulighederne for at dyrke fysisk aktivitet gøres let tilgængelige specielt i forhold til at begrænse smerter i bevægeapparatet, og også i forhold til forbedre depressionssymptomer

12.7 Særlig opmærksomhed på at den gruppe som ikke opfylder de medicinske kriterier på førtidspension, men som samtidig er for psykisk og fysisk trætte til at klare arbejdslivets krav har andre muligheder

5. TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE FOR MINDSKET ULIGHED I SUNDHED

5 Tværsektorielt samarbejde for mindsket ulighed i sundhed

Kapitel 1 beskriver den grundlæggende udfordring, at Danmark har en voksende social ulighed i sundhed, hvor hverken et lettilgængeligt sundhedsvæsen, eller en veludbygget velfærdsstat, ser ud til at have været tilstrækkelige løsninger. En materiel ulighed, som er mindre end i mange andre lande, og et sundhedsvæsen med relativt let og lige adgang har ikke kunnet hindre, at Danmark har en ulighed i dødelighed, som er mindst lige så stor som sammenlignelige lande. Formålet med denne rapport er således at kaste lys over, hvad der så skal til for mere effektivt at kunne omsætte Danmarks lave socioøkonomiske ulighed til en lavere ulighed i sundhed, og hvad der skal til for at bryde udviklingen mod den voksende ulighed i sundhed.

I kapitel 4 blev gennemgået en lang række determinanter, som i den internationale litteratur er blevet fremhævet, som vigtige forhold af betydning for social ulighed i sundhed. Nogle af dem handler om forhold i socialpolitik og sundhedsvæsen, som, trods Danmarks stadigt relativt gunstige situation, kan være kilder til ulighed i sundhed. Men mange determinanter knytter sig til helt andre sektorer end sundhedssektoren, så som skolen, arbejds- og boligmarkedet, miljøet, mm. Gennemgangen har dokumenteret, at der her findes forhold, som opfylder de kriterier, som er opstillet i indledningen til kapitel 4: at de har effekt på helbred, at deres forekomst eller effekt er socialt skævt fordelt i dagens Danmark, og at de kan påvirkes. Det er ikke en liste, som repræsenterer de store overraskelser. Mange determinanter er allerede aktuelle på de forskellige politikområder, men af helt andre grunde end deres sundhedseffekter. Hvad er det så, som særligt gør, at Danmark ikke formår at omsætte sin lave socioøkonomiske ulighed til en tilsvarende lav ulighed i sundhed? Er det prioriteringerne, evidensen og koordineringen eller implementeringen og doseringen, det er problemet? I det følgende gennemgås, hvilke internationale erfaringer der er med reduktion af ulighed i sundhed og prioritering af indsatser.

5.1 Hvorfor er det så svært: Den engelske erfaring

Det fremgik af kapitel 1, at England er det land i verden som længst og mest ihærdigt har haft videnskabeligt, politisk, administrativt og professionelt fokus på at reducere ulighed i sundhed. Det skyldes måske bevidstheden om fraværet af den universelle velfærdsstat, som de skandinaviske lande længe har satset på var tilstrækkeligt for at løse problemet. I forbindelse med det engelske Post-2010 Review²³ er der foretaget en gennemgang af hvad der muligvis kan være forklaringen til at disse bestræbelser, som har været særligt intensive i de sidste 15 år, alligevel langt fra har haft de forventede effekter. Nogle punkter har relevans for Danmark:

- Selvom man i ekspertrapporter har betonet indsatser mod sociale determinanter, er det i praksis blevet omsat til at handle om individtiltag mod adfærdsfaktorer, som fx tilbud om rygestopkurser.
- Mens problemet har været formuleret i termer af den sociale gradient i sundhed, har indsatserne oftest været rettet mod mindre, socialt særlig udsatte grupper.
- De mere universelle tilbud har i første omgang mest været udnyttet af mere ressourcestærke grupper.
- Selvom det har været tilstræbt i højere grad at prioritere forebyggende og rehabiliterende indsatser, optager akut behandlingen en gradvis større del af sundhedsbudgettet.
- Alt for mange indsatser har haft karakter af finansiering af enkeltstående tidsbegrænsede projekter i lokale social udsatte områder, og kun sjældent har det handlet om at påvirke de øvrige centrale politikområder med sundhedspolitisk potentiale.
- En effektiv indsats kræver ikke alene inddragelse af mange politikområder, men også en fælles politisk og administrativ styring og koordinering.
- De valgte indikatorer på større lighed i sundhed (reduceret ulighed i spædbarnsdødelighed og middellevetid) kan i forhold til middellevetiden ikke forventes vise sig før efter mange årtier. Monitorering af determinanter og deres sociale fordeling er derfor også nødvendigt.
- For de fleste interventioner, som har været foreslået og delvis implementeret, savnes der evidens om effekt i form af randomiserede interventionsstudier.²⁹

Det samler sig således til en række negative erfaringer, som dog alle kendes fra den danske debat på sundhedsområder. Det havde været lettere, hvis der var positive erfaringer at hente udenlands, i den forstand, at man kunne pege på lande, hvor det er lykkedes at reducere ulighed i sundhed. De positive erfaringer findes, når det handler om sundhedsudviklingens gennemsnit, fx en højere middellevetid, mens det er vanskeligere at pege på positive udenlandske erfaringer, der mindsker uligheden.³⁹⁶

Det er med den nuværende viden ret let at pege på, at Danmarks efterslæb i middellevetidsudviklingen kan forklares ved den manglende implementering af effektive strukturelle tiltag på tobaks og alkoholområdet, som andre lande har gennemført. Men de andre nordiske lande klarer sig, som det fremgik af tabel 1.1, ikke entydigt bedre end Danmark når vi ser på ulighed. Når det gælder Norge, som udover England har den i dag mest sammenhængende handlingsplan mod ulighed i sundhed, kan der på grund af den korte tid, der er gået siden de politiske beslutninger, ikke drages nogen konklusioner.³⁹³

5.2 Prioritering af determinanter

Gennemgangen i kapitel 4 har ikke umiddelbart givet nogen fornemmelse af hvilken kvantitativ rolle de forskellige determinanter spiller – hverken for at forklare den eksisterende ulighed, eller for at belyse determinanternes potentiale for at påvirke den fremtidige sundhedsudvikling. Vurderingen er kompliceret, dels fordi de mange faktorer griber ind flere steder i den kausale proces, og dels fordi de påvirker mange forskellige sygdommes forekomst, fordeling og konsekvenser.

Faktorerne indgår som beskrevet i kapitel 2 i et kompliceret netværk, hvor de påvirker både hinandens forekomst og effekt. Statens Institut for Folkesundhed og Sundhedsstyrelsen beregnede i rapporten om Risikofaktorer og Folkesundhed³⁹⁷ en lang række risikofaktorer betydning for sygdomsbyrden. Den beregning pegede på tobaksrygningens meget dominerende rolle for den danske folkesundhed. Tabel 3.5, som viser hvilke sygdomme der skaber ulighed i sygdomsbyrden i Danmark indikerer også rygningens meget store betydning, i og med at KOL, lungekræft, og hjertekarsygdomme spiller en så stor rolle. Hvis man på lignende måde som i Risikofaktorrapporten beregner den andel af sygdomsbyrden, som kan tilskrives hver enkelt risikofaktor, og opdeler på uddannelsesniveau, får man også det resultat, at tobakken ”forklarer” omkring 40 % af ulighed i sygdomsbyrden. For mange af de andre determinanter, som er gennemgået i kapitel 4, er denne beregning meget mere usikker, men tallet er formentlig mellem 5 % og 20 % for hver af dem, som fx børns tidlige udvikling, alkohol, fysisk inaktivitet og fedme, psykosocial arbejdsmiljø etc. For nogle, fx arbejdsløshed og luftforureninger, er der formentlig tale om mindre end 5 %. I og med at de påvirker hinandens forekomst og effekt bliver summen af disse andele mere end 100 %. Selvom usikkerheden i disse tal skal understreges, er der nok ingen tvivl om, at tobakken spiller den afgørende rolle for Danmarks høje dødelighed totalt, men også er en vigtig del af forklaringen bag den noget højere sociale ulighed i dødelighed i Danmark sammenlignet med fx Sverige. Samtidig med at nogle vigtige determinanter, som fx rygning mindskes i forekomst, sker der dog en ophobning af mange interagerende risikofaktorer i mindre privilegerede grupper og dermed øges sårbarheden og effekten af den enkelte risikofaktor. Det kan forklare noget af stigningen i uligheden.

Det er vigtigt at huske på, at den nuværende ulighed i sygdomsbyrden afspejler den historiske forekomst og fordeling af determinanter. Derfor er den sundhedspolitiske udfordring ikke bare at påvirke de nuværende, men også fremtidige mønstre af determinanter og hermed reducere fremtidig ulighed i sygdomsbyrden. Dertil kommer, at determinanternes forekomst og fordeling ændres over tid. Arbejdsløshed og fattigdom er steget de senere år (særligt hos kortuddannede), tobaksrygningen er nedadgående (særligt hos veluddannede), mens fysisk inaktivitet og fedme er opadgående (særligt hos kort uddannede), etc., etc.

For kvalitetsudvikling af forebyggelsen vil det være nyttigt med en kvantitativ epidemiologisk vurdering af determinanternes fremadrettede potentiale, men det har ligget uden for rammerne af denne rapport at gennemføre en sådan analyse. De engelske erfaringer rejser jo det vigtige principielle spørgsmål, hvorvidt det vil være mere effektivt at påvirke determinanter, som ligger længere bagude i årsagskæderne, som fx arbejdsløshed og børnefattigdom, i forhold til at påvirke determinanter længere fremme i årsagskæden som fx tobaksrygning og forhøjet blodtryk. Men der er ikke epidemiologisk evidens for at det ene skulle være bedre end det andet. Årsagskæder kan brydes, hvor som helst. Prioriteringen vil

være styret af effektiviteten i de aktuelle indsatser. Det forhindrer ikke, at indsatser mod flere af de determinanter, som ligger længere fremme i årsagskæden, effektivt kan afbøde noget af effekten af de bagvedliggende årsager (se afsnit 4.9).

Hvis situationen var den, at indsatser mod ulighed i sundhed skulle prioriteres inden for et og samme budget i en sektor, ville det være afgørende at kunne prioritere nogle få determinanter og indsatser. Men gennemgangen viser, at et meget stort spektrum af politik- og indsatsområder er relevante og kan aktualiseres, uden at de behøver at ”konkurrere” om ressourcer. Tværtimod er det formentligt sådan, at sundhedspolitikken vil have meget stærkere legitimitet og effektivitet, hvis alle relevante politikområder bidrog til at reducere den sociale ulighed i sundhed.

5.3 Indsatser mod ulighed i sundhed – et livsløbsperspektiv

I afsnit 1.4 blev det fremhævet at forståelse af årsagerne til social ulighed kræver et livsløbsperspektiv, hvor eksponeringer i de tidlige mere sårbare faser af livet kan få effekt langt senere, og hvor en lang række risikofaktorer igennem livet påvirker hinandens forekomst og effekt i komplicerede årsagsnetværk. Det paradoksale tværsnitsbillede, som den internationale sammenligning i tabel 1.1 giver er ikke tilfredsstillende set fra et ulighedsperspektiv. Men det er her vigtigt at huske på, at en del af den nuværende ulighed i sundhed er grundlagt af forhold, som fandtes, da den voksne befolkning var børn for 30-60 år siden. Således er tidsperspektivet vigtigt, både i forhold til at forstå den nuværende ulighed i sundhed, og i forhold til at prioritere mellem indsatser. Det er derfor relevant kort at summere de indsatser, der er peget på i afsnittene 4.1-4.12 i et livsløbsperspektiv.

- **0-8 år:** Allerede under graviditeten grundlægges vigtige funktioner. Den screening for adfærdsmæssige, fysiske og sociale risikofaktorer, som jordemødrene har mulighed for, er af stor betydning for barnets og senere den voksnes sundhed (# 1.1). At hjælpe med at sikre spædbarnets tætte emotionelle kontakt med forældrene, allerede i den tidlige fase i overgangen fra barsel til hjemmet og de første 18 måneder, kan gøres ved det aktive opsøgende og støttende arbejde som sundhedsplejerskerne udfører (# 1.2). At sikre gode materielle og sociale vilkår for barnet handler om at minimere børnefattigdom og at have tilbud om forældregrupper (# 1.5). De forebyggende børneundersøgelser bør have særlig fokus på at nå de børn, der er bagud i deres sproglige, emotionelle og sociale udvikling (# 1.4). En fokuseret indsats i førskolen og de første skoleår for at få alle børn til at kunne læse har vist sig at have stor betydning for, hvordan de klarer sig senere i livet, i skolen og på arbejdsmarkedet.
- **9-18 år:** I skoleårene er der mulighed for at reducere ulighed i sundhed ved at fokusere på støtte af de udsatte og sårbare børn, og ved at skabe en skole som er aktivt motiverende, også for de som ikke motiveres så stærkt for skolegang hjemmefra. Kan man give børnene en følelse af at lykkes med de mål, de sætter sig, og at de oplever sejre i hverdagen, kan man udvikle deres selvtillid og handlekompetence (# 2.2). Dermed fremmer man, at de er motiverede for at klare sig helt frem til og med en ungdomsuddannelse. Samtidig forebygger man, at de giver sig ud i en usund adfærd i forhold til tobak, alkohol, stoffer, fysisk inaktivitet mm. Rummelighed i ungdomsuddannelserne, også for dem som har svært ved at finde sig til rette, og god adgang til praktikpladser er af betydning (# 2.3). Det er i denne aldersgruppe, at afhængighedsskabende kontakt med tobak, alkohol og stoffer etableres, og hvor de normskabende strukturelle virkemidler har særlig stor effekt (# 9.1-# 9.2). Det er også i skolen, at indsatser, der stimulerer til fysisk aktivitet, er vigtige (# 9.3). At holde ungdomsarbejdsløsheden meget lav er vigtigt (# 5.2).
- **19-44 år:** Dette er en periode i livet, hvor meget skal nås: etablering af arbejdsliv, familie, børn og bolig. I denne aldersgruppe er forekomsten af træthed og søvnbesvær stigende. Kombinationen mellem krav i arbejdsliv, familieliv og økonomi kan skabe et højt stressniveau i alle socialgrupper. Stigningen i de psykiske symptomer er dog mest udtalt hos personer med kort uddannelse. At skabe et arbejdsliv med fleksible fysiske og psykiske arbejds-

krav, trivsel, udviklingsmuligheder, og at have indflydelse på, og støtte til, hvordan man lever op til kravene er vigtigt (# 5.1). Det er en aldersgruppe, hvor det giver mening at kombinere indsatser for forbedret arbejdsmiljø og bedre sundhedsadfærd (# 8.4). Det er også i denne aldersgruppe, hvor den økonomiske stress kan være udtalt, og hvor indsatser mod fattigdom er vigtige (# 4.2). Mange i denne aldersgruppe rammes af psykiske lidelser, hvor vejen tilbage til arbejde kan være lang og besværlig. At sikre en effektiv behandling af den psykiske lidelse og en koordineret indsats mellem jobcentre, arbejdsplads og behandlere er afgørende. For de personer, hvor langvarig psykiske handicap eller misbrug har haft svære sociale konsekvenser, bliver støtte til et socialt liv, med nogen grad af beskæftigelse, rimelig økonomi, egen bolig og behandling af både psykiske og somatiske lidelser af stor vægt for sundheden (# 8.1-4).

- **45-74 år:** I denne aldersgruppe kan de, som har haft et tungt fysisk arbejde, begynde at mærke det. Behovet for et arbejdsmarked med fleksibilitet i arbejdskravene bliver større, for at de med nedsat arbejdsevne kan fortsætte i arbejdsstyrken (# 12.2). Fysisk aktivitet og kostvaner med mindre fedt og salt og mere frugt og grønt bliver ekstra vigtige (# 9.3). En del risikofaktorer og tegn på tidlig sygdom som forhøjet blodtryk, blodfedtforstyrrelser, overvægt og diabetes og visse kræftformer bliver mere almindelige, og det er således vigtigt, at de praktiserende læger har øget opmærksomhed på dette, ikke mindst blandt patienter med kort uddannelse (# 11.3). Tidlige tegn på aldring og svigtende funktionsevne bør skabe ekstra fokus på behovet og muligheder for fysisk aktivitet (# 10.2).
- **75+ år:** Tegn på svigtende funktionsevne er så almindelige i denne aldersgruppe, at de forebyggende hjemmebesøg må lægge særlig vægt på at opfange disse (# 10.3). Det er også i denne aldersgruppe, at behovet for behandling, genoptræning og rehabilitering bliver stort, og hvor adgangen til sundhedsvæsenets ydelser bliver ekstra vigtig (# 11.1-7). Sundhedsvæsenets evne til at integrere indsatser fra sygehus, praktiserende læge og kommune bliver afgørende, ikke mindst for de patienter, der har svært ved at argumentere for deres behov, (# 11.8). En stærk opmærksomhed på ulighed er påkrævet i de lange kroniske patientforløb med rehabilitering mm.

5.4 Mål og strategier

En af de strategiske overvejelser inden for forebyggelse, som også blev nævnt i de engelske erfaringer, er valget af en universel befolkningsrettet strategi versus en individuel højrisikostrategi og en strategi rettet mod særlig målgrupper, som fx ufaglærte arbejdere, beboere i socialt særligt udsatte boligområder etc. Hvordan forholder de foreslåede indsatser sig til princippet om universalitet, og er det de indsatser og politikker, der er brug for, hvis udviklingen skal vendes i retning af mindre social ulighed?

Valget af forebyggelsesindsats afhænger både af mål, målgruppe og strategi. For det første er der distinktionen mellem de to overordnede mål: at gøre noget ved den sociale ulighed, som handler om gradienten i hele befolkningen, og om de udsatte gruppers dårlige helbred (se kap 2). For det andet er der distinktionen mellem populationsstrategi, målgruppe- og højrisikostrategi i forebyggelsen.

Tabel 5.1. Mål og strategi for indsatser mod ulighed i sundhed med eksempler på kombinationerne.

	Gradient	Udsatte grupper
Populationsstrategi	I: Strukturel forebyggelse med lov-mæssige, økonomiske, normdan-nende virkemidler	II: Universel socialpolitik med lige adgang til ydelser, indkomstbeskyttelse
Målgruppe strategi	III: Strukturel forebyggelse i lav-indkomstområder	IV: Social indsatser inkl. rummelige boliger og målrettet beskæftigelses-indsats for udsatte
Individuel Højrisiko-strategi	V: Screening, rådgivning og behand-ling i primærsektoren til borgere i alle aldre med særlig risiko	VI: Social- og sundhedsfaglige ind-satser for risikobørn, udsatte grupper inkl. psykisk syge

I: Brugen af en række af virkemidlerne i den strukturelle forebyggelse kan betragtes som en type af universel forebyggelsespolitik, idet den beskytter mod en række risici og skaber rammer for en sund levevis for hele befolkningen, uanset individuel risiko. Det gælder både indsatser for børns tidlige udvikling, sundhedsadfærd, arbejdsmiljø, socialt boligmiljø og fysisk miljø.

II: Den universelle socialpolitik og arbejdsmarkedspolitik har en afgørende indflydelse på indkomstfordeling. Den begrænser arbejdsløshed og begrænser størrelsen af gruppen af socialt udsatte.

III: En bred sundhedspolitisk indsats rettet mod mange af determinanterne, men lokaliseret til et eller nogle få udsatte boligområder, flytter næppe gradienten i hele befolkningen. Men en fokuseret indsats kan have stor betydning lokalt, og kan aktualisere en bred sundhedspolitisk indsats, i en situation hvor en bredere implementering af indsatser kan være vanskelig.

IV: Indsatser til udsatte grupper, som ikke er på individniveau, men mere strukturelt handler om at sikre bedre bolig og beskæftigelsesforhold.

V: Både jordemødre, sundhedsplejersker, daginstitutionspersonale og lærere, men også praktiserende læger og socialrådgivere har en særlig forpligtelse til at identificere børn og voksne med særlig risiko, og til at tage initiativer til, at risikogrupperne får den hjælp, de behøver. Dette kræver at rammerne og ressourcerne til implementering er til stede. Forpligtelsen til at se dem, som har en sær-

lig risiko er universel, men indsatserne skal kun udføres for dem, som har høj risiko.

VI: Socialt udsatte lever et liv med store risici for forværring af sygdom og sociale problemer. Det er en særlig udfordring at tilse, at de får både den nødvendige sociale, økonomiske, somatiske og psykiske hjælp. Det gælder ikke mindst de børn, som vokser op under social udsathed.

5.5 Implementering

Ikke kun i arbejdet med at reducere ulighed i sundhed, men i det sundhedspolitiske arbejde i det hele taget, er det længe siden, at man opnåede en erkendelse, af at politik for at reducere ulighed i sundhed, må engagere og koordinere mange sektors politikområder.³⁹⁸ Problemet er, at det har vist sig usædvanligt svært at føre denne erkendelse ud i praksis.³⁹⁹ I denne rapport er det ligesom i rapporten fra CSDH tydeligt, at en tværsektoriel flerstrengt indsats er afgørende for at bryde udviklingen med voksende ulighed i sundhed.

Et nøgleproblem er, hvilke forudsætninger der skal være til stede for at en sådan tværsektoriel koordinering kan lykkes – det som i EU fremføres som behovet for *Health in All Policies* (Lissabontraktaten, artikel 168)⁴⁰⁰ eller mere præcist som det gøres i Sund By Netværket: *Health Equity in All Policies*⁴⁰¹

Både Finland⁴⁰² og Norge⁴⁰³ har de seneste år været foregangslande på området, og flere rapporter har forsøgt at samle erfaringer fra en række lande.^{399;404} En fremgangsmåde med gode resultater er at identificere politikområder, hvor de indblandede sektorer har samme mål. Denne rapport har talrige eksempler på, at målet om mindre ulighed i sundhed er sammenfaldende med de mål, man har inden for andre politikområder – børns tidlige sproglige udvikling, flere unge får en ungdomsuddannelse, lavere arbejdsløshed, og et mindre ekskluderende arbejdsmarked, større arbejdsstyrke etc. At tydeliggøre at disse indsatser både er værdifulde i sig selv og i forhold til at reducere ulighed i sundhed, giver en situation, hvor begge målsætninger styrkes.

Det kræver dog, at man formulerer fælles mål, både for udvikling og ansvarsfordeling af determinanterne og for de indsatser, som skal implementeres. Her lider forebyggelsesområdet under, at der uden for det kliniske område mangler en systematisk kategorisering og ”dosis”-beskrivelse af de relevante indsatser. At blive enige om fælles mål for de forskellige determinanter kræver først og fremmest politisk koordinering på tværs af myndigheder og politikområder. At føre en tæt dialog om en fælles tværsektoriel sundhedspolitik vil også blive adskilligt lettere, hvis det er tydeligt hvilke indsatser man taler om og graden af implementering i forhold til forskellige målgrupper. I appendiks A er der for hver af de 12 determinanter oplyst målsætning for determinanten og hvilke indsatser der er foreslået for at nå målsætningen. Derefter er der fremlagt et antal forslag til indikatorer med hvilke man kan monitorere udvikling og fordeling af determinanten og implementering af de foreslåede indsatser.

APPENDIX A

For hver af de 12 determinanter er der lavet et skema med mål, indsatser og forslag til indikatorer for udvikling og fordeling af determinanten og for implementering af indsatser.

Determinant 1: Børns tidlige udvikling
Børns tidlige udvikling påvirkes allerede i fostertilstanden, og kortuddannede forældre har større risiko for at få børn med lav fødselsvægt. Børns kognitive, sproglige, sociale og emotionelle stimulering har stor betydning for barnets videre udvikling og skolegang, og påvirker derfor barnets sociale position som voksen. Manglende stimulering i den tidlige udvikling har indflydelse på barnets fysiske og psykiske helbred senere i livet.
Mål: <ul style="list-style-type: none">- At reducere social ulighed i børns tidlige kognitive, sproglige, emotionelle og sociale udvikling- At reducere social ulighed i fødselsudfald
Indsatser: <ul style="list-style-type: none">- # 1.1 Svangreomsorgen omfatter indsatser, som når alle kvinder så tidligt i graviditeten, som kan forebygge for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, gravides tobaksrygning, skadeligt arbejdsmiljø mm.- # 1.2 Barselsbesøg af sundhedsplejersker er et universelt tilbud til alle familier. Samtidig rettes ekstra opmærksomhed på at nå de socialt og psykisk mindre ressourcestærke familier, herunder familier med misbrugsproblemer- # 1.3 Aktivt opsøgende indsats for at sikre, at børn med hæmmet social og kognitiv udvikling kommer til de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis- # 1.4 Fuldstændig dækning og aktiv rekruttering af børn med særlige behov til daginstitution og børnehaveklasse- # 1.5 Børnefattigdom elimineres for at forebygge de langsigtede irreversible effekter, fattigdommen har for børn
Indikatorer for determinanten: <ul style="list-style-type: none">- Fødselsvægt, gestational age og spædbarnsdødelighed efter forældres uddannelse og indkomst- Andel spædbørn der ammes ved 4 måneders alderen- Resultat af skolemodenhedsprøve ved 6 års alder og læseevne efter 1. klasse efter forældres uddannelse og indkomst- Indikator på børns tidlige udvikling svarende til det canadiske EDI bør overvejes for danske forhold
Indikatorer for implementering: <ul style="list-style-type: none">- Sundhedsplejerskernes ydelser fordelt efter forældres indkomst og uddannelse- Ydelser ved forebyggende børneundersøgelser efter forældres uddannelse og indkomst- Andel børn i daginstitution fordelt efter forældres uddannelse og etnicitet- Børn med særlige behovs brug af daginstitutioner og førskoler

Determinant 2: Uafsluttet skolegang

Unge, som ikke får mindst en ungdomsuddannelse, har svært ved at finde fodfæste på arbejdsmarkedet, og dermed høj risiko for langvarige arbejdsløshedsperioder, fattigdom og tidlig tilbagetrækning. Kort skolegang hænger sammen med en ophobning af risikofaktorer for dårligt helbred og forhøjet risiko for at dø i en ung alder.

Mål:

- At reducere andelen af unge som afslutter skolen uden en ungdomsuddannelse
- At reducere effekten af forældres økonomiske, kulturelle og sociale kapital på deres børns chancer for at få uddannelse

Indsatser:

- # 2.1 Indskolingen arbejder med en aktiv opsøgende pædagogisk indsats, der sikrer, at alle børn får de grundlæggende kompetencer, herunder læsning
- # 2.2 Folkeskolen er aktivt motiverende også for de børn, som ikke bliver så stærkt stimuleret hjemmefra, blander velstillede og dårligere stillede børn og giver børnene mulighed for at opleve sejre i dagligdagen og udvikler dermed deres selvtillid og handlekompetence
- # 2.3 Der tilbydes en udvidet vejledningsindsats over for de socialt dårligt stillede og bogligt svage elever, hvor der er fokus på sammenhængen mellem forskellige tilbud og støtteforanstaltninger
- # 2.4 Ungdomsuddannelser med fokus på praktisk læring målrettes unge, der ikke kan gennemføre et almindeligt bogligt ungdomsuddannelsesforløb
- # 2.5 Der fokuseres på udvikling af et socialt, pædagogisk og individ-støttende miljø, særligt på de tekniske erhvervsuddannelser
- # 2.6 Der sikres adgang til praktikpladser fra alle erhvervsskoler

Indikatorer for determinanten:

- Absolut effekt af forældres uddannelseslængde på børnenes uddannelse
- Andel som præsterer på laveste niveauer i nationale test i 9. klasse fordelt på forældres uddannelse
- Andel unge som afslutter skolen uden en ungdomsuddannelse, inden de er fyldt 18 år
- Andel unge i alderen 15-17 som ikke er i arbejde eller uddannelse
- Andel unge som søger, men ikke får en praktikplads fordelt på etnicitet

Indikatorer for implementering:

- Social segregering på skole(klasse) niveau målt som blanding af elever med varierende socioøkonomisk baggrund
- Antal som søger, men ikke får praktikplads
- Tilbud til unge, som ikke kan klare en ungdomsuddannelse
- Antal anmeldelser til forebyggende foranstaltninger for udsatte unge fra daginstitutioner, skoler og sundhedspersonale
- Andel kortuddannede som deltager i voksenuddannelse
- Antal i voksenuddannelse og videreuddannelse
- Ressourcefordeling mellem skoler og gymnasier

Determinant 3: Boligsegregering

Der er i Danmark en betydelig variation i middellevetiden fra de fattigste til de rigeste kommuner og bydele. Det skyldes især, at arbejds- og boligmarkedet sorterer mennesker geografisk efter Indkomst, beskæftigelse og helbred. Personer anvist til almennyttige boliger har ofte dårligt helbred og ringe indkomst. Boligområder, der er domineret af mennesker med få ressourcer, risikerer et socialt belastet miljø, der får indflydelse på specielt børn og unges senere sociale position og helbred.

Mål:

- Reduktion af social segregering i befolkningssammensætning
- Reduktion af segregering til områdebaserede institutioner og organisationer for børn (daginstitutioner og skoler, idrætsklubber etc.)

Indsatser

- # 3.1 Byplanlægningen tager hensyn til, at boliger med forskellige ejerskabsformer blandes, og at andelen af almene boliger fordeles ligeligt på tværs af kommunegrænser for at modvirke segregering
- # 3.2 Byfornyelsesprojekter kombinerer fysiske, organisatoriske, finansielle og sociale indsatser, som sikrer overensstemmelse mellem boligkvalitet og pris og forbedrer de fysiske omgivelser for at skabe attraktive boligområder
- # 3.3. Daginstitutioner, skoler og gymnasier i ghettoområder i de mindre privilegerede områder gøres attraktive for fremme af de lokale børns udvikling for at forebygge segregeringens effekter på børn og unge

Indikatorer for determinanten:

- Andel børn som vokser op i lokalsamfund (sogn eller tilsvarende) med >10 % fattige eller >25 % uden for arbejdsstyrken
- Geografisk variation i andel almennyttige boliger

Indikatorer for implementering:

- Blanding af ejerskabsformer ved nybyggeri
- Integration af fysisk og sociale indsatser i byfornyelse
- Kompenserende ressourceallokering til daginstitutioner og skoler

Determinant 4: Indkomst og fattigdom

Forskellen i middellevetid mellem den rigeste og den fattigste fjerdedel af den mandlige befolkning er 10 år, for kvinderne er den 6 år. Den stærke sammenhæng mellem indkomst og middellevetid er udtryk for en ophobning af effekter i en lang årsagskæde, hvor social baggrund og tidlig udvikling via sundhedsadfærd, arbejdsmiljø og beskæftigelse påvirker både indkomst og helbred, og hvor helbred påvirker indkomst

Mål:

- Reduktion af indkomstulighed
- Reduktion af fattigdom særlig for børnefamilier

Indsatser:

- # 4.1 Sikre at indkomstuligheden ikke øges, eksempelvis gennem regulering af overførselsindkomster, skatteskalaer mm.
- # 4.2 Universel socialpolitik, hvor så mange som muligt dækkes af universelle sociale ydelser for at begrænse social ulighed og fattigdom
- # 4.3 At lægge kontanthjælpsniveauet på et niveau som ikke leder til sådanne afsavn i forhold til kost og udgifter til medicin mm. som har konsekvenser for helbred
- # 4.4 Der årligt beregnes en årlig minimumindkomst som forudsætning for sund levevis
- # 4.5 Børnefattigdom elimineres for at forebygge de langsigtede irreversible effekter fattigdommen har for børn

Indikatorer for determinanten:

- Indkomstulighed målt som Gini-koefficient
- Andel fattige målt med OECD-kriterier opdelt på uddannelsesbaggrund
- Andel fattige børn
- Andel som er fattige 3. år i træk
- Andel på reducerede kontanthjælpsydelser

Indikatorer for implementering:

- Antal koordinerede social- og sundhedsydelser til børn i fattige familier
- Udvikling af opdateret afsavnsbaseret fattigdomsgrænse for sund levevis

Determinant 5: Langvarig arbejdsløshed

Det er veldokumenteret, at der er en stærk sammenhæng mellem arbejdsløshed og dårligt helbred, især psykiske problemer. Den stærke sammenhæng skyldes, at dårligt helbred øger risikoen for at blive arbejdsløs, og at langvarig arbejdsløshed øger risikoen for en række negative helbredskonsekvenser, især depression. Sammenhængen er stærkere blandt kortuddannede.

Mål:

- Reduktion af langvarig arbejdsløshed, særlig blandt kortuddannede, og personer med øget psykisk sårbarhed

Indsatser:

- # 5.1 Arbejdsmarkedsmodel, som kombinerer et fleksibelt arbejdsmarked, med et godt forsørgelsessystem og en aktiv beskæftigelsesindsats, som bidrager til at holde arbejdsløsheden nede
- # 5.2 Muligheder for livslang uddannelse og omskoling, fordi det medvirker til at holde arbejdsløsheden nede blandt personer med kort uddannelse
- # 5.3 Ungdomsarbejdsløsheden holdes lav, især fordi de første år efter skolen er afgørende for, hvordan man klarer sig længere frem på arbejdsmarkedet
- # 5.4 Beskæftigelsesindsats der benytter økonomiske incitament og stiller krav om deltagelse i aktivering. Kravet om aktivering skal afbalanceres med den enkeltes ressourcer, så det sikres, at økonomisk og anden stress ikke forstærker de helbredsmæssige konsekvenser af arbejdsløshed
- # 5.5 Beskæftigelsesindsatsen kombineres med en sundhedsfaglig indsats særlig med fokus på psykiske problemer

Indikatorer for determinanten:

- Andel langvarigt arbejdsløse opdelt på uddannelsesniveau, erhverv og alder
- Antal arbejdsløse som overgår til kontanthjælp
- Andel arbejdsløse som vender tilbage i arbejde

Indikatorer for implementering

- Beskæftigelsesindsats kombineret med sundhedsindsats inkl. behandling for psykisk lidelse og alkoholproblem
- Andel arbejdsløse som deltager i omskoling eller voksenuddannelsesprogrammer

Determinant 6: Socialt udsatte

Socialt udsatte er ramt af social eksklusion på flere dimensioner samtidig, dvs. både ekskluderede fra arbejdsmarked, har måske mistet kontakt med familie, kan have svært at klare sig på boligmarkedet, og har måske ikke kvalificeret sig til de universelle sociale. Social udsathed er både årsag til og konsekvens af sygdom. Socialt udsatte har en meget høj sygelighed især i forhold til psykisk sygdom.

Mål:

- At reducere sygdomsbyrden blandt socialt udsatte dvs. personer som er marginaliserede fra arbejdsmarked, boligmarkedet, familie og universelle sociale ydelser

Indsatser:

- # 6.1 Udsatte grupper sikres bedre adgang til boliger og der sikres "skæve" boliger, så de, der ikke kan finde sig til rette i det almene boligbyggeri, har andre muligheder
- # 6.2 Efteruddannelse af personalet i misbrugsbehandlingen og misbrugsbehandlingen integreres med sociale handlingsplaner med fokus på håndtering af brugernes psykiske problemer
- # 6.3 Sociale levevilkår blandt kronisk psykisk handicappede monitoreres inden for rammen af en klinisk database. I samarbejdet mellem kommuner og regioner skal der være mere fokus på åbne behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom, misbrug og social udsathed
- # 6.4 Opsøgende indsatser samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner udvides, så der er en større og mere tilfredsstillende dækning, blandt andet med formalisering af det tværsektorielle samarbejde

Indikatorer for determinanten:

- Dødelighed blandt personer uden for arbejdsstyrken som har været indlagt for psykiatrisk diagnose inkl. misbrug
- Antal hjemløse
- Indkomst og beskæftigelse blandt personer som året inden har været indlagt for psykiatrisk diagnose
- Antal som i mere end 3 måneder har boet på væresteder, herberger og andre midlertidige boliger
- Antal som udskrives fra psykiatrisk indlæggelse eller fængselsophold uden fast bolig

Indikatorer for implementering:

- Antal sengepladser og ventetider i psykiatrien
- Antal udsættelser fra bolig pga. psykisk afvigende adfærd
- Antal pladser for behandling med kombinerede psykiatriske, misbrugs- og sociale problemer
- Antal udsatte med fast støtte- eller kontaktperson

Determinant 7: Fysisk miljø

Der er en social ulighed i sygdomme, der skyldes luftforurening. Det hænger sammen med, at kortuddannede oftere har sygdomme, hvor luftforureninger forværrer symptomerne. I forhold til ulykker børneulykker, trafikulykker og faldulykker blandt ældre handler uligheden både om uligheden i eksponeringen for risici og ulighed i sårbarheden for de kropskader ulykkerne kan fremkalde.

Mål:

- At reducere eksponering for partikler og kvælstofoxider
- At reducere social ulighed i ulykker ved reduktion kortuddannedes ulykkesincidens

Indsatser:

- # 7.1 Partikelforureningen reduceres, fx ved at kræve effektive partikelfiltre til dieselmotorer samt kvælstofreducerende katalysatorer. Der skal arbejdes med at finde løsninger på den partikelforurening, der stammer fra brændeovne
- # 7.2 Der etableres en effektiv kontrol med hastigheds- og alkoholgrænser samt brug af sikkerhedsseler. Der etableres lokale trafikikkerhedshandlingsplaner med fokus på socialt udsatte boligområder
- # 7.3 Ulighed i hjemmeulykker blandt børn kan forebygges med bedre lovgivning og kontrol om farlige legeredskaber og en opsøgende virksomhed ved hjemmebesøg af sundhedsplejersker
- # 7.4 Der sikres muligheder for fysisk aktivitet for midaldrende og ældre, herunder aktivitetsprogrammer, træningstilbud som motion på recept. Desuden skal der være mulighed for fysisk aktivitet i nærområder

Indikatorer på determinanten:

- Eksponering for partikler og kvælstofoxider fordelt på geografiske områder
- Indlæggelseshyppighed for børne-, trafik og faldulykker efter socioøkonomisk baggrund

Indikatorer på implementering

- Andel dieselmotorer med partikelfiltre
- Antal kontroller i trafikken for overskridelser af hastighedsgrænser og alkoholniveau
- Andel ældre som efter faldulykker tilbydes genoptræningsprogrammer

Determinant 8: Arbejdsmiljø

Der er meget store forskelle i sygdomsrisiko og dødelighed mellem erhvervs- og faggrupper, specielt i forhold til depressioner, hjertekarsygdom og lidelser i bevægeapparatet. Den sociale ulighed i arbejdsmiljø, relaterede sygdomme skyldes, at de kortuddannede oftere har et fysisk arbejdsmiljø præget af forhold, der forårsager arbejdsulykker og muskel-skeletbesvær, og et psykisk arbejdsmiljø, der er karakteriseret af lav indflydelse, ringe udviklingsmuligheder og større usikkerhed i ansættelsen.

Mål:

- Reduktion af ergonomiske arbejdsmiljøeksponeringer i form af tunge løft, bøjede arbejdsstillinger, ensidige gentagne bevægelser mm
- Øget indflydelse over og udviklingsmuligheder i arbejdet
- Reduktion af arbejdsulykker

Indsatser:

- # 8.1 Arbejdspladsens indretning skal skabe tilfredshed og trivsel blandt medarbejderne, og indeholde specifikke ergonomiske forbedringer
- # 8.2. Patienter med muskel- og skeletbesvær sikres vejledning og muligheder for at holde sig fysisk i gang, herunder muligheder for at varetage et lettere arbejde, der kan være bedre end passivitet i hjemmet
- # 8.3 Anvendelsen af APV tages i brug også i de små virksomheder, og i erhverv med lave uddannelseskrav
- # 8.4 Integration af indsatser for bedre arbejdsmiljø og forbedret sundhedsadfærd udvikles. Indsatsen implementeres især i forhold til de grupper, der har de største arbejdskrav og den mindre sunde adfærd

Indikatorer på determinanten:

- Andel dagligt eksponerede for tunge løft over 20 kilo, forvredne og bøjede arbejdsstillinger, gentagne ensidige bevægelser
- Andel eksponerede for lav indflydelse og ringe udviklingsmuligheder i arbejdet
- Antal arbejdsulykker

Indikatorer på implementering:

- Integration af psykosocialt arbejdsmiljø i ledelsesudvikling
- Antal tilsyn på arbejdspladser med højt sygefravær og mange arbejdsmiljøovertrædelser
- Integrerede indsatser for bedre arbejdsmiljø og sundhedsfremme

Determinant 9: Sundhedsadfærd

Usund adfærd med hensyn til tobaksrygning, alkohol, kost og fysisk inaktivitet ophobes ligesom overvægt og forhøjet blodfedtniveau og blodtryk blandt mindre privilegerede grupper. Da disse risikofaktorer samtidig forstærker hinandens effekt på en lang række store folkesygdomme, spiller sundhedsadfærd en stor rolle for den voksende ulighed i dødelighed.

Mål:

- Mindsket tobaksforbrug totalt og ulighed i andel dagligrygere blandt kortuddannede
- Mindsket alkoholforbrug totalt særligt blandt unge
- Mindsket andel med stillesiddende fritid og lav fysisk aktivitet
- Mindsket andel med lavt forbrug af frugt/grønt og øget andel med lavt forbrug af mættet fedt

Indsatser:

- # 9.1 Følgende indsatser forventes at have effekt på ulighed i tobaksrygning:
 - Tobaksafgiften hæves
 - Strammere lovgivning om rygeforbud overalt indendørs bortset fra i eget hjem
 - Håndhævelse af forbud af salg til personer under 18 år skærpes
 - Aktiv opsøgende rådgivning og rekruttering til rygestopkurser rettes særligt til personer med kort uddannelse, lave indkomster, psykiske lidelser og uden tilknytning til arbejdsmarkedet
- # 9.2 Følgende indsatser forventes at have effekt på ulighed i alkoholskader:
 - Alkoholafgifterne hæves
 - Aldersgrænsen for salg af alkohol hæves til 18 år og kontrollen skærpes med aldersgrænsen for både salg og servering
 - Alkoholreklamer i alle medier forbydes
 - Salgssteder og åbningstider begrænses
 - Begrænsning af antal udskænkningstilladelser særligt i boligområder og nær uddannelsesinstitutioner
 - Regler for alkoholbrug i skoler og andre uddannelsesinstitutioner skærpes
 - Aktiv opsøgende rådgivning og alkoholbehandlingstilbud til personer med kort uddannelse, lave indkomster, psykiske lidelser og uden tilknytning til arbejdsmarkedet
- # 9.3 Følgende indsatser må forventes at have effekt på social ulighed i kost og fysisk aktivitet, for højt blodtryk og kolesterol
 - Forhøjede afgifter på sukkerholdige fødevarer (særligt sodavand) og på mættet fedt i mejerivarer og kød
 - Tydelig kostinformation af typen nøglehulsmærkning gøres obligatorisk
 - Reduceret saltindhold i færdiglavet mad
 - Fysisk aktivitet mindst en time i skoledagen, blandt andet ved en struktur som sikrer, at børn i frikvarterer kommer ud i skolegårde, som indbyder til fysisk aktivitet
 - Fysiske indsatser for øget fysisk aktivitet rettes mod udsatte boligområder og indrettes, så rammerne både gavner børn, midaldrende og ældre
 - Tiltag for at begrænse børns stillesiddende fritid ved TV og computer
 - Udarbejdelse af sundhedspolitikker på arbejdspladser og skoler, som sikrer, at de sunde valg bliver de lette valg, fx i kantinerne.
 - Behandling af forhøjet blodtryk og kolesterol er effektiv. I primærsektoren gøres en særlig indsats for at sikre, at folk med kort uddannelse og små indkomster fortsætter behandlingen, så længe den er indiceret

Indikatorer på determinanten:

- Andel som ryger dagligt og ryger >15 cigaretter per dag (voksne og 15 års alder)
- Andel udsat for passiv rygning
- Andel som drikker over 14/21 genstande/uge og jævnligt >5 genstande per gang (voksne og 15 år)
- Andel som spiser <600 g frugt/grønt dagligt (voksne og ved 15 års alder)
- Andel som drikker sodavand dagligt (voksne og 15 års alder)
- Andel med $25 < \text{BMI} < 30$ og $\text{BMI} > 30$
- Andel som er fysisk inaktive i fritiden og andel som er mindst moderat fysisk aktive (4 timer per uge)
- Alle indikatorer skal følges fordelt på uddannelse

Determinant 9: Sundhedsadfærd

Indikatorer på implementering:

- Realprisudvikling på tobak, alkohol, sukker og mættet fedt
- Antal kontroller for håndhævelse af aldersgrænser
- Antal udskænkningstilladelser fordelt på sogne/tilsvarende
- Antal forebyggende samtaler (ydelse) hos egen læge
- Antal rygestoptilbud fordelt på sogne
- Antal skoler med politikker mod alkohol, kost og fysisk inaktivitet
- Fysiske indsatser for øget fysisk aktivitet fordelt på sogne

Determinant 10: Tidlig nedsat funktionsevne

Tab af funktionsevne er dels en konsekvens af sygdom, men også en aldersbetinget proces som dog sker tidligere og hurtigere i mindre privilegerede grupper. Der er en sammenhæng mellem nedsat funktionsevne hos midaldrende og funktionsevne, hjælpebehov og død hos ældre.

Mål:

- At reducere ulighed i nedsat funktionsevne blandt ældre over 64 år, ved særligt at fokusere på funktionsevnen blandt dem med kort uddannelse og små økonomiske ressourcer.

Indsatser:

- # 10.1 Tilbud om forebyggende hjemmebesøg til alle ældre, med differentierede indsatser i overensstemmelse med differentierede behov og med særlig fokus på at nå økonomisk mindre privilegerede ældre
- # 10.2 Der sikres muligheder for fysisk aktivitet for midaldrende og ældre, herunder aktivitetsprogrammer, træningstilbud som motion på recept. Desuden skal der være mulighed for fysisk aktivitet på arbejdspladser og i nærområder
- # 10.3 Ved besøg hos egen læge skal der være særlig opmærksomhed på tegn på tidlig nedsættelse af funktionsevne med henblik på visitering til individorienterede indsatser
- # 10.4 Tandplejetilbud til ældre subventioneres, således at de får mere regelmæssig tandpleje

Indikatorer for determinanten:

- Funktionsevne blandt ældre >74 år – kognitiv og fysisk opdelt på indkomst/formue
- Fysisk aktivitet blandt ældre >64 år – kognitiv og fysisk opdelt på indkomst/formue

Indikatorer for implementering:

- Antal forebyggende hjemmebesøg med fokus på tidlig funktionsnedsættelse fordelt på indkomst/formue
- Tilbud om fysisk aktivitet for ældre i nærområdet fordelt på sogne
- Antal ældre som henvises til fysisk aktivitet fra egen læge

Determinant 11: Sundhedsvæsenets rolle

Den behandling, rehabilitering og omsorg der ydes i sundhedsvæsenet, har stor betydning for konsekvenserne af de sygdomme, befolkningen rammes af. Men til trods for at vi har et princip om lige og fri adgang til sundhedsvæsenets ydelser, er der en skæv fordeling af ydelserne, som ikke hænger sammen med behovet målt på social position. Fx har mennesker med højere indkomster et større forbrug af praktiserende speciallæger og forebyggende ydelser, mens fx deltagelsen i rehabiliteringsprogrammer efter hjerteinfarkt er lavere blandt personer med lav indkomst. Det ulige forbrug kan forklares med både økonomiske, geografiske, tidsmæssige, organisatoriske og sociokulturelle hindringer.

Mål:

- At reducere ulighed i behovsrelateret brug og effekt af sundhedsydelser

Indsatser:

- # 11.1 Måltrettet monitorering af behov for og brugen af forskellige sundhedsydelser fordelt på socio-demografiske grupper. Et særligt fokus bør lægges på monitorering af de kommunale ydelser til forebyggelse og rehabiliterende ydelser
- # 11.2 Rekruttering af læger til primærsektoren i socioøkonomisk mindre privilegerede områder
- # 11.3 De praktiserende lægers arbejde integreres bedre i det lokale kommunale sundhedsarbejde
- # 11.4 Opsøgende indsatser som sikre at mindre ressourcestærke grupper, nås af de effektive forebyggende programmer for gravide, børn, og ældre samt opsporing af tidlige stadier af kræft, diabetes, hjertekarsygdom og depression
- # 11.5 Set ud fra et ulighedsperspektiv bør brugerbetaling undgås i forhold til de ydelser, som er af særlig betydning for psykiske lidelser og sygdomme i bevægeapparat
- # 11.6 En mere geografisk lige fordeling af speciallæger ved en bedre styring af etableringsretten
- # 11.7 Prioritering af psykiatri inkl. psykiatrisk rehabilitering og etableres et stærkere samarbejde mellem psykiatri, primærsektor og kommunale ydelser, hvilket spiller en stor rolle for de socialt udsatte, og for dem som på grund af psykiske lidelser har nedsat arbejdsevne
- # 11.8 Særligt fokus på indsatser til mindre privilegerede grupper, som ofte tabes i de lange patientforløb med genoptræning og rehabilitering. Det gælder ikke mindst de psykisk syge

Indikatorer for determinanten:

- Monitorering af ulighed i brug af sundhedsydelser fordelt på somatisk og psykiatrisk sygdom, inkl. patientforløb og rehabilitering
- Afstand til skadestue og speciallæge fordelt på uddannelse og indkomst
- Udgifter til brugerafgifter i sundhedsvæsenet fordelt på indkomst
- Adgang til privat sundhedsforsikring fordelt på indkomst
- Ulighed i andel som angiver, at de har haft behov af, men ikke søgt hjælp

Indikatorer for implementering

- At der udvikles et system for monitorering af ulighed i brug af sundhedsydelser inkl. patientforløb og rehabilitering
- Geografisk fordeling af lægetæthed inkl. speciallægetæthed med hensyn til socioøkonomiske indikatorer
- Dækningsgrad af forebyggende tilbud
- Ressourcefordeling mellem somatik og psykiatri og mellem primær og sekundærsektor

Determinant 12: Det ekskluderende arbejdsmarked

I Danmark er ca. 25 % af befolkningen i den arbejdsføre alder på forskellige typer af overførselsindkomst og en stigende andel er på helbredsrelaterede ydelser. Uanset typer af overførselsindkomst er der en betydelig oversygelighed, særligt i psykiske lidelser. Stigende arbejdskrav og tegn til ubalance mellem krav og helbred i befolkningen er særligt tydeligt blandt kortuddannede.

Mål:

- At reducere social ulighed i risikoen for at forlade arbejdet på grund af nedsat arbejdsevne gennem reduktion af de helbredsproblemer, som leder til nedsat arbejdsevne og skabe mere fleksible arbejdskrav

Indsatser:

- # 12.1 Fysiske krav tilpasses det enkelte individ og har særlig stor betydning for individer, som har nedsat funktionsevne, nedsat psykisk helbreds særlig depression. Arbejdspladsens psykiske miljø er vigtigt for at fastholde personer med muskel-skelet besvær.
- # 12.2 Adgangen til forskellige typer af job med fleksible arbejdskrav (fleksjob mm) udvikles, ikke mindst for den store gruppe med nedsat psykisk velbefindende.
- # 12.3 Individuelle indsatser inden for rammen af den aktive arbejdsmarkedspolitik fokuserer på mulighed for videreuddannelse, også blandt dem som ikke har helt optimalt helbred.
- # 12.4 Flerstrengede indsatser fra virksomheder med jobtilpasning, socialfaglige indsatser fra jobcentrene og sundhedsfaglige indsatser fra egen læge og specialister. Der etableres en bedre koordination mellem behandlere, arbejdspladsen og evt. jobcenteret.
- # 12.5 Der sker en styrkelse af koordinerede og sammensatte interventioner, der har til formål at forbedre forebyggelse og behandlingen af angst og depression, med henblik på arbejdsfastholdelsen.
- # 12.6 Mulighederne for at dyrke fysisk aktivitet gøres let tilgængelige, specielt i forhold til at begrænse smerter i bevægeapparatet, og også i forhold til at forbedre depressionssymptomer.
- # 12.7 Særlig opmærksomhed på, at den gruppe som ikke opfylder de medicinske kriterier på førtidspension, men som samtidig er for psykisk og fysisk trætte til at klare arbejdslivets krav, har andre muligheder

Indikatorer for determinanten:

- Incidens af langvarigt sygefravær og førtidspension fordelt på uddannelse og diagnoser
- Andel af sygemeldte over 8 uger som er i arbejde efter 2 år fordelt på uddannelse og erhverv

Indikatorer for implementering

- Flerstrengede indsatser hvor beskæftigelsesindsatsen kombineres med en sundhedsfaglig indsats ikke mindst på det psykiske område.
- Antal fleksjob og andre arbejdspladser med fleksible arbejdskrav for personer med nedsat psykisk eller fysisk arbejdsevne

APPENDIX B

Ordliste

absolut ulighed	ulighed er ulighed målt som forskellen (differens) mellem grupper
afsavnsmetoden	en metode til definition af fattigdom som en række afsavn
aldersstandardiseret	aldersstandardisering er en metode der anvendes i analyser for at tage højde for eventuelle forskelle i de undersøgte gruppers alderssammensætning
Association	association refererer til en statistisk sammenhæng, der enten kan være kausal eller ikke-kausal
befolkningsstrategi	en forebyggelsesstrategi målrettet hele befolkningen og ikke bare udvalgte individer eller grupper
budgetmetoden	en metode til definition af fattigdom i forhold rådighedsbeløb sat op mod et standardbudget for en given husholdsstørrelse et givet år
chanceulighed	henviser til det fænomen, at der er forskellig sandsynlighed for at opnå en given social position afhængig af ens forældres uddannelse eller klassetilhørsforhold
Ko-morbiditet	eksisterende sygdom i tilgift til en hoveddiagnose
concentration index	et mål for relativ ulighed (forholdet mellem grupper) der tager hensyn til alle grupperne og deres størrelse
coping	coping drejer sig om hvordan individet håndterer et problem.
CSDH	Commission on the social determinants of health, WHO 2005-2008
DALY	DALY = disability adjusted life years. Et mål, der beregnes som en sum af antal år tabt i for tidlig død og langvarig begrænset sygdom. Dødeligheden beregnes som restlevetiden for hvert dødsfald og sygeligheden beregnes som antal nye sygdomstilfælde af hver diagnose multipliceret med varigheden og en funktionsvægt som varierer mellem 1 (død) og 0 (fuldt frisk). http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
decommodification score	et mål på socialpolitikens dækningsgrad i forhold til ældre, arbejdsløse og syge
determinant	en faktor der har en årsagsammenhæng med en anden faktor og som ligger forud i kausalitetskæden for denne.
differentiel effekt	der er tale om en differentiel effekt når samme indsats har forskellig effekt på forskellige grupper
differentiel eksponering	der er tale om differentiel eksponering, når forskellige grupper er udsat for en given faktor i varierende grad
differentiel implementering	der er tale om differentiel implementering, når samme indsats implementeres forskelligt i forskellige grupper
differentiel sårbarhed	der er tale om differentiel sårbarhed, når effekten af given eksponering varierer mellem grupper
differentielle konsekvenser	der er tale om differentielle konsekvenser, når samme sygdom eller skade har forskellige konsekvenser i form af overlevelse og funktionsevne i forskellige grupper
dosis-respons forhold	angiver, at der er tale om en sammenhæng mellem en given dosis af eksponering og en given sygdomsrisiko
eksperimentel evidens	viden frembragt ved eksperimentelle studier

eksperimentelt studie	eksperimentel undersøgelse, hvor en gruppe aktivt påføres en eksponering eller behandling, mens en anden gruppe ikke påføres nogen eksponering eller behandling
epidemiologi	videnskabelig disciplin der omfatter studiet af forekomst og årsager helbredsændringer i befolkningsgrupper
epidemiologisk evidens	viden frembragt ved epidemiologiske studier
forebyggende børneundersøgelser	tilbud om helbredsundersøgelser hos egen læge for børn i alderen 0-5 år, om børnevaccinationer, om skoleundersøgelser ved læge og sundhedsplejerske, samt ved besøg i hjemmet af sundhedsplejerske i barnets første leveår
forløbsundersøgelse	undersøgelse af en bestemt gruppe individer, der følges fra et bestemt starttidspunkt og frem i tiden
forventet restlevetid	forventet restlevetid ved en given alder beregnes ud fra de aktuelle aldersspecifikke mortalitetsrater, som om de ville være uændrede de næste 100 år. Middellevetiden er den forventede restlevetid for 0-årige
fødselskohorte	en bestemt persongruppe, som følges fra fødslen (inden for en bestemt tidsperiode) og frem i tiden
gate-keeper	udtryk benyttet om praktiserende læge, som angiver at denne er befolkningens første kontaktled i sundhedsvæsenet
Gini-koefficienten	mål for uligheden mellem individer i indkomst. Værdien 0 angiver komplet lighed, mens værdien 1 angiver maksimal ulighed – at en person har alle indkomster
gradient / social gradient	en social gradient i sundhed refererer til at associationen mellem individers sociale position og deres sygdomsrisiko går på tværs af hele befolkningen
helbredsrelaterede overførselsindkomster	overførselsindkomst som afhænger af helbredstilstand fx førtidspension, fleksjob, sygedagpenge, revalidering, skånejob
horisontal lighed	angiver at personer med samme behov behandles lige
højrisikostrategi	forebyggelsesstrategi målrettet individer i særlig høj risiko for den pågældende sygdom
incidens	incidens er et mål for hyppigheden af nyindtruffen sygdom i en bestemt population i et bestemt tidsrum
indikator	markør. Her anvendt som indikator for helbred, indikator for determinant eller indikator for implementering af indsatser
individorienteret indsats	forebyggelsesindsats der målrettes ændringer i individer, til forskel fra befolkningsorienteret indsats og strukturel indsats
induktionstid	tiden mellem en given eksponering og dets relaterede helbredsudfald
interaktion	angiver at effekten af en eksponering er afhængig af en anden eksponering. Også kendt som effektmodifikation
interventionstudie	undersøgelse af virkningen af en bestemt intervention
isostrain	kombination af høje krav, lav indflydelse og lav støtte
kompliance	god compliance angiver, at man følger lægens eller andre fagpersoners råd og behandling
kompositionel effekt	den samlede effekt af individkarakteristika i en befolkning
kontekstuel effekt	effekten af karakteristika ved området, som et individ befinder sig i
langvarig begrænsende sygdom	i Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne defineret som sygdom af mindst 6 måneders varighed som hæmmer personen i sine hverdagsudfoldelser
livsløbsperspektiv	angiver at fokus for undersøgelsen eller interventionen bredes til hele livsforløbet og ikke kun en enkelt periode

lokalsamfundsintervention	forebyggelsesindsats der målrettes lokalsamfundet som helhed og ikke blot enkelte individer
longitudinelt studie	undersøgelse af en bestemt gruppe individer, der følges fra et bestemt starttidspunkt og frem i tiden (svarer til forløbsundersøgelse)
massekampagne	kampagne målrettet hele befolkningen
medianindkomst	et statistisk tal, der angiver tærsklen mellem den halvdel af befolkningen der tjener mindst, og den halvdel af befolkningen der tjener mest
mediere /mediation	henviser til at sammenhængen mellem en given prædiktor og et udfald går gennem (medieres af) en tredje faktor
middellevetid	middellevetiden er den forventede restlevetid for 0-årige, givet at dødeligheden ikke ændrer sig over den 0-åriges livsforløb
mortalitetsratio	forholdet mellem dødeligheden i to forskellige grupper
multifaktoriel intervention	en forebyggelsesindsats der er rettet mod flere forskellige risikofaktorer samtidig
opfølgingsstudie	undersøgelse af en bestemt gruppe individer, der følges fra et bestemt starttidspunkt og frem i tiden (svarer til forløbsundersøgelse og longitudinelt studie)
ophobning	her anvendt i forbindelse med en ophobning af risikofaktorer, hvilket betyder at flere forskellige risikofaktorer er at finde hos samme individ
opportunistisk	angiver at screening eller helbredsundersøgelse udføres, når individet alligevel er hos lægen i anden forbindelse
overdødelighed	den del af en gruppes dødelighed der ligger over et gennemsnitsniveau eller en sammenlignelig gruppe
PISA undersøgelserne	skoleundersøgelser af børns boglige kompetencer udført af OECDs 'Programme for International Student Assessment'
population attributable fraction	den ætiologiske fraktion i befolkningen er den del af sygdomstilfældene i befolkningen der kan tilskrives en given eksponering
primær forebyggelse	forebyggelse, der har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå
primærsektor	den del af sundhedsvæsenet som ligger uden for hospitalet, og som borgerne i første række har kontakt med, dvs. praktiserende læger, tandlæger, sundhedsplejersker mfl.
priselasticitet	mål for styrken i efterspørgslen reaktion på prisændringer, defineret som den procentvise ændring i den efterspurgte mængde af en given vare ved en prisstigning på 1 %
prædiktor	en faktor, som kan bidrage til at forudsige et udfald. Ordet bruges især, når man ikke er sikker på, om der er tale om en kausal sammenhæng
prævalens	bestand / andel med en given egenskab – fx sygdom – på et givent tidspunkt
randomiserede studier	undersøgelser hvor der er trukket lod om hvem der skal indgå i hvilken studiegruppe, således at gruppeanvisning sker tilfældigt
referencegruppe	den gruppe der anvendes som sammenligningsgrundlag
relativ dødelighed	forholdet (kvoten) mellem dødeligheden i to forskellige grupper
relativ risiko	forholdet mellem risici i to forskellige grupper
relativ ulighed	ulighed målt som forholdet mellem grupper
relative mål	mål der angiver forholdet mellem grupper

risikofaktor	faktor, der øger sandsynligheden for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker
segregation/segregering	geografisk adskillelse
sekundær forebyggelse	forebyggelse, der har til formål at opspore og begrænse sygdom tidligst muligt
selektion	angiver, at bestemte karakteristika systematisk set er mere sandsynlige at finde i en gruppe frem for en anden gruppe
slope index of inequality	et mål for absolut ulighed (differensen mellem de som har den længste og den korteste uddannelse fx) og som tager hensyn til alle grupperne og deres størrelse
social stratificering	henviser til den hierarkiske sociale lagdeling i samfundet
socialt udsat	i denne rapport henviser socialt udsatte til personer, der er ramt af social eksklusion på flere dimensioner samtidig, dvs. både er ekskluderede fra arbejdsmarked, måske har mistet kontakt med familie, kan have svært ved at klare sig på boligmarkedet, og måske ikke har kvalificeret sig til de universelle sociale ydelser
SSP arbejde	samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi i forhold til unge
standardbudget	standardbudgettet er udarbejdet af Forbrugerstyrelsen (2001) og videreudviklet af Center for Alternativ Samfundsanalyse i forbindelse med definering af et minimumsleveforbrug
statistisk sammenhæng	sammenhæng der støttes af statistisk test
statistisk signifikant	henviser til at sammenhængen støttes af statistisk test
strukturel forebyggelse/indsats	forebyggende indsatser som gør brug af økonomiske, lovgivningsmæssige, fysisk og sociale virkemidler
Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne (SUSY)	befolkningsundersøgelser udført af Statens Institut for Folkesundhed. Spørgeskemaundersøgelserne i den brede befolkning er udført i 1987, 1994, 2000 og 2005 og 2010. SUSY UDSAT blev udført på forskellige væresteder for socialt udsatte i 2007
sundhedsadfærd	sundhedsadfærd forstås som den adfærd, der har indvirkning på eller betydning for den enkelte persons sundhed og helbred
søskendestudie	studier, hvor variationen i et givent udfald undersøges blandt søskende med varierende risikofaktorer. Ved at anvende søskende frem for tilfældige individer udnyttes den information der ligger i, hvad søskende har til fælles, fx gener, opvækstvilkår, etc.
telomer	DNA-streng der sidder på hver ende af et kromosom
tvillingstudier	studier, hvor variationen i et givent udfald undersøges blandt tvillinger som mere eller mindre fælles arvmasse, og opvækstvilkår, men senere har været udsat for varierende eksponeringer
tværsnitsdesign	undersøgelserdesign der indebærer samtidig indhentning af information om eksponering og udfald
universalitet	henviser her til et lighedsbærende princip i det danske velfærdssamfund, der tillader alle i landet samme ret til offentlige ydelser
universel forebyggelse	forebyggelsesindsats der er målrettet hele befolkningen
vertikal lighed	henviser her til princippet i sundhedsvæsenet om behandling efter behov, og at de med størst behov skal prioriteres
ætiologisk fraktion	den del af sygdomstilfældene, der kan tilskrives en given eksponering

Referenceliste

Reference List

1. Mogensen GV. Det danske velfærdssamfunds historie. Tiden efter 1970. Gyldendal; 2010.
2. Tudor Hart J. The Political Economy of Health Care. 2nd ed. Bristol: The Policy press; 2010.
3. Christensen, Vagn. Boligforhold og børnesygelighed, en undersøgelse af hospitalsindlæggelsen under forskellige boligforhold [Housing conditions and children morbidity]. Copenhagen: Munksgård; 1956.
4. Lykketoft M. Kravet om lighed. En redegørelse for ulighederne i vort samfund – og forslag til en politisk strategi, der kan skabe større lighed. Fremad; 1973.
5. Lavindkomstkommissionen. 1981.
6. Hansen EJ. Fordelingen af levekårene. SFI; 1978.
7. Johansson S. Låginkomstutredningen. Stockholm: Allmänna Förlaget.; 1970.
8. Norges Offentlige Utredninger. Levekårsundersøkelsen. 1976:28. Oslo: Universitetsforlaget; 1976.
9. Holt P. Lavindkomstkommissionen. Arbejdsnotat 3: Fordelingen af arbejdsvilkår og sundhedsforhold for lønmodtagere. København: Lavindkomstkommissionens sekretariat; 1979.
10. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P, Blume S, Forsdick AJ et al. The Black Report. Inequalities and Health. Department of Health and Social Security, UK.; 1980.
11. Rose G, Marmot M. Social class and coronary heart disease. *British Heart Journal* 1981; 45:13-19.
12. Diderichsen F. Klass och ohälsa. Stockholm: Tidens Forlag; 1991.
13. Andersen O. Dødelighed og erhverv 1970-80. Danmarks Statistik; 1985.
14. Vagero D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. *Lancet* 1989; 2(8653):35-36.
15. Dahlgren G, Diderichsen F: Sweden Country Paper. i Köhler L, Martin J (eds): *Inequality in Health and Health Care*. Nordic School of Public Health. Report 1985:5.
16. Ingerslev O, Madsen M, Andersen O. Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark. *Middellevetidsudvalgets redegørelser* 1994; 3.

17. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Forebyggelseskommissionen; 2009.
18. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001.
19. Sachs J. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. World Health Organization; 2001.
20. Mackenbach JP. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. EU Health and Consumer Protection Directorate; 2007.
21. Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Margaret. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. UK: The Stationary Office; 1998.
22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
23. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J et al. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. 2010.
24. Regeringen. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. 1999.
25. Regeringen. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. 2002.
26. Regeringen. Sundhedspakke 09. 2009.
27. Shkolnikov VM, Andreev EM, Jdanov DA, Jasilionis D, Kravdal O, Vagero D et al. Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971-2000. *J Epidemiol Community Health* 2011.
28. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 2003; 32(5):830-837.
29. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008; 358(23):2468-2481.
30. Bambra C. Cash Versus Services: 'Worlds of Welfare' and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services. *Journal of Social Policy* 2005; 34(2):195-213.

31. Hurrelmann K, Rathmann K, Richter M. Health Inequalities and welfare state regimes. A research note. *Journal of Public Health* 2011; 19:3-13.
32. Wilkinson RG, Pickett K. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Penguin; 2009.
33. Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Q* 2004; 82(1):5-99.
34. Karlsson M, Nilsson T, Lyttkens CH, Leeson G. Income inequality and health: importance of a cross-country perspective. *Soc Sci Med* 2010; 70(6):875-885.
35. Backlund E, Rowe G, Lynch J, Wolfson MC, Kaplan GA, Sorlie PD. Income inequality and mortality: a multilevel prospective study of 521 248 individuals in 50 US states. *Int J Epidemiol* 2007; 36(3):590-596.
36. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *Am J Public Health* 2008; 98(4):699-704.
37. Eikemo TA, Bambra C, Joyce K, Dahl E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health* 2008; 18(6):593-599.
38. Eikemo TA, Huisman M, Bambra C, Kunst AE. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociol Health Illn* 2008; 30(4):565-582.
39. Lundberg O. Politics, public health and pessimism: should we take studies on welfare states and public health further? A commentary on Tapia Granados. *Soc Sci Med* 2010; 71(5):851-852.
40. Anand S. The concern for equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(7):485-487.
41. Sen A. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
42. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362(9378):111-117.
43. Kangas O, Palme J. Making social policy work for economic development: the Nordic experience. *International Journal of Social Welfare* 2009; 18(Supplement 1):S62-S72.
44. Hede A. Er sundhed et personligt valg? -et debatoplæg om forebyggelse i Danmark. *Mandag Morgen*; 2006.
45. Kangas O. One hundred years of money, welfare and death: mortality, economic growth and the development of the welfare state in 17 OECD countries 1900-2000. *International Journal of Social Welfare* 2010; 19(Supplement 1):S42-S59.

46. Vallgarda S. Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy* 2008; 85(1):71-82.
47. Korpi W, Palme J. The paradox of redistribution and strategies of equality: welfare state institutions, inequality, and poverty in the western countries. *American Sociological Review* 1998; 63(5):661-687.
48. Sen A. Inequality reexamined. Boston: Harvard University Press; 1992.
49. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action*. 1 ed. Oxford: OUP; 2001. 12-23.
50. Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, Lynch J. Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. *Milbank Q* 2010; 88(1):4-29.
51. Diderichsen F. Ulighed i sundhed – et skæringspunkt mellem etik, epidemiologi og politik. In: Vallgarda S, Koch L, editors. *Forskelle og lighed i sundhed og sygdom*. Munksgaard; 2006. 29-42.
52. Johansen A, Holstein BE, Nybo Andersen AM, et.al. Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
53. Mortensen LH, Diderichsen F, Arntzen A, Gissler M, Cnattingius S, Schnor O et al. Social inequality in fetal growth: a comparative study of Denmark, Finland, Norway and Sweden in the period 1981-2000. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(4):325-331.
54. Petersen CB, Mortensen LH, Morgen CS, Madsen M, Schnor O, Arntzen A et al. Socio-economic inequality in preterm birth: a comparative study of the Nordic countries from 1981 to 2000. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2009; 23(1):66-75.
55. Bronnum-Hansen H, Baadsgaard M. Increase in social inequality in health expectancy in Denmark. *Scand J Public Health* 2008; 36(1):44-51.
56. Nordentoft M, Wandall-Holm NE. [10-year follow-up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen]. *Ugeskr Laeger* 2004; 166(18):1679-1681.
57. Indvandrere i Danmark 2010. Danmarks Statistik; 2010.
58. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AM. Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981-2003. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63(2):106-112.
59. Villadsen SF, Sievers E, Andersen AM, Arntzen A, Audard-Mariller M, Martens G et al. Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. *Eur J Public Health* 2010; 20(5):530-535.

60. Hempler NF. Cardiovascular disease by country of birth. PhD-thesis. Copenhagen University; 2010.
61. Kjoller M, Rasmussen NK. Danish Health and Morbidity Survey 2005 ... & trends since 1987 – with English summary and legends. [Sundhed og sygelighed i Danmark 2006 og udviklingen siden 1987]. 2006.
62. Bronnum-Hansen H, Davidsen M. Social differences in the burden of long-standing illness in Denmark. *Soz Praventivmed* 2006; 51(4):221-231.
63. Hackman DA, Farah MJ. Socioeconomic status and the developing brain. *Trends Cogn Sci* 2009; 13(2):65-73.
64. Pillas D, Suhrcke M. Assessing the potential or actual impact on health and health inequalities of policies aiming to improve Early Child Development in England. 2009.
65. Maggi S, Irwin LG, Siddiqi A, Poureslami I, Hertzman E, Hertzman C. Knowledge Network for Early Child Development. Analytic and Strategic Review Paper: International Perspectives on Early Child Development. World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health; 2005.
66. Mathiasen R, Hansen BM, Nybo Anderson AM, Greisen G. Socio-economic achievements of individuals born very preterm at the age of 27 to 29 years: a nationwide cohort study. *Dev Med Child Neurol* 2009; 51(11):901-908.
67. Morgen CS, Bjork C, Andersen PK, Mortensen LH, Nybo Andersen AM. Socioeconomic position and the risk of preterm birth-a study within the Danish National Birth Cohort. *Int J Epidemiol* 2008; 37(5):1109-1120.
68. Mortensen LH, Diderichsen F, Smith GD, Andersen AM. The social gradient in birthweight at term: quantification of the mediating role of maternal smoking and body mass index. *Hum Reprod* 2009; 24(10):2629-2635.
69. Cohen S, Janicki-Deverts D, Chen E, Matthews KA. Childhood socioeconomic status and adult health. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1186:37-55.
70. Galobardes B, Lynch JW, Davey SG. Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation. *Epidemiol Rev* 2004; 26:7-21.
71. Kuh D, Bassey J, Hardy R, Aihie SA, Wadsworth M, Cooper C. Birth weight, childhood size, and muscle strength in adult life: evidence from a birth cohort study. *Am J Epidemiol* 2002; 156(7):627-633.
72. Johansen A, Jespersen LN, Davidsen M, Michelsen SI, Morgen CS, Helweg-Larsen K et al. Danske børns sundhed og sygelighed. Statens Institut for Folkesundhed; 2009.
73. Laursen B, Nielsen JW. Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries. *Eur J Public Health* 2008; 18(4):366-370.

74. Kjoller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007 [Public Health Report, Denmark]. Copenhagen: National Institute of Public Health Science; 2007.
75. Laursen B, Terp Nielsen L, Christensen PH, Møller H, Frimodt-Møller B. Børneulykker i Danmark. En registerbaseret analyse. Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
76. Ottosen MH, Andersen D, Palmhøj Nielsen L, Lausten M, Stage S. Børn og Unge i Danmark. Velfærd og Trivsel. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2010.
77. Braveman P, Barclay C. Health disparities beginning in childhood: a life-course perspective. *Pediatrics* 2009; 124 Suppl 3:S163-S175.
78. Graham H, Power C. Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research. *Child Care Health Dev* 2004; 30(6):671-678.
79. Lawlor DA, Ebrahim S, Davey SG. Association between self-reported childhood socioeconomic position and adult lung function: findings from the British Women's Heart and Health Study. *Thorax* 2004; 59(3):199-203.
80. Lawlor DA, Sterne JA, Tynelius P, Davey SG, Rasmussen F. Association of childhood socioeconomic position with cause-specific mortality in a prospective record linkage study of 1,839,384 individuals. *Am J Epidemiol* 2006; 164(9):907-915.
81. Power C, Atherton K, Strachan DP, Shepherd P, Fuller E, Davis A et al. Life-course influences on health in British adults: effects of socio-economic position in childhood and adulthood. *Int J Epidemiol* 2007; 36(3):532-539.
82. Smith GD, Hart C, Blane D, Hole D. Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study. *BMJ* 1998; 316(7145):1631-1635.
83. Andersen AM, Osler M. Birth dimensions, parental mortality, and mortality in early adult age: a cohort study of Danish men born in 1953. *Int J Epidemiol* 2004; 33(1):92-99.
84. Kristensen P, Gravseth HM, Bjerkedal T. Influence of early life factors on social inequalities in psychiatric outcomes among young adult Norwegian men. *Eur J Public Health* 2010; 20(5):517-523.
85. Osler M, Nordentoft M, Andersen AM. Childhood social environment and risk of drug and alcohol abuse in a cohort of Danish men born in 1953. *Am J Epidemiol* 2006; 163(7):654-661.
86. Osler M, Lund R, Kriebaum M, Andersen AM. The influence of birth weight and body mass in early adulthood on early coronary heart disease risk among Danish men born in 1953. *Eur J Epidemiol* 2009; 24(1):57-61.

87. Osler M, Madsen M, Nybo Andersen AM, Avlund K, McGue M, Jeune B et al. Do childhood and adult socioeconomic circumstances influence health and physical function in middle-age? *Soc Sci Med* 2009; 68(8):1425-1431.
88. Maggi S, Irwin LJ, Siddiqi A, Hertzman C. The social determinants of early child development: an overview. *J Paediatr Child Health* 2010; 46(11):627-635.
89. Christoffersen MN, Soothill K. The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2003; 25:107-116.
90. Rojas Y, Stenberg SA. Early life circumstances and male suicide--a 30-year follow-up of a Stockholm cohort born in 1953. *Soc Sci Med* 2010; 70(3):420-427.
91. Klein H, Elifson KW, Sterk CE. Childhood neglect and adulthood involvement in HIV-related risk behaviors. *Child Abuse Negl* 2007; 31(1):39-53.
92. Yanos PT, Czaja SJ, Widom CS. A prospective examination of service use by abused and neglected children followed up into adulthood. *Psychiatr Serv* 2010; 61(8):796-802.
93. Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron JL, Shonkoff JP. Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2006; 103(27):10155-10162.
94. Meier Jæger M, Munk MD, Ploug N. Ulighed og livsløb. Analyser af betydningen af social baggrund. Socialforskningsinstituttet; 2003.
95. Ploug N. Social Arv. Sammenfatning 2005. Socialforskningsinstituttet; 2005.
96. Christensen E. 7 års børneliv. Velfærd, sundhed og trivsel hos børn født i 1995. Socialforskningsinstituttet; 2004.
97. Mattsson C, Hestbæk A-D, Andersen AR. 11-årige børns hverdagsliv og trivsel. Resultater fra SFIs forløbsundersøgelser af årgang 1995. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2008.
98. Feinstein L, Duckworth K. Development in the early years: its importance for school performance and adult outcomes. Centre for Research on the Wider Benefits of Learning; 2006.
99. Vielwerth SE, Jensen RB, Larsen T, Greisen G. The impact of maternal smoking on fetal and infant growth. *Early Hum Dev* 2007; 83(8):491-495.
100. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000; 71(5 Suppl):1280S-1284S.
101. Domingues MR, Matijasevich A, Barros AJ. Physical activity and preterm birth: a literature review. *Sports Med* 2009; 39(11):961-975.

102. Boggess KA. Pathophysiology of preterm birth: emerging concepts of maternal infection. *Clin Perinatol* 2005; 32(3):561-569.
103. Stables D, Rankin D. *Physiology in Childbearing*. Elsevier; 2010.
104. Jefferis BJ, Power C, Hertzman C. Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study. *BMJ* 2002; 325(7359):305.
105. Power C, Jefferis BJ, Manor O, Hertzman C. The influence of birth weight and socioeconomic position on cognitive development: Does the early home and learning environment modify their effects? *J Pediatr* 2006; 148(1):54-61.
106. Christensen E. Det 3-årige barn. Rapport nr.3 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. Socialforskningsinstituttet; 2000.
107. Werner EE, Smith RS. *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery*. 2001.
108. Egelund T, Hestbæk A, Andersen D. Små børn anbragt uden for hjemmet. En forløbsundersøgelse af børn født i 1995. 04:17 ed. SFI; 2011.
109. Evans GW, Kim P. Childhood poverty and health: cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psychol Sci* 2007; 18(11):953-957.
110. Deding M, Gerstoft F. Børnefattigdom i Danmark 2002-2006. Red Barnet og Det Nationale Forsningscenter for Velfærd; 2009.
111. OECD. *Doing Better for Children*. OECD; 2009.
112. UNICEF. *The child care transition*. Report Card 8 ed. UNICEF Innocenti Research Centre; 2008.
113. Young ME, Richardson LM. *Early Child Development. From Measurement to Action. A Priority for Growth and Equity*. Washington, D.C.: The World Bank; 2007.
114. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science* 2006; 312(5782):1900-1902.
115. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* 2010.
116. Hansen H, Rasmussen N, Hansen FK. *Investeringer i tidlige sociale indsatser – samfundsøkonomiske beregninger af indsatser i forhold til udsatte børn og unge*. CASA; 2010.
117. Conti G, Heckman JJ. Understanding the early origins of the education-health gradient: a framework that can also be applied to analyze gene-environment interactions. *Perspect Psychol Sci* 2010; 5(5):585-605.
118. Mackenbach JP. Has the English strategy to reduce health inequalities failed? *Soc Sci Med* 2010; 71(7):1249-1253.

119. Villar J, Bergsjø P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(1):1-14.
120. Langhoff-Roos J, Kesmodel U, Jacobsson B, Rasmussen S, Vogel I. Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. *BMJ* 2006; 332(7547):937-939.
121. Juhl M, Morgen CS, Nybo Andersen A-M. Kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge 2005. Statens Institut for Folkesundhed; 2005.
122. Michelsen SI, Kastanje M, Meulengracht Flachs E, Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Madsen M et al. Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis 2007. Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
123. Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Michelsen SI, Schnor O, Andersen AM. Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26(1):5-11.
124. Campbell FA, Ramey CT, Pungello EP, Sparling J, Miller-Johnsen S. Early Childhood Education: Young Adult Outcomes from the Abecedarian Project. *Appl Dev Sci* 2002; 6:42-57.
125. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J et al. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *Am J Prev Med* 2003; 24(3 Suppl):32-46.
126. Melhuish E, Belsky J, Leyland AH, Barnes J. Effects of fully-established Sure Start Local Programmes on 3-year-old children and their families living in England: a quasi-experimental observational study. *Lancet* 2008; 372(9650):1641-1647.
127. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early Childhood Interventions. Proven Results, Future Promise. RAND. Labour and Population; 2005.
128. D'Onise K, McDermott RA, Lynch JW. Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review. *Public Health* 2010; 124(9):500-511.
129. Gustafsson J-E, Westling AM, Åkerman AB, Eriksson C, Eriksson L, Fischbein S et al. School, Learning and Mental Health. A systematic review. Kungl. Vetenskapsakademien; 2010.
130. Undervisningsministeriet. Tal, der taler 2009. 2009.
131. Rambøll. Analyse af 15-17-årige uden igangværende uddannelse. Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland; 2011.
132. Bingley P, Christensen K, Jensen VM. Parental schooling and child development: learning from twin parents. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2009.

133. Olsen Lars. Den nye ulighed. Gyldendal; 2007.
134. Jensen UH, Pilegaard Jensen T. Unge uden uddannelse. Hvem er de, og hvad kan der gøres for at få dem igang? Socialforskningsinstituttet; 2005.
135. Andersen D. Anbragte børns undervisning. Sammenfatning af tre delrapporter. Det National Forskningscenter for Velfærd; 2008.
136. Nielsen AM, Fink-Jensen K, Ringsmose C. Skolen og den sociale arv. 05:07. Socialforskningsinstituttet; 2005.
137. Humlum MK, Pilegaard Jensen T. Frafald på de erhvervsfaglige uddannelser. Hvad karakteriserer de frafaldstruede unge? Anvendt Kommunalforskning; 2010.
138. Schultz Jørgensen P, Ertmann B, Egelund N, Hermann D. Risikobørn. Hvem er de – hvad gør vi? Det Tværministerielle Børneudvalg. Socialministeriet; 1993.
139. Danmarks Statistik. Udsatte børn og unge 2007. Med temaafsnit om kriminalitet blandt 10-14-årige. Danmarks Statistik; 2010.
140. Hald Andersen S, Ebsen F, Ejrnæs M, Ejrnæs M, Fallesen P, Frederiksen S. Når man anbringer et barn. Baggrund, stabilitet i anbringelsen og det videre liv. Syddansk Universitetsforlag; 2010.
141. Husted L, Mehlbye J. Døgnanbragte børn får sjældent en uddannelse. 2009.
142. Christoffersen MN, Poulsen HD, Nielsen A. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(5):350-358.
143. Pless M, Katznelson N. Unges veje mod ungdomsuddannelserne. Tredje rapport om unges uddannelsesvalg og overgang fra grundskole til ungdomsuddannelse og arbejde. Center for Ungdomsforskning; 2007.
144. Katznelson N, Murning S, Pless M. Vejen mod de 95 %. En erfaringsopsamling fra projektet Ungdomsuddannelse til alle. Center for Ungdomsforskning; 2010.
145. Esping-Andersen G. Untying the Gordian Knot of Social Inheritance. *Research in Social Stratification and Mobility* 2004; 21:115-139.
146. Rangvid BS. Do Schools Matter? The influence of School Inputs on Student Performance and Outcomes. Department of Economics. Aarhus School of Business; 2003.
147. UNICEF. A league table of educational disadvantage in rich nations. *Innocenti Report Card* 2002; 4.

148. Pilegaard Jensen T, Husted L, Kamstrup AK, Haselmann S, Møller Dugaard S. Unges frafald på erhvervsskolerne. Hvad gør de “gode skoler”. Anvendt kommunalforskning; 2009.
149. Statens Institut for Folkesundhed. Ugens Tal for Folkesundhed, Uge 3 2010. 2010.
150. Kramer MR, Hogue CR. Is segregation bad for your health? *Epidemiol Rev* 2009; 31:178-194.
151. Friedrichs J, Galster G, Musterd S. Neighbourhood effects on social opportunities: The European and American research and policy context. *Housing Studies* 2003; 18(6):797-806.
152. Andersson R, Musterd S. What scale matters? Exploring the relationships between individuals’ social position, neighbourhood context and the scale of neighbourhood. *Human Geography* 2010; 92(1):23-43.
153. Galster G, Andersson R, Musterd S. Who Is Affected by Neighbourhood Income Mix? Gender, Age, Family, Employment and Income Differences . *Urban Studies* 2010; 47(14):2915-2944.
154. Andersson R, Bråmås Å, Holmqvist E. Counteracting Segregation: Swedish Policies and Experiences. *Housing Studies* 2010; 25(2):237-256.
155. Galster GC. The mechanisms og Neighborhood Effects – Theory, Evidence and Policy Implications. Paper at ESRC-seminar 2010. Paper at ESRC-seminar 2010; 2010.
156. Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1186:125-145.
157. Cubbin C, Sundquist K, Ahlen H, Johansson SE, Winkleby MA, Sundquist J. Neighborhood deprivation and cardiovascular disease risk factors: protective and harmful effects. *Scand J Public Health* 2006; 34(3):228-237.
158. Stjarne MK, Fritzell J, De Leon AP, Hallqvist J. Neighborhood socioeconomic context, individual income and myocardial infarction. *Epidemiology* 2006; 17(1):14-23.
159. Murray ET, Diez Roux AV, Carnethon M, Lutsey PL, Ni H, O’Meara ES. Trajectories of neighborhood poverty and associations with subclinical atherosclerosis and associated risk factors: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Am J Epidemiol* 2010; 171(10):1099-1108.
160. Sundquist K, Theobald H, Yang M, Li X, Johansson SE, Sundquist J. Neighborhood violent crime and unemployment increase the risk of coronary heart disease: a multilevel study in an urban setting. *Soc Sci Med* 2006; 62(8):2061-2071.
161. Dragsbo P. Hvem opfandt parcelhuskvarteret? Forstaden har en historie. Museum Sønderjylland & Dansk Center for Byhistorie; 2008.

162. Skifter Andersen H. Urban Sores. On the interaction between segregation, urban decay and deprived neighbourhoods. Ashgate; 2003.
163. Hummelgaard H, Husted L. Social og etnisk bestemt bosætning. Årsager og konsekvenser. Anvendt Kommunalforskning; 2001.
164. Skifter Andersen H, Kielgast L. De syv første kvarterløft. Sammenfattende evaluering af udviklingen 1997-2002. Statens Byggeforskningsinstitut; 2003.
165. Bolt G. Combating residential segregation of ethnic minorities in European cities. *J Hous and the Built Environ* 2009; 24:397-405.
166. Skifter Andersen H. Bo sammen eller spredt? Etniske minoriteters boligønsker og motiver for bosætning. 17 ed. Statens Byggeforskningsinstitut; 2006.
167. Holmqvist E, Bergsten Z. Swedish social mix policy: a general policy without an explicit ethnic focus. *J Hous and the Built Environ* 2009; 24:477-490.
168. Skifter Andersen H. Byudvalgets indsats 1993-98. Sammenfattende evaluering. Statens Byggeforskningsinstitut; 1999.
169. Andersen HS. Can deprived housing areas be revitalised? Efforts against segregation and neighbourhood decay in Denmark and Europe. *Urban Studies* 2002; 39(4):767-790.
170. Briggs X. The Geography of opportunity. Washington: Brookings Institution Press.; 2005.
171. van Gent WPC, Musterd S, Ostendorf W. Disentangling neighbourhood problems: area-based interventions in Western European cities. *Urban Research & Practice* 2009; 2(1):53-67.
172. Andersen HS. Can deprived housing areas be revitalised? Efforts against segregation and neighbourhood decay in Denmark and Europe. *Urban Studies* 2002; 39(4):767-790.
173. Mitchell DE, Batie M, Mitchell RE. The contributions of school desegregation to housing integration: case studies in two large urban areas. *Urban Education* 2010; 45(2):166-193.
174. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey SG. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):7-12.
175. Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomaki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(4):327-332.
176. Ecob R, Smith GD. Income and health: what is the nature of the relationship? *Soc Sci Med* 1999; 48(5):693-705.

177. Fritzell J, Neramo M, Lundberg O. The impact of income: assessing the relationship between income and health in Sweden. *Scand J Public Health* 2004; 32(1):6-16.
178. Geyer S, Hemstrom O, Peter R, Vagero D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(9):804-810.
179. Torssander J, Erikson R. Stratification and mortality – a comparison of education, class, status, and income. *European Sociological Review* 2009; 26:465-474.
180. Daly MC, Duncan GJ, McDonough P, Williams DR. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am J Public Health* 2002; 92(7):1151-1157.
181. Erikson R, Torssander J. Marital partner and mortality: the effects of the social positions of both spouses. Swedish Institute for Social Research; 2009.
182. Mackenbach JP, Martikainen P, Looman CW, Dalstra JA, Kunst AE, Lahelma E. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *Int J Epidemiol* 2005; 34(2):286-293.
183. Aberg YM, Lundberg O, Burstrom B. On the importance of internalized consumption norms for ill health. *Scand J Public Health* 2006; 34(1):76-82.
184. Morris JN, Donkin AJ, Wonderling D, Wilkinson P, Dowler EA. A minimum income for healthy living. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(12):885-889.
185. Rådet for Socialt Udsatte m.fl. En Dansk Fattigdomsgrænse. 2010.
186. Hansen FK, Hussain MA. Konsekvensen af de laveste sociale ydelser – forsørgelsesgrundlag og afsavn. CASA; 2009.
187. Johansen A, Højland M, Hansen H. Flygtninge på langvarig starthjælp. Center for Alternativ Samfundsanalyse; 2011.
188. Luxembourg Incomes Study, working paper 458. 2007.
189. Hansen FK. Fattigdom i EU -landene. CASA; 2010.
190. Hansen FK, Hansen H, Hussain MA. Personer og familier med de laveste ydelser som forsørgelsesgrundlag – en registerundersøgelse. CASA; 2009.
191. Dahl E. Arbeid, helse og social ulikhet. Oslo: Helsedirektoratet.; 2010.
192. Bambra C, Eikemo TA. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63(2):92-98.

193. Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 1996; 348(9032):909-912.
194. Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. *BMJ* 1996; 313(7055):445-449.
195. Korpi T. Accumulating Disadvantage. Longitudinal Analyses of Unemployment and Physical Health in Representative Samples of the Swedish Population. *European Sociological Review* 2001; 17(3):255-273.
196. Bartley M, Ferrie JE, Montgomery SM. Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment, and job insecurity. In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social Determinants of Health*. 2 ed. OUP; 2006. 78-96.
197. Lundin A, Lundberg I, Hallsten L, Ottosson J, Hemmingsson T. Unemployment and mortality--a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64(1):22-28.
198. Mäki N, Martikainen PT. A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women during different levels of unemployment in Finland. *J Epidemiol Community Health* 2010.
199. Hammarstrom A. Health consequences of youth unemployment--review from a gender perspective. *Soc Sci Med* 1994; 38(5):699-709.
200. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ* 1995; 153(5):529-540.
201. Paul KL, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 2009; 74:264-82.
202. Rugulies R, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Job insecurity and the use of antidepressant medication among Danish employees with and without a history of prolonged unemployment: a 3.5-year follow-up study. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64(1):75-81.
203. Kriegbaum M, Christensen U, Osler M, Lund R. Excessive drinking and history of unemployment and cohabitation in Danish men born in 1953. *Eur J Public Health* 2010.
204. Kriegbaum M, Larsen AM, Christensen U, Lund R, Osler M. Reduced probability of smoking cessation in men with increasing number of job losses and partnership breakdowns. *J Epidemiol Community Health* 2010.
205. Nylén L, Voss M, Floderus B. Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry. *Occup Environ Med* 2001; 58(1):52-57.

206. Voss M, Nylen L, Floderus B, Diderichsen F, Terry PD. Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health* 2004; 94(12):2155-2161.
207. Lindegaard H. Does Unemployment Really Kill? Social Science Research Network & Anvendt Kommunal Forskning; 2010.
208. Agerbo E. Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(7):598-602.
209. Iversen L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 295(6603):879-884.
210. Eliason M, Storrie D. Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc Sci Med* 2009; 68(8):1396-1406.
211. Weber A, Lehnert G. Unemployment and cardiovascular diseases: a causal relationship? *Int Arch Occup Environ Health* 1997; 70(3):153-160.
212. Arber S. Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in health debate. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 294(6579):1069-1073.
213. Christensen U, Schmidt L, Kriegbaum M, Hougaard CO, Holstein BE. Coping with unemployment: does educational attainment make any difference? *Scand J Public Health* 2006; 34(4):363-370.
214. Madsen PK. The Danish model of 'flexicurity': experiences and lessons. *Eur Rev Labour Research* 2004; 10:187-207.
215. Larsen JE. Forståelser af begrebet social udsathed. Udsat for forståelse. Antologi om socialt udsatte. København: Rådet for Socialt Udsatte; 2009.
216. Benjaminsen L. Hjemløshed i Danmark 2009. National Kortlægning. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2009.
217. Sociale ydelser set i et fattigdomsperspektiv. Rådets småskriftsserie. Rådet for Socialt Udsatte; 2003.
218. Pedersen PV, Christensen A.I., Hesse U, Curtis T. SUSY UDSAT – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007. Rådet for Socialt Udsatte & Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
219. Pedersen PV. Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelser af eget liv og sundhed. Rådet for Socialt Udsatte & Statens Institut for Folkesundhed; 2009.
220. Larsen JE. Lige muligheder og socialt udsatte. In: Holtug N, Lippert-Rasmussen K, editors. Lige muligheder for alle. Social arv, kultur og retfærdighed. Nyt fra Samfundsvidenskaberne; 2009. 151-172.

221. Årsrapport 2010. Rådet for Socialt Udsatte; 2010.
222. Järvinen M. Institutionalised resignation – on the development of the Danish treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2002; 19:5-17.
223. Videnscenter for socialpsykiatri. Evaluering af Støtte- og kontaktpersonordning (SKP) i mindre kommuner og på området sindslidende med etnisk minoritetsbaggrund. Videnscenter for socialpsykiatri & Socialt udviklingscenter; 2004.
224. Brünés N. Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. Projekt Udenfor; 2007.
225. Raaschou-Nielsen O, Bak H, Sorensen M, Jensen SS, Ketznel M, Hvidberg M et al. Air pollution from traffic and risk for lung cancer in three Danish cohorts. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(5):1284-1291.
226. Sigsgaard T, Loft S. Luftforurening. In: Bonde JP, editor. Miljø og arbejdsmedicin. FaDLs Forlag; 2010.
227. Deguen S, Zmirou-Navier D. Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality – A European review. *Eur J Public Health* 2010; 20(1):27-35.
228. O'Neill MS, Jerrett M, Kawachi I, Levy JI, Cohen AJ, Gouveia N et al. Health, wealth, and air pollution: advancing theory and methods. *Environ Health Perspect* 2003; 111(16):1861-1870.
229. Dano AM. Road injuries and long-run effects on income and employment. *Health Econ* 2005; 14(9):955-970.
230. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Socioeconomic aspects of fractures within universal public healthcare: a nationwide case-control study from Denmark. *Scand J Public Health* 2006; 34(4):371-377.
231. Laflamme L, Diderichsen F. Social differences in traffic injury risks in childhood and youth—a literature review and a research agenda. *Inj Prev* 2000; 6:293-298.
232. Laflamme L, Hasselberg M, Burrows S. 20 Years of Research on Socio-economic Inequality and Children's-Unintentional Injuries Understanding the Cause-Specific Evidence at Hand. Review Article. *International Journal of Pediatrics* 2010.
233. Thomas F. Compilation of 34 traffic safety measures. VTI Rapport 577. Linköping, 2007.
234. Marks R. Hip fracture epidemiological trends, outcomes, and risk factors, 1970-2009. *Int J Gen Med* 2010; 3:1-17.
235. Andersen Otto, Laursen Lisbeth, Petersen Jørn Korsbø. Dødelighed og erhverv 1996-2005 med et tilbageblik til 1970. Danmarks Statistik; 2009.

236. Hannerz H, Tuchsén F, Holbæk PB, Dyreborg J, Rugulies R, Albertsen K. Work-relatedness of mood disorders in Denmark. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35(4):294-300.
237. Tuchsén F, Mikkelsen KL, Hannerz H, Poulsen OM, Bach E. Work environment and somatic hospital admissions in Denmark 1994-1999. *Sci Total Environ* 2004; 328(1-3):287-294.
238. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Vaananen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32(6):431-442.
239. Eller NH, Netterstrom B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev* 2009; 17(2):83-97.
240. Siegrist J, Rodel A. Work stress and health risk behavior. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32(6):473-481.
241. Allesøe K, Hundrup YA, Thomsen JF, Osler M. Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: the Danish Nurse Cohort Study. *Occup Environ Med* 2010; 67(5):318-322.
242. Bonde JP, Munch-Hansen T, Agerbo E, Suadicani P, Wieclaw J, Westergaard-Nielsen N. Job strain and ischemic heart disease: a prospective study using a new approach for exposure assessment. *J Occup Environ Med* 2009; 51(6):732-738.
243. Borg V, Andersen Nexø M, Kolte IV, Friis Andersen M. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2010.
244. Kolstad HA, Hansen AM, Kaergaard A, Thomsen JF, Kaerlev L, Mikkelsen S et al. Job strain and the risk of depression: is reporting biased? *Am J Epidemiol* 2011; 173(1):94-102.
245. Mortensen OS, Hviid Andersen J, Ektor-Andersen J, Eriksen HR, Fallentin N, Frost P et al. Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2008.
246. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol* 2004; 14(1):13-23.
247. Macdonald W, Evans O. Research on the Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders. Stage 1 – Literature Review. Australian Safety and Compensation Council. Australian Government; 2006.
248. Kristensen TS, Borg V, Hannerz H. Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. *Scand J Public Health* 2002; 30(suppl 59):41-48.

249. Petersen et al. Notat om psykosociale arbejdsmiljøpåvirkninger og sygefravær Notat om fysiske arbejdsmiljøpåvirkninger og sygefravær. NFA; 2010.
250. Arbejdstilsynet. Fremtidens arbejdsmiljø 2020. Fagligt grundlag for prioritering af arbejdsmiljøindsatsen. Arbejdstilsynet; 2010.
251. Hasle P, Nielsen KT, Langaa Jensen P, Pedersen S. Øje på arbejdsmiljøet. En analyse af virkemidler i arbejdsmiljøreguleringen. Landsorganisationen i Danmark; 2003.
252. Limborg HJ, Mathiesen TG. Virkemidler i arbejdsmiljøarbejdet. Team-arbejdsliv. NFA; 2010.
253. Hasle P, Thoft E, Olsen KG. Ledelse med social kapital. L&R Business; 2010.
254. LO's arbejdsmiljøstrategi 2009. Landsorganisationen i Danmark; 2009.
255. WHO. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. WHO; Geneva; 2010.
256. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La VC. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med* 2004; 38(5):613-619.
257. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 2010; 105(5):817-843.
258. Makela P, Paljarvi T. Do consequences of a given pattern of drinking vary by socioeconomic status? A mortality and hospitalisation follow-up for alcohol-related causes of the Finnish Drinking Habits Surveys. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(8):728-733.
259. Makela P. Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction* 1999; 94(6):867-886.
260. Hemmingsson T, Lundberg I. Development of alcoholism: interaction between heavy adolescent drinking and later low sense of control over work. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(3):207-212.
261. Landsbergis PA, Schnall PL, Pickering TG, Warren K, Schwartz JE. Lower socioeconomic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. *Scand J Work Environ Health* 2003; 29(3):206-215.
262. Pampel FC, Rogers RG. Socioeconomic status, smoking, and health: a test of competing theories of cumulative advantage. *J Health Soc Behav* 2004; 45(3):306-321.
263. Schnohr C, Hojbjerg L, Riegels M, Ledet L, Larsen T, Schultz-Larsen K et al. Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study. *Scand J Public Health* 2004; 32(4):250-256.

264. Sundhedsstyrelsen. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. 5(1) ed. Sundhedsstyrelsen; 2003.
265. Shiroma EJ, Lee IM. Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity. *Circulation* 2010; 122(7):743-752.
266. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *Eur J Cancer* 2010; 46(14):2593-2604.
267. Speck RM, Courneya KS, Masse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Surviv* 2010; 4(2):87-100.
268. Strohle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 2009; 116(6):777-784.
269. Holtermann A, Mortensen OS, Burr H, Sogaard K, Gyntelberg F, Suadicani P. The interplay between physical activity at work and during leisure time-risk of ischemic heart disease and all-cause mortality in middle-aged Caucasian men. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35(6):466-474.
270. Astrup AV, et.al. Temanummer om fedmeepidemi. *Ugeskr Laeger* 2006; 168(2):127-196.
271. Braveman P. A health disparities perspective on obesity research. *Prev Chronic Dis* 2009; 6(3):A91.
272. Jensen HN, Glümer C, Jørgensen T. Udvikling i Risikofaktorer for Hjertekarsygdom i Vestegnskommunerne 1978-2006. Region Hovedstaden. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2008.
273. European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection. TOBACCO OR HEALTH IN THE EUROPEAN UNION PAST, PRESENT AND FUTURE. 2004.
274. WHO. Framework Convention on Tobacco Control. 2003.
275. Sorensen G, Barbeau E, Hunt MK, Emmons K. Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *Am J Public Health* 2004; 94(2):230-239.
276. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3:242-247.
277. Gehl J. Byer for mennesker. København: Bogværket; 2010.
278. NICE. Physical activity and the environment. NICE Public Health Guidance nr. 8, 2008.

279. McLaren L, McIntyre L, Kirkpatrick S. Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *Int J Epidemiol* 2010; 39(2):372-377.
280. Nilunger L, Diderichsen F, Burstrom B, Ostlin P. Using risk analysis in Health Impact Assessment: the impact of different relative risks for men and women in different socio-economic groups. *Health Policy* 2004; 67(2):215-224.
281. Kivimaki M, Shipley MJ, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Batty GD, Chandola T et al. Best-practice interventions to reduce socioeconomic inequalities of coronary heart disease mortality in UK: a prospective occupational cohort study. *Lancet* 2008; 372(9650):1648-1654.
282. Giskes K, Kunst AE, Ariza C, Benach J, Borrell C, Helmert U et al. Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six Western-European countries. *J Public Health Policy* 2007; 28(2):261-280.
283. Siahpush M, Wakefield MA, Spittal MJ, Durkin SJ, Scollo MM. Taxation reduces social disparities in adult smoking prevalence. *Am J Prev Med* 2009; 36(4):285-291.
284. Carpenter C, Cook PJ. Cigarette taxes and youth smoking: New evidence from national, state, and local Youth Risk Behavior Surveys. *Journal of Health Economics* 2008; 27:287-299.
285. DeCicca P, McLeod L. •Cigarette taxes and older adult smoking: Evidence from recent large tax increases. *Journal of Health Economics*, 2008; doi:10.1016/j.jhealeco.2007.11.005 .
286. Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *BMJ* 1994; 309(6959):923-927.
287. Khang YH, Yun SC, Cho HJ, Jung-Choi K. The impact of governmental antismoking policy on socioeconomic disparities in cigarette smoking in South Korea. *Nicotine Tob Res* 2009; 11(3):262-269.
288. Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction* 2009; 104(10):1718-1728.
289. Sheu ML, Hu TW, Keeler TE, Ong M, Sung HY. The effect of a major cigarette price change on smoking behavior in California: a zero-inflated negative binomial model. *Health Econ* 2004; 13(8):781-791.
290. Lemstra M, Neudorf C, Opondo J. Implications of a public smoking ban. *Can J Public Health* 2008; 99(1):62-65.
291. Gorini G, Chellini E, Galeone D. What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *Ann Oncol* 2007; 18(10):1620-1622.

292. Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54(14):1249-1255.
293. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events. *Circulation* 2008; 117(9):1183-1188.
294. Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. *Tob Control* 2005; 14(5):300-306.
295. Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Hamilton WL, Biener L. Local restaurant smoking regulations and the adolescent smoking initiation process: results of a multilevel contextual analysis among Massachusetts youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162(5):477-483.
296. Niederdeppe J, Fiore MC, Baker TB, Smith SS. Smoking-cessation media campaigns and their effectiveness among socioeconomically advantaged and disadvantaged populations. *Am J Public Health* 2008; 98(5):916-924.
297. Pisinger C, Aadahl M, Toft U, Andreasen AH, Jørgensen T. Does a populationbased multifactorial lifestyle intervention increase social inequality in smoking? The Inter99 study. *submitted* 2011.
298. Osler M, Linneberg A, Glumer C, Jorgensen T. The cohorts at the Research Centre for Prevention and Health, formerly 'The Glostrup Population Studies'. *Int J Epidemiol* 2010.
299. Land T, Warner D, Paskowsky M, Cammaerts A, Wetherell L, Kaufmann R et al. Medicaid coverage for tobacco dependence treatments in Massachusetts and associated decreases in smoking prevalence. *PLoS One* 2010; 5(3):e9770.
300. Den Nationale sundhedsprofil. www.sundhedsprofil.dk; 2010.
301. NICE. Alcohol-use disorders: Preventing the development of hazardous and harmful drinking. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2010.
302. WHO. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. World Health Organization. 2009.; 2009.
303. Andersson P, Baumberg B. Alcohol in Europe London. London, England.: Institute of Alcohol Studies.; 2011.
304. WHO. Framework for alcohol policy in the WHO European region. København: World Health Organization. 2006.
305. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford & New York: Oxford University Press; 2003.

306. Stockwell T, Gruenewald P, Toumbourou J, Loxley W. Preventing Harmful Substance Use: The evidence base for policy and practice. Chichester: John Wiley & Sons; 2005.
307. Jørgensen MH, Riegels M, Hesse U, Grønbæk M. Evaluering af forbuddet mod salg af alkohol til personer under 16 år. Cemter for alkoholforskning. Statens Institut for Folkesundhed.; 2006.
308. Toft U, Pisinger C, Aadahl M, Lau C, Linneberg A, Ladelund S et al. The impact of a population-based multi-factorial lifestyle intervention on alcohol intake: the Inter99 study. *Prev Med* 2009; 49(2-3):115-121.
309. Brownell KD, Farley T, Willett WC, Popkin BM, Chaloupka FJ, Thompson JW et al. The public health and economic benefits of taxing sugar-sweetened beverages. *N Engl J Med* 2009; 361(16):1599-1605.
310. Andreyeva T, Long MW, Brownell KD. The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *Am J Public Health* 2010; 100(2):216-222.
311. Dowd JB, Aiello AE. Did national folic acid fortification reduce socioeconomic and racial disparities in folate status in the US? *Int J Epidemiol* 2008; 37(5):1059-1066.
312. Roos E, Sarlio-Lahteenkorva S, Lallukka T. Having lunch at a staff canteen is associated with recommended food habits. *Public Health Nutr* 2004; 7(1):53-61.
313. Whitaker RC, Wright JA, Finch AJ, Psaty BM. An environmental intervention to reduce dietary fat in school lunches. *Pediatrics* 1993; 91(6):1107-1111.
314. Snyder MP, Story M, Trenkner LL. Reducing fat and sodium in school lunch programs: the LUNCHPOWER! Intervention Study. *J Am Diet Assoc* 1992; 92(9):1087-1091.
315. Engbers LH, van Poppel MN, Chin APM, van MW. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005; 29(1):61-70.
316. SBU. Att förebygga sjukdom – i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr. 134. ed. SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik). 1997.
317. Oldroyd J, Burns C, Lucas P, Haikerwal A, Waters E. The effectiveness of nutrition interventions on dietary outcomes by relative social disadvantage: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(7):573-579.
318. Toft U, Pisinger C, Aadahl M, Lau C, Linneberg A, Ladelund S et al. The impact of a population-based multi-factorial lifestyle intervention on alcohol intake: the Inter99 study. *Prev Med* 2009; 49(2-3):115-121.

319. Aadahl M, von Huth SL, Toft U, Pisinger C, Jorgensen T. Does a population-based multifactorial lifestyle intervention increase social inequality in physical activity? The Inter99 study. *Br J Sports Med* 2011; 45(3):209-215.
320. Thomsen RW, Johnsen SP, Olesen AV, Mortensen JT, Boggild H, Olsen J et al. Socioeconomic gradient in use of statins among Danish patients: population-based cross-sectional study. *Br J Clin Pharmacol* 2005; 60(5):534-542.
321. Johnell K, Rastam L, Lithman T, Sundquist J, Merlo J. Low adherence with antihypertensives in actual practice: the association with social participation--a multilevel analysis. *BMC Public Health* 2005; 5:17.
322. Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K. Gerontologi. Livet som gammel. 2 ed. København: Munksgaard; 2007.
323. Christensen K. Hvorfor ældes vi forskelligt. København: Gyldendals Uddannelse; 2000.
324. Jeune B. Længe leve!? om udforskningen af det lange liv. København: Fremad; 2002.
325. Werle S, Goldhahn J, Drerup S, Simmen BR, Sprött H, Herren DB. Age- and gender-specific normative data of grip and pinch strength in a healthy adult Swiss population. *J Hand Surg Eur Vol* 2009; 34(1):76-84.
326. Vilstrup L, Holm-Pedersen P, Mortensen EL, Avlund K. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. *Gerodontology* 2007; 24(1):3-13.
327. Cooper R, Kuh D, Hardy R. Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 341:c4467.
328. Andersen-Ranberg K, Petersen I, Frederiksen H, Mackenbach JP, Christensen K. Cross-national differences in grip strength among 50+ year-old Europeans: results from the SHARE study. *European Journal of Ageing* 2009; 6(3):227-236.
329. Avlund K. Fatigue in older adults: an early indicator of the aging process? *Ageing Clin Exp Res* 2010; 22(2):100-115.
330. Christensen K, Thinggaard M, McGue M, Rexbye H, Hjelmberg JV, Aviv A et al. Perceived age as clinically useful biomarker of ageing: cohort study. *BMJ* 2009; 339:b5262.
331. Nordfjall K, Eliasson M, Stegmayr B, Lundin S, Roos G, Nilsson PM. Increased abdominal obesity, adverse psychosocial factors and shorter telomere length in subjects reporting early ageing; the MONICA Northern Sweden Study. *Scand J Public Health* 2008; 36(7):744-752.
332. Kimura M, Hjelmberg JV, Gardner JP, Bathum L, Brimacombe M, Lu X et al. Telomere length and mortality: a study of leukocytes in elderly Danish twins. *Am J Epidemiol* 2008; 167(7):799-806.

333. Hjelmborg JV, Nzietchueng R, Kimura M, Gardner JP, Bladbjerg EM, Christensen K et al. Leukocyte telomere length is inversely correlated with plasma Von Willebrand factor. *Thromb Res* 2010; 125(6):e339-e342.
334. Valdes AM, Andrew T, Gardner JP, Kimura M, Oelsner E, Cherkas LF et al. Obesity, cigarette smoking, and telomere length in women. *Lancet* 2005; 366(9486):662-664.
335. Cherkas LF, Hunkin JL, Kato BS, Richards JB, Gardner JP, Surdulescu GL et al. The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length. *Arch Intern Med* 2008; 168(2):154-158.
336. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(3):M146-M156.
337. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. The strength of two indicators of social position on oral health among persons over the age of 80 years. *J Public Health Dent* 2005; 65(4):231-239.
338. Friis Krarup A. Socioeconomic position and the effect of an educational intervention on onset of mobility disability in community-living older people. Department of Public Health. University of Copenhagen; 2010.
339. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res* 2003; 38(6 Pt 2):1843-1862.
340. Gjonca E, Tabassum F, Breeze E. Socioeconomic differences in physical disability at older age. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63(11):928-935.
341. Krustup U, Holm-Pedersen P, Petersen PE, Lund R, Avlund K. The over-time effect of social position on dental caries experience in a group of old-aged Danes born in 1914. *J Public Health Dent* 2008; 68(1):46-52.
342. Nilsson CJ, Avlund K, Lund R. Social inequality in onset of mobility disability among older danes: the mediation effect of social relations. *J Aging Health* 2010; 22(4):522-541.
343. Rautio N, Heikkinen E, Ebrahim S. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. *Soc Sci Med* 2005; 60(11):2405-2416.
344. Syddall H, Evandrou M, Cooper C, Sayer AA. Social inequalities in grip strength, physical function, and falls among community dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *J Aging Health* 2009; 21(6):913-939.
345. Tabassum F, Verropoulou G, Tsimbos C, Gjonca E, Breeze E. Socio-economic inequalities in physical functioning: a comparative study of English and Greek elderly men. *Ageing and Society* 2009; 29(7):1123-1140.

346. Avlund K, Holstein BE, Osler M, Damsgaard MT, Holm-Pedersen P, Rasmussen NK. Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. *Scand J Public Health* 2003; 31(2):126-136.
347. Cooper R, Kuh D, Cooper C, Gale CR, Lawlor DA, Matthews F et al. Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review. *Age Ageing* 2011; 40(1):14-23.
348. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist* 2008; 48(4):415-422.
349. Nilsson CJ, Avlund K, Lund R. Mobility disability in midlife: a longitudinal study of the role of anticipated instrumental support and social class. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51(2):152-158.
350. Kuh D, Hardy R, Butterworth S, Okell L, Richards M, Wadsworth M et al. Developmental origins of midlife physical performance: evidence from a British birth cohort. *Am J Epidemiol* 2006; 164(2):110-121.
351. Guralnik JM, Butterworth S, Wadsworth ME, Kuh D. Childhood socioeconomic status predicts physical functioning a half century later. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61(7):694-701.
352. Haas S. Trajectories of functional health: the 'long arm' of childhood health and socioeconomic factors. *Soc Sci Med* 2008; 66(4):849-861.
353. Osler M, Madsen M, Nybo Andersen AM, Avlund K, McGue M, Jeune B et al. Do childhood and adult socioeconomic circumstances influence health and physical function in middle-age? *Soc Sci Med* 2009; 68(8):1425-1431.
354. de Groot LC, Verheijden MW, de HS, Schroll M, van Staveren WA. Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59(12):1277-1284.
355. Klarlund Petersen B, Saltin Bengt. FYSISK AKTIVITET – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse; 2003.
356. Lund R, Nilsson CJ, Avlund K. Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age Ageing* 2010; 39(3):319-326.
357. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371(9614):725-735.
358. Ekman A, Vass M, Avlund K. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health Soc Care Community* 2010; 18(6):563-571.

359. Broese van Groenou MI. [Unequal chances for reaching 'a good old age'. Socio-economic health differences among older adults from a life course perspective]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003; 34(5):196-207.
360. Petersen PE, Nørtov B. Erfaringer fra 3 års forsøg med kommunal tandpleje for alderspensionister. *Tandlægernes Nye Tidsskrift* 1993; 8:100-110.
361. Petersen PE, Nørtov B. Evaluation of a dental public health program for old-age pensioners in Denmark. *J Public Health Dent* 1994; 54(2):73-79.
362. Krasnik A. The concept of equity in health services research. *Scand J Soc Med* 1996; 24(1):2-7.
363. van Doorslaer, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 2006; 174(2):177-183.
364. Krasnik A, Hansen E, Keiding N, Sawitz A. Determinants of general practice utilization in Denmark. *Dan Med Bull* 1997; 44(5):542-546.
365. van Doorslaer, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ* 2004; 13(7):629-647.
366. d'Uva TB, O'Donnell O, van DE. Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans. *Int J Epidemiol* 2008; 37(6):1375-1383.
367. NOMESCO. Helsestatistik for de Nordiske Lande 2002. København: 2004.
368. Arendt JN, Jensen BT, Nexoe J, Muntzberg G, Sorensen J. [Low income and number of contacts with general practice]. *Ugeskr Laeger* 2010; 172(21):1591-1597.
369. Nielsen SS. Equity in Access to Healthcare Services for Migrants – A Comparative Study. PhD-thesis. Copenhagen University; 2011.
370. Kjellen M, von Euler-Chelpin M. Socioeconomic status as determinant for participation in mammography screening: assessing the difference between using women's own versus their partner's. *Int J Public Health* 2010; 55(3):209-215.
371. von Euler-Chelpin M, Olsen AH, Njor S, Vejborg I, Schwartz W, Lynge E. Socio-demographic determinants of participation in mammography screening. *Int J Cancer* 2008; 122(2):418-423.
372. Frederiksen BL, Jorgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *Br J Cancer* 2010; 103(10):1496-1501.
373. Palencia L, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, Puigpinos R, Pons-Vigues M, Pazarin MI et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol* 2010; 39(3):757-765.

374. Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Buch P, Abildstrom SZ, Kober L et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(4):351-356.
375. Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297(2):177-186.
376. Rasmussen JN, Gislason GH, Rasmussen S, Abildstrom SZ, Schramm TK, Kober L et al. Use of statins and beta-blockers after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(12):1091-1097.
377. Hansen DG, Vach W, Rosholm JU, Sondergaard J, Gram LF, Kragstrup J. Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics. *Fam Pract* 2004; 21(6):623-629.
378. Dixon-Woods M, Kirk D, Agarwal S, Annandale E, Arthur T, Harvey J et al. Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive review. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D. National Institute for Health Research. NHS; 2005.
379. Holt-Lunstad J. Social relations and mortality: A meta-analytic review. *PLOS-Medicine* 2010; 7:e1000316.
380. Det Økonomiske Råd. Dansk Økonomi. Efterår 2009. Konjunkturvurdering Sundhed. 2009.
381. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Can user charges make health care more efficient? *BMJ* 2010; 341:c3759.
382. Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA, Leibowitz A, Keesey J et al. Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Med Care* 1986; 24(9 Suppl):S1-87.
383. Newhouse RP. Physician, nursing, facility implications of informed consent. *AORN J* 1993; 57(2):505-510.
384. Gemmill MC, Thomson S, Mossialos E. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *Int J Equity Health* 2008; 7:12.
385. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev* 1987; 77(3):251-277.
386. Gundgaard J. Income related inequality in prescription drugs in Denmark. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14(5):307-317.
387. Diderichsen F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. *Health Policy* 1995; 32(1-3):141-153.

388. Bergman SE. Swedish models of health care reform: a review and assessment. *Int J Health Plann Manage* 1998; 13(2):91-106.
389. DSI. Private Sundhedsforsikringer. Notat udarbejdet for LO. København: 2010.
390. Siciliani L, Verzulli R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Econ* 2009; 18(11):1295-1306.
391. Norredam M, Christiansen T. [Lack of equity in access to health care]. *Ugeskr Laeger* 2010; 172(10):782-784.
392. Lindert J, Brahler E, Wittig U, Mielck A, Priebe S. [Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008; 58(3-4):109-122.
393. Holland P. How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? The impact of recession and de-industrialisation. *Int J health Services* 2011; in print.
394. Burstrom B, Whitehead M, Lindholm C, Diderichsen F. Inequality in the social consequences of illness: how well do people with long-term illness fare in the British and Swedish labor markets? *Int J Health Serv* 2000; 30(3):435-451.
395. Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Pentti J, Melchior M et al. Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. *BMJ* 2010; 341:c6149.
396. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Diderichsens appendix. Forebyggelseskommissionen; 2009.
397. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
398. WHO. Intersectoral Action for health. Geneva: 1986.
399. Ollila E. Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scand J Public Health* 2011; 39(6 Suppl):11-18.
400. Lissabontraktaten. Folketingets EU-oplysning; 2008.
401. Zagreb Declaration for Healthy Cities. Health and health equity in all local policies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2009.
402. Sihto M et al. Health in all Policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Health.; 2006.
403. Helsedirektoratet. Folkehelsepolitisk Rapport. Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. 2009.

404. PHAC, WHO. Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies. Public Health Association of BC; 2008.
405. Dalton SO, Schuz J, Engholm G, Johansen C, Kjaer SK, Steding-Jessen M et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. *Eur J Cancer* 2008; 44(14):2074-2085.
406. Hansen RP, Olesen F, Sorensen HT, Sokolowski I, Sondergaard J. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:49.
407. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds): *Funding Health Care. Options for Europe*. Open University Press. Buckingham 2002.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00

sst@sst.dk
www.sst.dk