

12. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Dette kapitel fokuserer på social ulighed i sundhed. Formålet med kapitlet er dels at give en kort introduktion til begreber og teorier om social ulighed i sundhed, dels at beskrive omfanget af social ulighed i sundhed hos den voksne befolkning i regionen. Der lægges vægt på at give oplysninger, der kan bruges ved den praktiske tilrettelæggelse af indsatsen for større social lighed i sundhed i region og kommuner.

Social ulighed i sundhed: definition og begreber

Hvad er social ulighed i sundhed? Det er vigtigt at skelne mellem individuelle forskelle i sundhed og forskelle imellem sociale grupper. I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed på grund af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed derimod er forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (1). Det er forskelle, der i princippet kan udjævnes gennem en samfundsmæssig indsats (2).

Indsatser for større social lighed i sundhed drejer sig om at forbedre sundheden hos mindre begunstigede grupper, så forskelle i sygelighed, dødelighed, sundhed og trivsel mindskes i forhold til den mere begunstigede del af befolkningen.

Social ulighed i sundhed omfatter både sociale forskelle i helbredspåvirkninger, sociale forskelle i sundhed, sygelighed og trivsel samt sociale forskelle med hensyn til konsekvenser af sygdom og dårligt helbred for den enkelte.

Helbredspåvirkninger omfatter en lang række faktorer, som enten øger risikoen for sygdom eller som forebygger sygdom og fremmer sundhed og trivsel (også betegnet risikofaktorer og friskfaktorer). Helbredspåvirkninger kan opdeles i materielle og psykosociale påvirkninger, livsstilspåvirkninger samt påvirkninger fra sundhedsvæsenet.

Materielle påvirkninger, der har konsekvenser for helbredet, omfatter fx fysiske miljøpåvirkninger, ulykker, det fysiske arbejdsmiljø samt den materielle levestandard, der muliggøres af en given indkomst, hvor fattigdom udgør en særlig belastning af helbredet. Danske registerstudier viser fx, at faldulykker blandt ældre, børneulykker, arbejdsulykker og trafikulykker er hyppigst blandt de dårligst stillede (3). Personer med lav indkomst vil ofte være henvist til at leve i boligområder med gener fra trafik, støj og forurening og dårlig adgang til grønne områder.

Psykosociale påvirkninger, der belaster individet, kaldes under ét for stressorer. Det kan f.eks. være arbejdsløshed, økonomiske problemer, samlivsproblemer eller pludseligt opståede belastninger, så som at blive offer for et voldeligt overfald, et trafikuheld eller dødsfald i den nærmeste

familie. Stress opstår, når der er en ubalance mellem de krav og belastninger, som en person oplever, og dennes kapacitet til at håndtere disse. Støtte fra omgivelserne kan gøre det lettere at håndtere krav og belastninger. Omfang, kvalitet og sammensætning af sociale netværk har derfor betydning for, hvordan grupper og individer er i stand til at håndtere dagligdagens udfordringer. Det antages, at stress påvirker den enkeltes sundhed på to måder: gennem stressbetinget adfærd og gennem kroppens fysiologiske stressreaktioner. Personer med lav social position er gennemgående mere udsatte for psykosociale belastninger og har ofte svagere sociale relationer (1).

Vigtige livsstilspåvirkninger er rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt. Hver for sig og tilsammen påvirker de risikoen for udviklingen af bl.a. en række kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og knogleskørhed. Der er en sammenhæng mellem social position og livsstil, idet usund livsstil generelt er mere udbredt hos den dårligst stillede del af befolkningen.

Sundhedsvæsenet påvirker primært sundheden gennem behandlingsaktiviteter. Der kan være sociale forskelle i adgangen til sundhedsydelse og til brugen af disse. I det danske sundhedsvæsen er kerneydelserne gratis, men ny forskning tyder på, at brugen af sundhedsvæsenets ydelser varierer med social baggrund (4-10). Personer med kort eller ingen uddannelse kan have sværere ved at navigere i sundhedsvæsenet og forstå information om medicin og behandling, hvilket kan påvirke behandlingsforløbet.

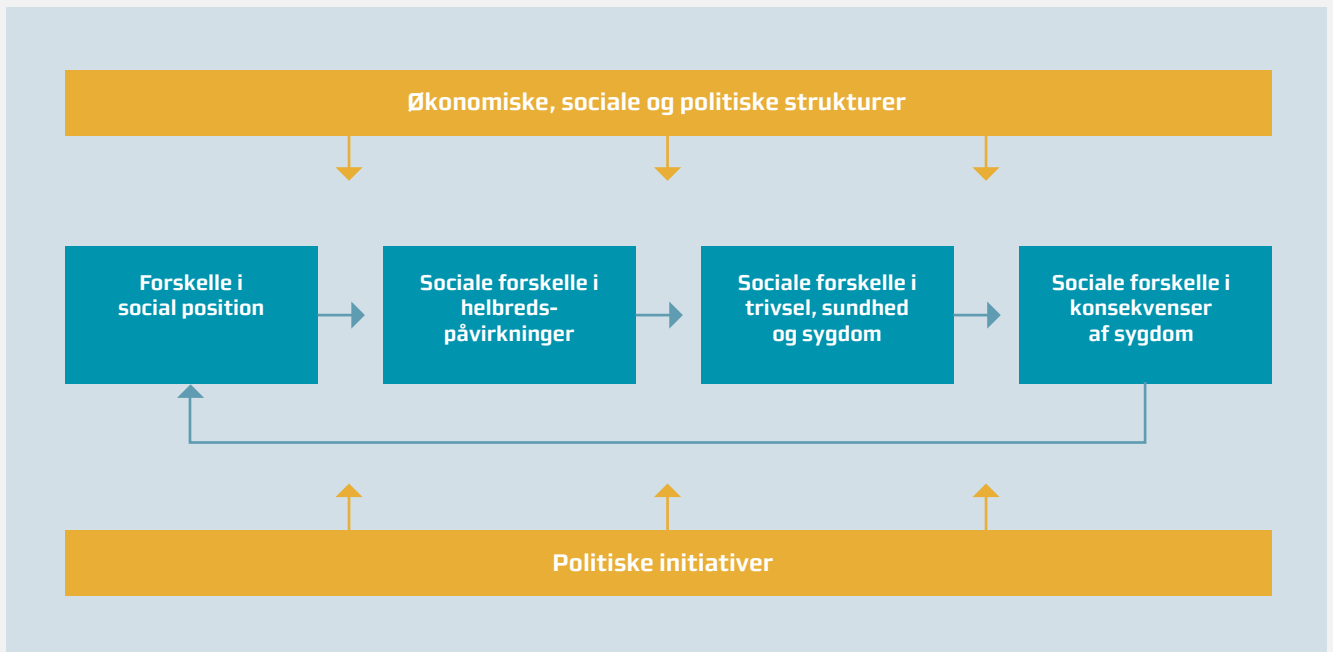
Der kan være sociale forskelle i konsekvenser af sygdom. Studier viser fx, at hjertepatienter med en lavere social position har et ringere udbytte af behandlingen, et større tab af funktionsevne, en større risiko for at miste arbejde og indkomst samt en højere dødelighed end hjertepatienter med en højere social position.

En forståelsesramme. Figur 12.1 beskriver sammenhænge mellem social position, helbredspåvirkninger, sundhed og sygelighed og konsekvenser af sygdom. Påvirkninger går generelt fra venstre mod højre, det vil sige, at de sociale forhold påvirker sundheden. Men sundheden påvirker også de sociale forhold. Sygdom kan medføre, at personer rykker nedad i det sociale hierarki, primært fordi de mister indkomst og position på arbejdsmarkedet.

Social ulighed i sundhed kan ansues i et livsløbsperspektiv. Helbredet påvirkes af sociale forhold i de forskellige livsfaser. Nogle påvirkninger sker allerede i fostertilstanden og i de tidlige leveår, og virkningen af disse føres videre i senere faser af livet. Forældrenes sociale position påvirker derfor barnets og det voksne individs sundhed. Ligeledes sker en ophobning af helbredspåvirkninger

FIGUR 12.1

En forståelsesramme for social ulighed i sundhed



igennem livet. Den aktuelle helbredssituation præges derfor både af tidligere og samtidige helbredspåvirkninger. Mennesker, der udsættes for mange negative helbredspåvirkninger gennem livet, vil udvikle en øget helbredsmæssig sårbarhed.

Den sociale gradient vs. udsatte grupper. Social ulighed i sundhed kan beskrives ud fra et bredt perspektiv, hvor forskelle i sundhed og sygelighed undersøges fra toppen til bunden af det sociale hierarki. Man taler om den sociale gradient i sundhed, hvor dødeligheden er højere og sygdom mere udbredt for hvert trin, man bevæger sig ned ad den sociale stige.

Social ulighed i sundhed kan desuden beskrives ud fra et mere snævert perspektiv, hvor man fokuserer på forskelle i sundhed mellem den mest udsatte del af befolkningen – fx kontanthjælpsmodtagere, misbrugere, svært psykisk syge og udviklingshæmmede – og resten af befolkningen. Det betegnes nogle gange som sundhedskløften.

Valg af perspektiv har konsekvenser for den praktiske indsats for større lighed i sundhed, idet den første tilgang lægger op til brede indsatser rettet mod større befolkningsgrupper, mens den anden tilgang lægger op til indsatser i forhold til socialt marginaliserede og væsentligt mindre grupper.

Der er brug for begge typer af indsatser. I Danmark har indsatserne oftest rettet sig mod de socialt marginaliserede grupper, mens man fx i Norge og Sverige i højere grad har anlagt det brede perspektiv (11, 12).

Politiske målsætninger og initiativer

Nationale og internationale målsætninger. Social lighed i sundhed har været et overordnet mål i dansk sundhedspolitik siden 1999, da den daværende regering lancerede *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008* (13).

Ganske vist tilsluttede Danmark sig sammen med de øvrige europæiske lande allerede i midten af 1980'erne WHO's sundhedsstrategi *Sundhed for alle i år 2000*, der som et af sine mål havde at reducere den sociale ulighed i sundhed med 25 % inden årtusindskiftet. Men i Danmark blev social ulighed i sundhed først for alvor sat til debat i slutningen af 1990'erne. Det skete blandt andet på baggrund af undersøgelser, der viste, at de nordiske lande havde en forholdsvis høj grad af social ulighed i sundhed sammenlignet med andre lande i Europa (14,15). Noget der umiddelbart virkede overraskende i betragtning af, at der i Norden er en lang tradition for lige adgang til sundhedsydelser, og at der gennemgående er større social lighed i de nordiske samfund end i den øvrige del af Europa.

Folkesundhedsprogrammet blev ved regerings skiftet i 2001 afløst af programmet *Sund hele livet*, der omfattede perioden 2002-10 (16). Også her var en reduktion af den sociale ulighed i sundhed et af hovedmålene.'

I 2005 tog WHO med nedsættelse af den globale *Commission on Social Determinants of Health (CSDH)* et nyt initiativ, der også har været med til at forstærke fokus på social ulighed i sundhed i Danmark.

CSDH kom med sin afsluttende rapport i 2009, hvor den anbefalede alle medlemslande at gennemføre en national analyse af de specifikke årsager til social ulighed i sundhed og komme med forslag til indsatser, der kan mindske den sociale ulighed i sundhed (17).

Danmark udarbejdede som et af de første lande en national rapport: *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser i 2011* (3). Rapporten beskriver en række sociale forholds betydning for sundhed og sygelighed i en dansk sammenhæng og peger på en række indsatsområder. Rapporten dokumenterer endvidere, at der er en betydelig social ulighed i sundhed i den danske befolkning på en lang række områder. Sundhedsstyrelsen fulgte rapporten op med en konkret vejledning til kommunerne: *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?* (18).

I 2012 lancerede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse indsatsen *Lighed i sundhedsvæsenet*. Som et led heri blev der etableret et netværk bestående af to sygehuse, tre kommuner og et antal lægehuse. Netværket skal bidrage med: (1) At dokumentere hvor uligheden slår igennem i sundhedsvæsenet - herunder komme med forslag til sociale indikatorer. (2) At undersøge om sundhedsvæsenet er gearret til at håndtere, når patienten har få personlige ressourcer til at gå ind i samspillet om sin egen behandling. (3) At klarlægge hvor der er "huller" mellem sygehuse, almen praksis og kommune, som ressourcetsvage falder igennem. (4) At komme med forslag til, hvordan man løser udfordringerne.

I januar 2014 offentliggjorde regeringen syv mål for befolkningens sundhed: *Sundhed for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år* (19). Mål nr. 1 er, at den sociale ulighed i sundhed skal mindskes, herunder at forskellen i middellevetid mellem personer med lange og korte uddannelser skal mindskes. De nationale mål skal blandt andet fremmes gennem en partnerskabsstrategi, hvor der etableres partnerskaber på tværs af foreningsliv, erhvervs- og institutioner.

På europæisk plan støttes WHO's initiativ til at mindske den sociale ulighed af EU. Europa-kommissionen udgav i 2013 *Health inequalities in the EU* med anbefalinger til indsatser i forhold til social ulighed i sundhed i EU og i medlemslandene (20).

Kommunale og regionale målsætninger. Social lighed i sundhed blev et vigtigt tema i de kommunale sundhedsindsatser efter kommunalreformen i 2007, hvor kommunerne overtog det primære ansvar for forebyggelse. Alle kommuner i Region Midtjylland har en målsætning om at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedsplanen for Region Midtjylland 2013, *Fælles ansvar for sundhed*, understreger ligeledes vigtigheden af at arbejde for en øget lighed i sundhed, både når det gælder forebyggelse, behandling og konsekvenser af sygdom (21).

Fra politik til handling

Hvorfor er det svært at mindske uligheden? På trods af de politiske målsætninger om at mindske den sociale ulighed i sundhed samt en række konkrete initiativer på nationalt, regionalt og kommunalt niveau har resultaterne indtil videre været nedslående. Det viser aktuelle undersøgelser af udviklingen. På nationalt plan har flere undersøgelser dokumenteret en omfattende og voksende social ulighed i sundhed (3, 22, 23).

Det kan der være flere grunde til:

- Social ulighed i sundhed er et komplekst problem, hvor sociale, psykologiske og biologiske faktorer spiller sammen.
- Årsagerne er kun delvist kendte, og de enkelte årsager er indgået i et kompliceret net af årsager.
- Visse udviklingstendenser i samfundet øger den sociale ulighed i sundhed, fx har der i de senere år i Danmark været en vækst i andelen af fattige, ligesom indkomstfordelingen er blevet skævere (3).
- Konkurrerende politiske målsætninger kan begrænse det politiske handlerum.
- Effektive indsatser kræver koordinering på tværs af myndigheder og politikområder.
- Effekten af lighedsfremmende indsatser viser sig først efter mange år, mens mange indsatser mod social ulighed i sundhed har været projekter af kortere varighed.

Det er nødvendigt at tænke sundhed, herunder social lighed i sundhed, i alle politikområder, jævnfør EU's målsætning om *Sundhed i alle politikker* (24).

Tilrettelæggelse af indsatser. Margaret Whitehead, der er en af de førende britiske forskere i social ulighed i sundhed, har påpeget, at indsatser for større lighed i sundhed bør være metodisk og teoretisk mere stringente, hvis de skal have den tilsigtede virkning (25).

For det første påpeger Whitehead, at de fleste forebyggende og sundhedsfremmende indsatser ikke er blevet evalueret i forhold til deres effekt på forskellige sociale

grupper, men kun i forhold til deres gennemsnitlige effekt på befolkningen som helhed. Det samme gælder sundhedsvæsenets behandlingsaktiviteter.

Desuden er de fleste indsatser teoretisk svagt funderede. Ved tilrettelæggelse af indsatser bør man: (1) Gøre brug af den eksisterende forskningslitteratur om årsagerne til de specifikke former for social ulighed i sundhed, man ønsker at mindske. (2) Have kendskab til de vilkår, som forskellige sociale grupper lever under. (3) Basere indsatserne på en troværdig programteori, der angiver, hvilke mekanismer man forventer at kunne påvirke gennem indsatsen. Formålet med programteorien er at opstille tydelige antagelser om sammenhængen mellem indsats og resultater, som efterfølgende kan evalueres.

Whitehead har opstillet følgende typologi, hvor hun skelner mellem fire typer af indsatser mod social ulighed i sundhed:

Type 1: Styrkelse af individer. Indsatser i forhold til mennesker, der tilhører ressourcetsvage grupper.

Type 2: Styrkelse af lokalsamfund. Indsatser i forhold til lokalsamfund med ophobning af problemer.

Type 3: Forbedring af leve- og arbejdsvilkår. Indsatser for at fjerne risikofaktorer fra omgivelserne.

Type 4: Sund makropolitik. Velfærds- og fordelingspolitik inden for forskellige områder.

Indsatser under type 1 og 2 retter sig specifikt mod socialt dårligt stillede grupper uden at involvere befolkningen som helhed. Under disse typer af indsatser kunne man tilføje arbejdspladser med mange kortuddannede. Arbejdspladsen er en vigtig arena for sundhedsfremme og forebyggelse. Det samme gælder uddannelsessteder for manuelle og korte boglige uddannelser. Indsatser under type 3 og 4 retter sig mod hele befolkningen, men antages at have en større effekt på den dårligst stillede del af befolkningen.

Hvilke indsatser har størst effekt? Der er mange forskellige årsager til social ulighed i sundhed og mange forskellige måder at påvirke fordelingen af sundhed i samfundet på, lige fra indsatser, der retter sig mod små grupper af udsatte borgere, til landsdækkende politiske reformer, der berører hele befolkningen.

Der findes ikke i dag tilstrækkelig forskningsbaseret viden til at afgøre, hvilke indsatser der vil have størst effekt på den sociale ulighed i sundhed (3).

Hvad skal man i den situation vælge at satse på? Social ulighed er et komplekst og svært håndterbart problem (det man på engelsk kalder *a wicked problem*), og flere

samfundsmæssige niveauer og aktører må inddrages, hvis det skal tackles, ligesom man både må arbejde ud fra et kortsigtet og et langsigtet perspektiv. Der er desuden brug både for indsatser, der retter sig mod "fjernere" årsager til social ulighed i sundhed som tilknytning til arbejdsmarkedet og børns opvækstvilkår og indsatser, der retter sig mod umiddelbare årsager som rygning og fysisk inaktivitet.

Uanset hvilke typer af indsatser, man vælger at prioritere, spiller kvaliteten, systematikken og omfanget af indsatserne en rolle for de resultater, man kan forvente at opnå.

Livsstil eller psykosociale belastninger? Der har i en årrække været en diskussion blandt forskere og praktikere, der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse, om betydningen af henholdsvis livsstil og psykosociale belastninger som årsag til social ulighed i sundhed. Det er ikke mindst undersøgelser af sygelighed og dødelighed hos ansatte i den britiske centraladministration, *Whitehall-studierne*, foretaget over en lang årrække, der har givet støtte til den opfattelse, at menneskers placering i det sociale hierarki og den hermed forbundne større eller mindre grad af kontrol over eget arbejde og eget liv, er den vigtigste årsag til sociale forskelle i sundhed. Mængden af stressfremkaldende belastninger øges for hvert trin, man bevæger sig nedad i det sociale hierarki.

Især kronisk stress kan skade det fysiske og psykiske helbred via mekanismer, der – uafhængigt af hinanden eller i samspil – påvirker centralnervesystemet, kredsløbet, immunforsvaret, det metaboliske system og adfærden. Kroniske stresspåvirkninger øger derfor risikoen for både somatiske og psykiske lidelser.

Der findes en del forskning, der belyser sammenhæng mellem psykosociale belastninger og social ulighed i sundhed. Resultaterne er modstridende, og der kan derfor ikke drages nogen entydig konklusion med hensyn til, hvor stor betydning psykosociale belastninger har for den sociale ulighed i sundhed. Bedst underbygget er arbejdsrelateret stress som årsag til social ulighed i hjerte-kar-sygdomme (26).

Til gengæld tyder nye forskningsresultater fra flere store kohortestudier på, at livsstil forklarer en større del af de sociale forskelle i sundhed end hidtil antaget, jævnfør tekstboks 12.1. Bl.a. har nye analyser af data fra *Whitehall-studierne* vist, at 72 % af forskellene i dødelighed mellem de ansatte i den britiske centraladministration i forhold til stilling kan forklares af rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet.

En tværnsnitsundersøgelse med 19 europæiske lande viser desuden, at det er muligt at reducere forskellene i dødelighed mellem uddannelsesgrupperne med 26 % for

Boks 12.1

Nye kohortestudier af livsstil som årsag til social ulighed i sundhed

Whitehall (Storbritannien) – 72 % af forskellene i dødelighed mellem de ansatte i den britiske centraladministration i forhold til stilling forklaredes af rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet (27).

Whitehall (Storbritannien) – 45 % af forskellene i type 2-diabetes mellem de ansatte i den britiske centraladministration i forhold til stilling forklaredes af rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet og overvægt (28).

NHANES (USA) – 30 % af forskellene i dødelighed i forhold til indkomst i den amerikanske befolkning forklaredes af rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet og overvægt (29).

GLOBE (Nederlandene) – 38 % af forskellene i risikoen for død af kredsløbssygdomme i forhold til forældres og egen sociale status i Eindhoven forklaredes af rygning, fysisk aktivitet, alkohol og BMI (30).

Multinational kohorte med ni europæiske lande – En betydelig del af den sociale ulighed i dødelighed blandt mænd og kvinder forklaredes af rygning og i mindre grad af BMI, alkohol, fysisk aktivitet og indtaget af frugt og grøntsager (31).

EPIC-NL (Nederlandene) – Kost, rygning og alkohol forklarede 70 % af de uddannelsesmæssige forskelle i sygelighed og død som følge af hjerte-kar-sygdomme og tilsvarende 65 % af forskellene i forhold til beskæftigelsesstatus i den nederlandske befolkning (32).

MORGEN (Nederlandene) – Hovedparten af de uddannelsesmæssige forskelle i forekomsten af iskæmisk hjertesygdom i den nederlandske befolkning forklaredes af sundhedsadfærd (rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet) og biologiske risikofaktorer (fedme, forhøjet blodtryk, diabetes og forhøjet kolesterol i blodet) (33)

mænd og 32 % for kvinder, alene hvis rygeandelen i alle uddannelsesgrupper kommer ned på samme niveau som i den højeste uddannelsesgruppe (34). En registerbaseret undersøgelse af den danske befolkning for tidsrummet 1985-2009 opdelt i fire perioder konkluderer, at rygning og alkohol i alle perioderne forklarer mellem 60 % og 70 % af den sociale ulighed i dødelighed, både for mænd og kvinder. Desuden forklarer rygning og alkohol størstedelen af den stigende sociale ulighed i dødelighed i Danmark siden 1985 med rygning som den væsentligste faktor (23).

Det taler for, at man prioriterer indsatsen for at mindske de sociale forskelle i rygning, fysisk aktivitet, kost og overvægt højt som led i en generel strategi for større social lighed i sundhed.

Selv om betydningen af livsstil for den sociale ulighed i sundhed for indeværende er bedre underbygget end betydningen af psykosociale belastninger, kan man imidlertid ikke konkludere, at indsatser for at reducere psykosociale belastninger er irrelevante i indsatsen for større social lighed i sundhed.

Der er en sammenhæng imellem psykosociale belastninger og livsstil, fordi psykosociale belastninger dels kan fremme usunde vaner som rygning, overspisning og alkoholmisbrug, dels kan udgøre en barriere for ændring af adfærd og vaner, fx at holde op med at ryge. Desuden medvirker sociale forskelle i psykosociale belastninger til dårligere trivsel og livskvalitet hos den dårligst stillede del af befolkningen.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet spiller også en vigtig rolle for den enkeltes sundhed og trivsel. Belastninger i arbejdslivet er nært knyttet til typen af job, der igen

hænger sammen med uddannelsesniveau og placering i jobhierarkiet. Ofte øges de arbejdsmæssige helbredsbelastninger, når man bevæger sig nedad i uddannelses- og jobhierarkiet (35). Forebyggelse af fysisk og psykisk nedslidning og arbejdsrelaterede skader udgør derfor et aspekt af indsatsen for større social lighed i sundhed.

Analyseplan

I det følgende beskrives forskellige aspekter af social ulighed i sundhed i regionens voksne befolkning. Udgangspunktet for analysen er figur 12.1.

Første skridt ved beskrivelse af den sociale ulighed i sundhed er at udvælge kriterierne for at beskrive forskelle i social position. Her er valgt følgende mål for social position:

- Uddannelsesniveau
- Sociogeografi
- Etnisk baggrund

Hver især definerer de væsentlige sociale forskelle i samfundet. Det er derfor relevant at beskrive, i hvilket omfang disse forskelle også gør sig gældende på sundhedsområdet. Samtidig kan opdelingen af befolkningen ud fra uddannelsesniveau, geografiske områders sociale status samt etnisk baggrund bruges ved tilrettelæggelse af konkrete indsatser for større social lighed i sundhed.

Uddannelsesniveau og sociogeografi indgår i analyserne i de foregående kapitler, og noget af informationen fra disse kapitler vil derfor blive gentaget her med det

Boks 12.2

De anvendte definitioner på indvandrere, efterkommere og personer med dansk oprindelse

Indvandrere er født i udlandet. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer.

Efterkommere er født i Danmark. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer. Når en eller begge forældre, der er født i Danmark, opnår dansk statsborgerskab, vil deres børn ikke blive klassificeret som efterkommere, men som personer med dansk oprindelse. Fastholder danskfødte forældre imidlertid begge et udenlandsk statsborgerskab, vil deres børn blive klassificeret som efterkommere.

Personer med dansk oprindelse er personer, uanset fødested, der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og er født i Danmark.

formål at tegne et sammenhængende billede. Der henvises til kapitel 1 for en beskrivelse af disse to variable. Oplysninger om etniske gruppers sundhed indgår derimod kun i dette kapitel. Der skelnes mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Denne opdeling følger Danmarks Statistiks definitioner af indvandrere, efterkommere og personer med dansk oprindelse, jævnfør definitionerne i tekstboks 12.2. Indvandrere og efterkommere slås i det følgende sammen til én gruppe. Der skelnes ikke mellem personer fra vestlige og ikke-vestlige lande på grund af datamaterialets begrænsede omfang. Der er derfor tale om en meget sammensat gruppe med hensyn til sprog, nationalitet og kultur.

Der gennemføres separate analyser for hvert af de tre mål for social position. Analyserne er opdelt i aldersgrupper med henblik på at undersøge, hvorvidt forskellene imellem de sociale grupper varierer med alderen. Er der fx større forskelle mellem lavtuddannede og højtuddannedes rygevaner i de yngre aldersgrupper sammenholdt med de ældre aldersgrupper? Disse oplysninger kan være nyttige ved tilrettelæggelse af det praktiske sundhedsarbejde.

For hvert af de tre sociale positionsmaal beskrives først sociale forskelle i helbredspåvirkninger opdelt på sundhedsvaner, helbredspåvirkninger i arbejdslivet og generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Under sundhedsvaner beskrives desuden sociale forskelle i motivationen for at ændre vaner. Dernæst beskrives sociale forskelle i selvvurderet helbred og sygelighed. Til slut beskrives sociale forskelle i konsekvenser af dårligt helbred. De udvalgte indikatorer oplyses i det følgende med angivelse af forekomster for den voksne befolkning som helhed (25-79 år, dansk etnisk baggrund).

Sundhedsvaner

- *Dagligrygere.* 18 % ryger dagligt.
- *Dyrker ikke motion i fritiden.* 46 % dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.
- *Usundt kostmønster.* 12 % har et usundt kostmønster.
- *Svær overvægt.* 16 % er svært overvægtige.

Motivation for at ændre vaner

- *Rygestop.* 72 % af dagligrygerne vil gerne holde op med at ryge.
- *Mere fysisk aktivitet.* Blandt personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, vil 66 % gerne være mere fysisk aktive.
- *Sundere kost.* 49 % blandt personer med et usundt kostmønster vil gerne spise sundere.
- *Vægttab.* Blandt personer med svær overvægt ønsker 55 % i høj grad at tabe sig.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet

- *Fysisk slid i arbejdet.* 9 % blandt personer i arbejde (25-64 år) oplever, at arbejdet slider på dem rent fysisk.
- *Psykisk slid i arbejdet.* 9 % blandt personer i arbejde (25-64 år) oplever, at arbejdet slider på dem rent psykisk.
- *Tungt arbejde.* 31 % blandt personer i arbejde (25-64 år) udfører fysisk krævende arbejde i deres hovedbeskæftigelse. Det vil sige stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde eller tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende.
- *Ulykker og uheld i arbejdstiden.* 4 % har inden for de seneste 12 måneder været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dem at udføre deres daglige gøremål.

Generelle psykosociale helbredspåvirkninger

- *Ikke i arbejde.* Manglende deltagelse i arbejdslivet vil for personer i den erhvervsaktive alder ofte være en belastning, både i form af tab af status og social tilknytning samt af indkomst. 17 % i den erhvervsaktive alder (25-64 år) oplyser, at de ikke er i arbejde. Heri er ikke medregnet personer under uddannelse og på efterløn.
- *Mangel på social støtte.* På spørgsmålet: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" har 13 % svaret nogle gange, næsten aldrig eller aldrig. De betegnes her som personer med svag social støtte.
- *Belastende livsomstændigheder.* Deltagerne i undersøgelsen er blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af: (1) Deres boligsituation (2) Deres økonomi (3) Deres arbejdssituation (4) Forholdet til deres partner (5) Forholdet til familie og venner (6) Sygdom hos dem selv (7) Sygdom hos partner, familie eller nære venner (8) Dødsfald blandt de nærmeste (9) Andet. Svarmulighederne ved hvert af de ni spørgsmål var nej, ja lidt, ja end del og ja meget. Her er opgjort, hvor stor en andel der har været en del eller meget belastet af mindst ét af de nævnte forhold. 23 % af befolkningen angiver at have oplevet belastende livsomstændigheder.
- *Højt stressniveau.* En score på Perceived Stress Scale på 16 eller derover betegnes her som et højt stressniveau. 24 % af befolkningen har et højt stressniveau.

Selvvurderet helbred og sygelighed

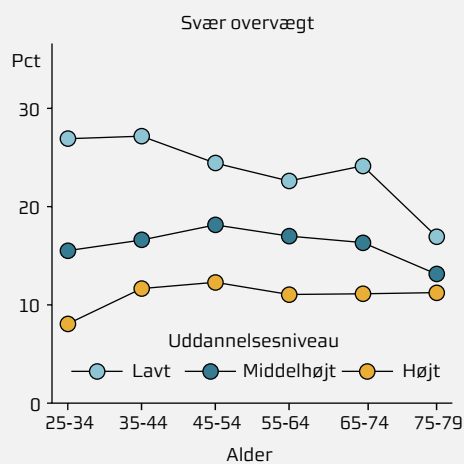
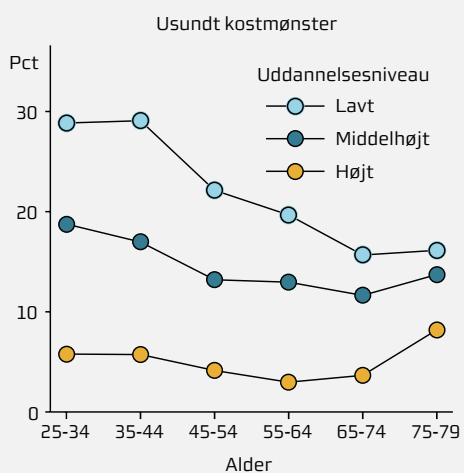
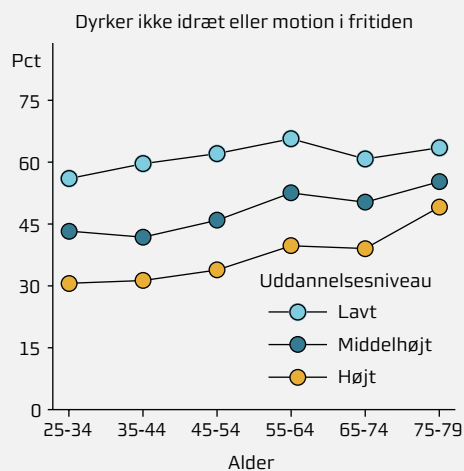
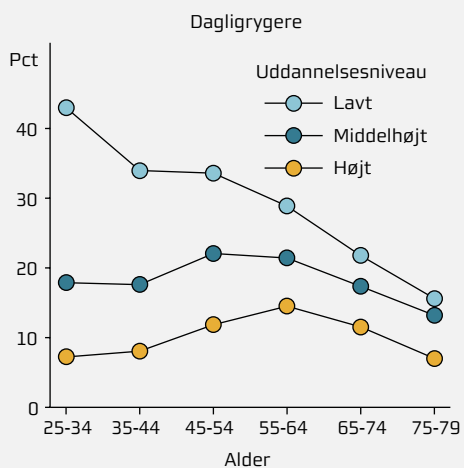
- *Dårligt selvvurderet helbred.* 14 % vurderer deres eget helbred som nogenlunde, dårligt eller meget dårligt. De betegnes her som personer med dårligt selvvurderet helbred.

- *Livstruende kroniske sygdomme.* Der er foretaget en opgørelse af, hvor mange der har eller har eftervirkninger af mindst én af følgende sygdomme: Hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen, sukkersyge, kræft og kronisk bronkitis/for store lunger/rygerlunger. De betegnes som potentielt livstruende kroniske sygdomme. 14 % af befolkningen har en eller flere af disse sygdomme.
- *Psykiske og/eller bevægeapparatslidelser.* Der er lavet en opgørelse af, hvor mange der har mindst én psykisk lidelse eller en sygdom i bevægeapparatet. Disse sygdomme er væsentlige årsager til nedsat funktionsevne og livskvalitet samt til at mange personer i den erhvervsaktive alder mister tilknytningen til arbejdsmarkedet, jævnfør kapitel 11. Følgende sygdomme indgår i opgørelsen: slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/anden rygssygdom, psykisk lidelse – mindre end 6 måneder, psykisk lidelse – mere end 6 måneder. 36 % af befolkningen har en eller flere af disse sygdomme.
- *Fire eller flere kroniske sygdomme.* 11 % i den voksne befolkning har fire eller flere kroniske sygdomme eller eftervirkninger af disse. Se kapitel 8 for en beskrivelse af, hvilke sygdomme, der indgår i opgørelsen.

Konsekvenser af dårligt helbred

- *Brug for hjælp til dagligdagens gøremål.* Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred har 40 % brug for hjælp til et eller flere af dagligdagens gøremål. Se kapitel 10 for en beskrivelse af de spørgsmål, der er anvendt til at belyse behovet for hjælp.
- *Ikke i arbejde.* Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er 55 % af personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) ikke i arbejde. Heri er ikke medregnet personer under uddannelse eller på efterløn.
- *Nedsat arbejdsevne.* Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred vurderer 73 %, at de har nedsat arbejdsevne (en del eller meget). Se kapitel 11 for en beskrivelse af spørgsmålet om selv vurderet arbejdsevne.
- *Ejerbolig.* At bo i ejerbolig bruges her som indikator for økonomiske ressourcer. 75 % af den voksne befolkning bor i ejerbolig. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred bor 60 % i ejerbolig. Blandt personer med godt selv vurderet helbred er det 77 %.

FIGUR 12.2
Uddannelse og sundhedsvaner



Uddannelsesniveau og sundhed

Dette afsnit handler om sammenhængen mellem uddannelsesniveau og sundhed. Analyserne omfatter personer i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. Der skelnes mellem tre uddannelsesniveauer: 16 % har et lavt uddannelsesniveau, 51 % har et middelhøjt uddannelsesniveau og 31 % har et højt uddannelsesniveau. Uddannelsesniveaulet er ukendt hos 2 %. Der er en betydelig forskel i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer, hvilket afspejler uddannelseseksplosionen i det foregående halve århundrede. Gennemsnitsalderen er 59 år blandt de lavtuddannede, 51 år blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og 46 år blandt højtuddannede. Da der ved en del af de beskrevne indikatorer er en stærk sammenhæng med alder, angives det, hvorvidt de observerede forskelle ændres ved justering for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer.

Sundhedsvaner

Dagligrygere. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og rygning. 27 % blandt de lavtuddannede ryger mod 19 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 10 % blandt personer med højt uddannelsesniveau. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.2 er forskellen især markant blandt yngre og midaldrende. I aldersgruppen 25-34 år er der således 43 % af de lavtuddannede, der ryger dagligt, mens 18 % med et middelhøjt uddannelsesniveau og 7 % med et højt uddannelsesniveau er dagligrygere. I aldersgruppen 55-64 år er andelen af dagligrygere på de tre uddannelsesniveauer 29 %, 21 % og 15 % og i aldersgruppen 75-79 år 16 %, 13 % og 7 %.

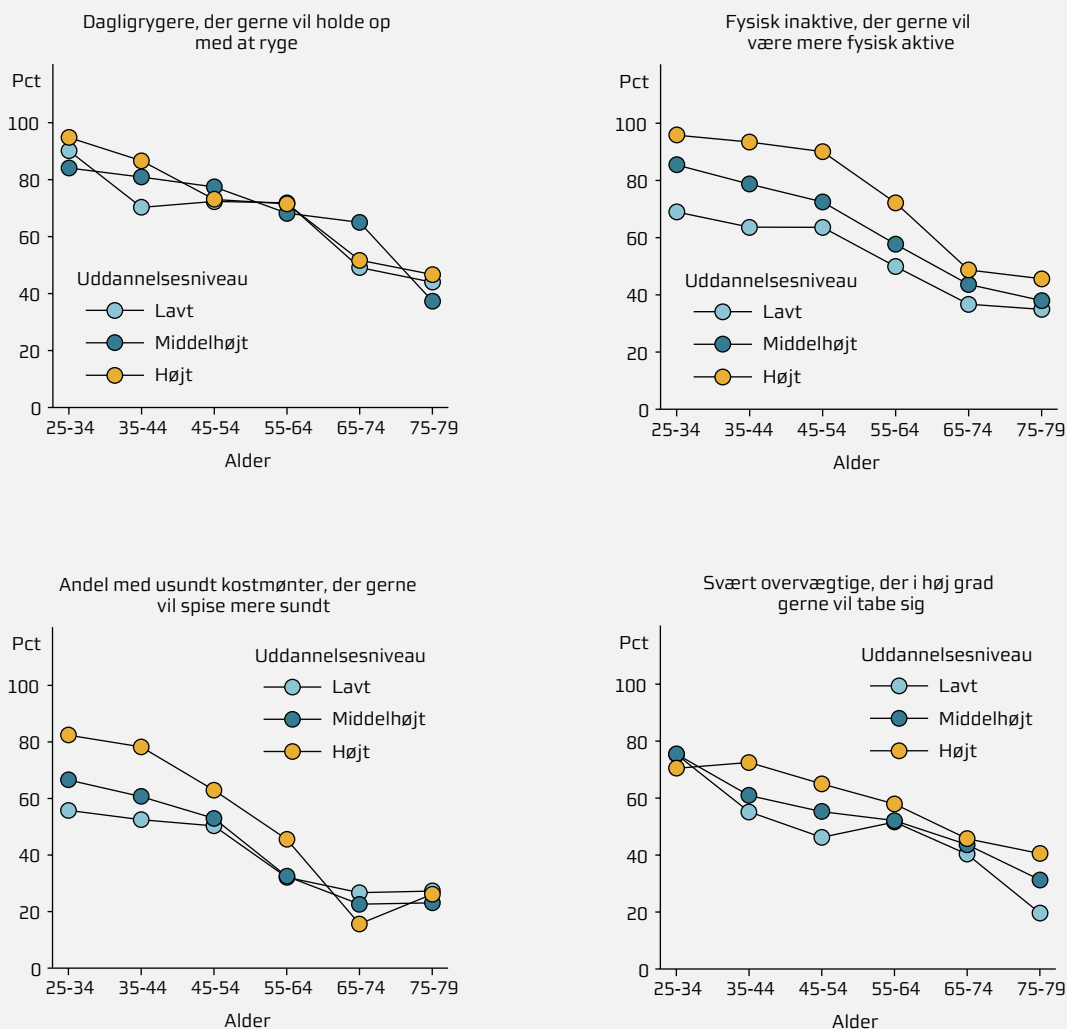
Dyrker ikke motion i fritiden. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og idræt eller motion i fritiden. 62 % blandt de lavtuddannede dyrker ikke idræt eller regelmæssig motion i fritiden, mens tallene er 47 % for personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 34 % for højtuddannede. Forskellene er stort set uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.2 stiger andelen, der ikke er fysisk aktive i fritiden, med alderen på alle uddannelsesniveauer. Forskellen mellem uddannelsesniveauerne er stort set den samme over hele aldersspektret.

Usundt kostmønster. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og kostvaner. Der er 20 % blandt de lavtuddannede, der har et usundt kostmønster, 15 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 5 % blandt højtuddannede. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem

de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.2 er forskellen især markant blandt yngre og midaldrende. I aldersgruppen 25-34 år har 29 % af de lavtuddannede, 19 % med et middelhøjt uddannelsesniveau og 6 % med et højt uddannelsesniveau således et usundt kostmønster. I aldersgruppen 75-79 år er andelen med et usundt kostmønster på de tre uddannelsesniveauer 16 %, 14 % og 8 %.

Svær overvægt. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og svær overvægt. 23 % blandt de lavtuddannede, 17 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 11 % med et højt uddannelsesniveau er svært overvægtige. Forskellene er stort set uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.2 er forskellen størst blandt de yngste aldersgrupper. I aldersgruppen 25-34 år er 27 % af de lavtuddannede, 16 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 8 % blandt højtuddannede således svært overvægtige.

FIGUR 12.3
Uddannelse og motivation for at ændre vaner



Motivation for ændring af sundhedsvaner

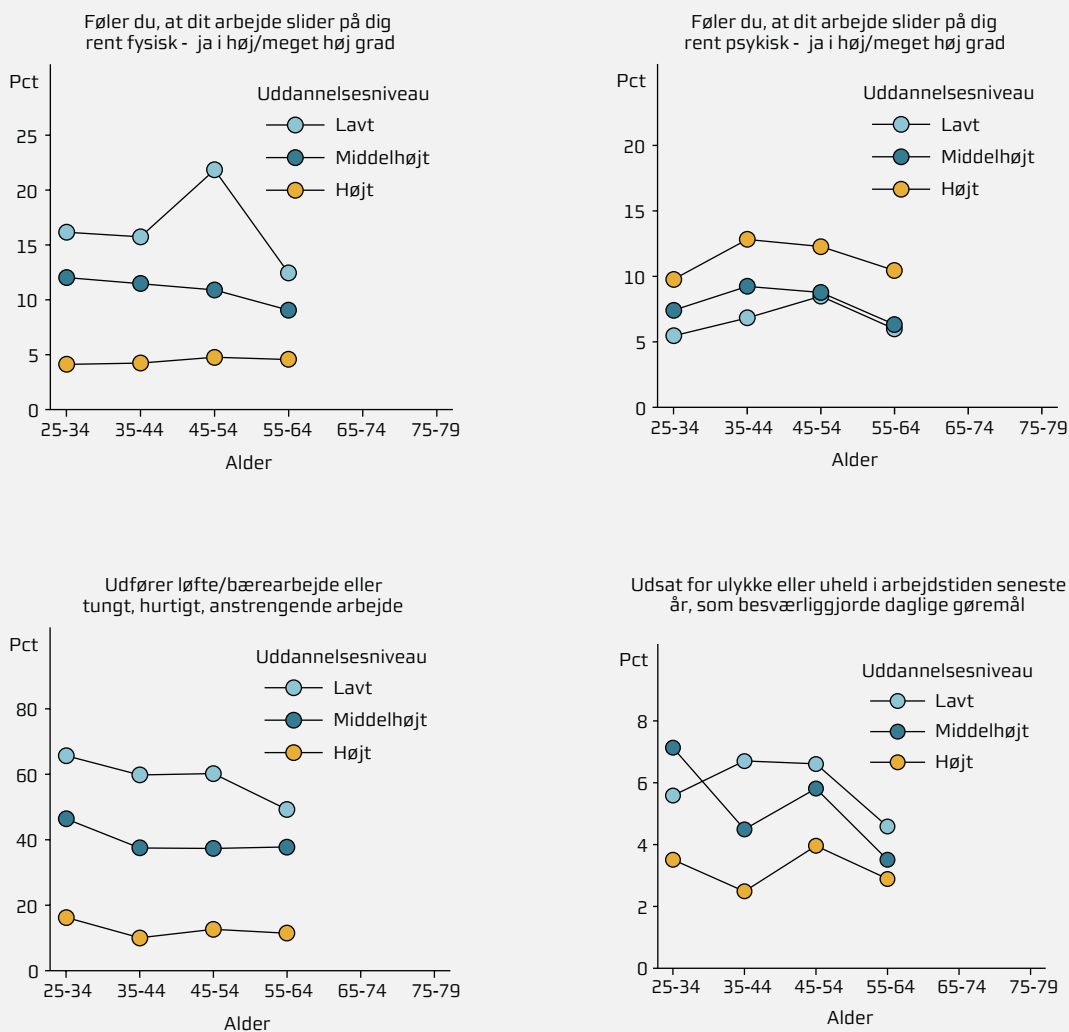
Rygestop. Der er generelt stor motivation hos dagligrygerne for at holde op med at ryge. Motivationen stiger lidt med uddannelsesniveaut. 66 % af dagligrygerne blandt de lavtuddannede vil gerne holde op med at ryge. Hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau er det tilsvarende tal 74 %, og blandt de højtuddannede er det 77 %. Forskellene mindskes lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.3 falder motivationen med alderen på alle uddannelsesniveauer.

Mere fysisk aktivitet. Der er generelt stor motivation for at være mere fysisk aktiv hos personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Motivationen stiger med uddannelsesniveaut. 49 % blandt de lavtuddannede, der ikke dyrker regelmæssig motion i fritiden, vil gerne være mere fysisk aktive. Den tilsvarende andel er 66 % hos personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og 82 % hos personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellene mindskes lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.3, at andelen er faldende med alderen på alle uddannelsesniveauer. Endvidere ses det, at forskellen er størst blandt yngre og midaldrende.

Sundere kost. Halvdelen af de personer, der har et usundt kostmønster, vil gerne spise sundere. 39 % af de lavtuddannede med et usundt kostmønster vil gerne spise sundere. Den tilsvarende andel er 49 % hos personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og 67 % hos personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellene reduceres væsentligt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer og er ikke længere statistisk signifikante. Det fremgår af figur 12.3, at motivationen for at spise sundere aftager markant med alderen. Desuden ses det, at forskellen er størst i de yngste aldersgrupper.

Vægttab. Der er en høj motivation for at tabe sig blandt personer med svær overvægt. Motivationen stiger med stigende uddannelsesniveau. Hos lavtuddannede ønsker 46 % af de svært overvægtige i høj grad at tabe sig. Den tilsvarende andel er 56 % hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 64 % hos højtuddannede. Forskellene reduceres noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.3, at der ikke er forskel i motivation i den yngste aldersgruppe (25-34 år), hvor 70-75 % af alle svært overvægtige ønsker at tabe sig. Den største forskel i motivation ses hos de midaldrende (35-44 og 45-54 år) og de ældste (75-79 år). For alle uddannelsesniveauer gælder, at motivationen falder med alderen.

FIGUR 12.4
Uddannelse og helbredspåvirkninger i arbejdslivet



Helbredspåvirkninger i arbejdslivet

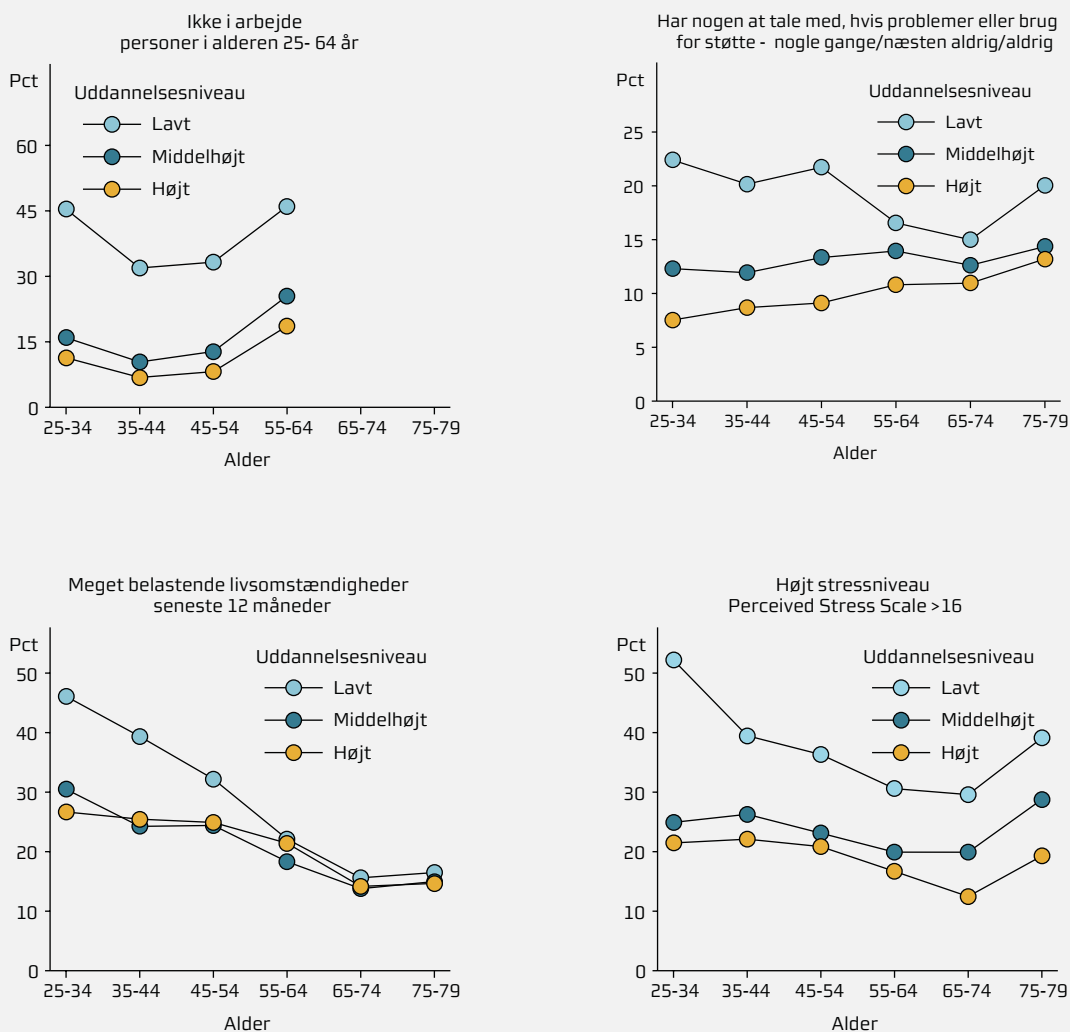
Arbejdet slider fysisk. Andelen, der oplever, at arbejdet slider på dem rent fysisk, falder fra 17 % hos lavtuddannede til 11 % hos middelhøjt uddannede og 4 % hos højtuddannede. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.4 ses de største forskelle hos de 45-54-årige, hvor hele 22 % af de lavtuddannede mod 5 % hos de højtuddannede oplever, at arbejdet slider fysisk.

Arbejdet slider psykisk. Andelen, der oplever, at arbejdet slider på dem rent psykisk, øges fra 7 % hos lavtuddannede til 8 % hos middelhøjt uddannede og 11 % hos højtuddannede. Der er således en omvendt social gradient. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Som det fremgår af figur 12.4, er det i aldersgrupperne 35-44 og 45-54 år, at flest oplever, at arbejdet slider psykisk uanset uddannelsesniveau.

Udfører tungt arbejde. Der er 57 % blandt de lavtuddannede, der i deres hovedbeskæftigelse udfører stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde eller som udfører tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende. Den tilsvarende andel er 39 % hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 13 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.4, at andelen med fysisk krævende arbejde er størst hos de 25-34-årige på alle tre uddannelsesniveauer.

Ulykker og uheld i arbejdstiden. 6 % blandt de lavtuddannede har inden for de seneste 12 måneder været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden, som gjorde det besværligt eller umuligt for dem at udføre deres daglige gøremål. Den tilsvarende andel er 5 % hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 3 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Figur 12.4 viser at andelen blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau, der har været udsat for ulykker/uheld på arbejde, er størst i aldersgrupperne 25-34, 35-44 og 45-54 år. Blandt personer med højt uddannelsesniveau er forekomsten størst i aldersgrupperne 25-34 år og 45-54 år.

FIGUR 12.5
Uddannelse og generelle psykosociale belastninger



Generelle psykosociale helbredspåvirkninger

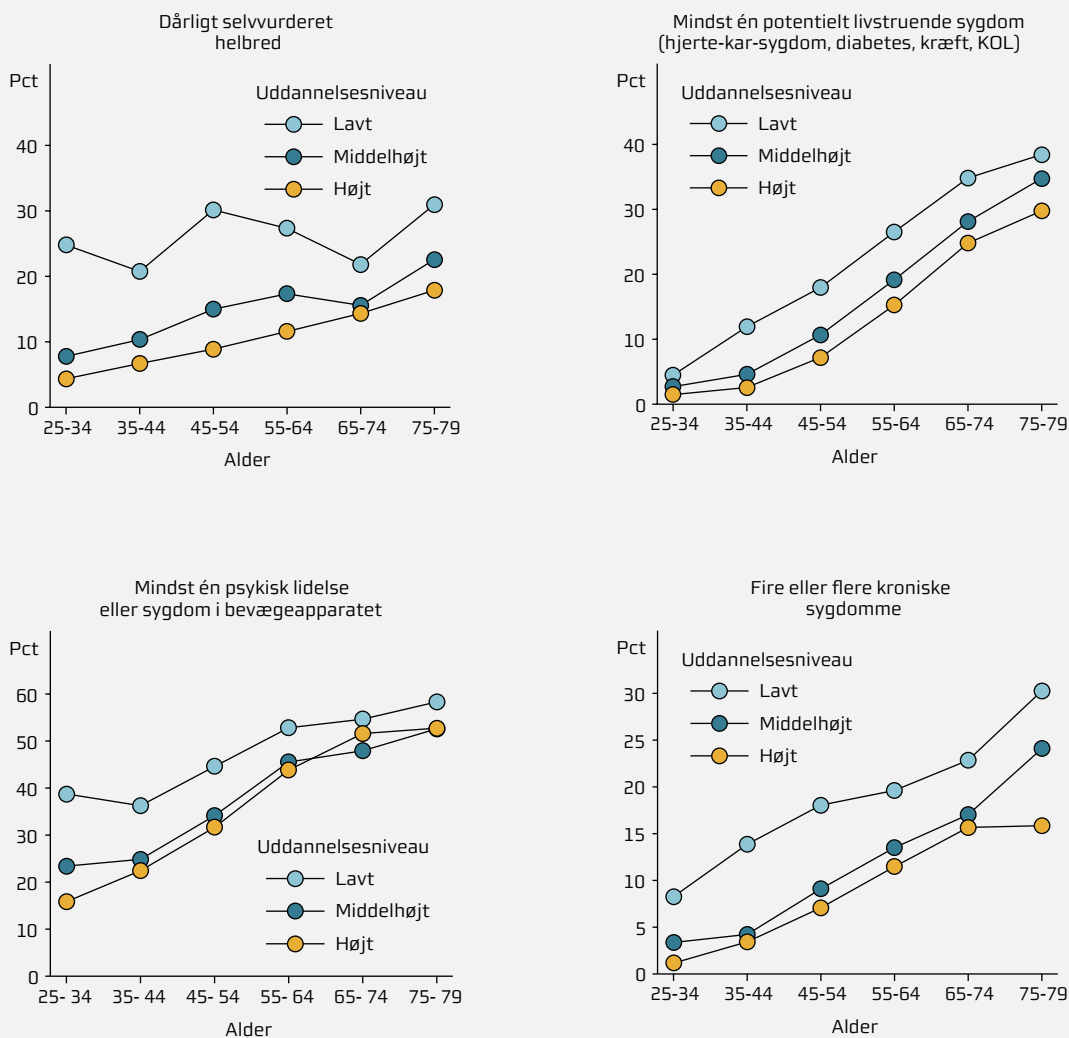
Ikke i arbejde. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og hvorvidt man er i arbejde eller ej blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år). Der er 39 % af de lavtuddannede, der ikke er i arbejde, 15 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 11 % af de højtuddannede. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.5, at gruppen af lavtuddannede skiller sig ud fra resten ved at have en større andel, der ikke er i arbejde. For alle uddannelsesgrupper gælder, at andelen, der ikke er i arbejde, er størst hos de yngste og ældste (25-34 og 55-64 år). 46 % af de lavtuddannede i alderen 55-64 år er ikke i arbejde.

Manglende social støtte. Andelen med svag social støtte, det vil sige personer, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller har brug for støtte, er 18 % hos personer med lavt uddannelsesniveau, 13 % hos personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 9 % hos højtuddannede. Forskellene er uændrede, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Der er således en tydelig uddannelsesgradient i forhold til social støtte. Desuden bemærker man i figur 12.5, at andelen med svag social støtte stiger med alderen hos personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, mens den omvendte tendens ses for de lavtuddannede. Forskellen mellem uddannelsesniveauerne er derfor markant større i de yngre end i de ældre aldersgrupper.

Belastende livsomstændigheder. Der er ikke væsentlige forskelle i forhold til uddannelsesniveau i andelen, der har oplevet belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder, når man sammenligner grupperne som helhed (henholdsvis 25 %, 22 % og 24 % fra laveste til højeste uddannelsesniveau). Forskellene øges noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Når man deler op på aldersgrupper, ses imidlertid et tydeligt mønster, jævnfør figur 12.5, idet der er en betydelig højere andel blandt yngre og midaldrende med lavt uddannelsesniveau end på de to andre uddannelsesniveauer, der har oplevet belastninger. Fx har 46 % af de lavtuddannede i alderen 25-34 år oplevet belastende livsomstændigheder mod 27 % blandt de højtuddannede. De hyppigste belastninger har i nævnte rækkefølge været personens arbejdssituation, økonomi samt sygdom hos personen selv og sygdom hos partner, familie eller nære venner. Generelt sker der et fald med alderen i andelen med belastende livsomstændigheder til og med den næstældste aldersgruppe (65-74 år). For befolkningen som helhed er der kun halvt så mange med belastende livsomstændigheder blandt de 75-79-årige i forhold til de 25-34-årige.

Højt stressniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og stress. Andelen med højt stressniveau blandt lavtuddannede er 35 %, blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau 23 % og 20 % blandt personer med højt uddannelsesniveau. Andelen med højt stressniveau blandt lavtuddannede øges noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Figur 12.5 viser, at andelen med et højt stressniveau er størst blandt yngre (25-34 år) med lavt uddannelsesniveau. Mere end halvdelen i denne gruppe har et højt stressniveau. Den laveste andel med højt stressniveau finder man blandt personer med højt uddannelsesniveau i aldersgrupperne 55-64 og 65-74 år med henholdsvis 17 og 12 %.

FIGUR 12.6
Uddannelse og selvvurderet helbred og sygelighed



Selvurderet helbred og sygelighed

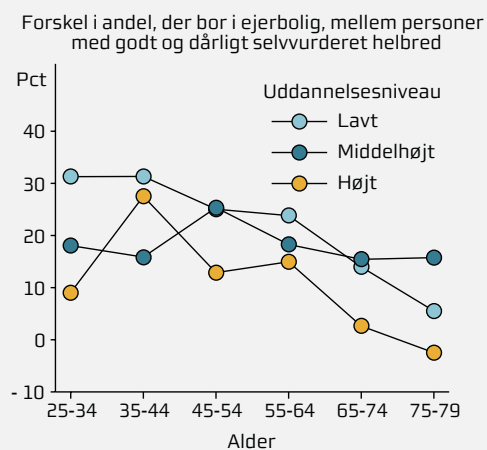
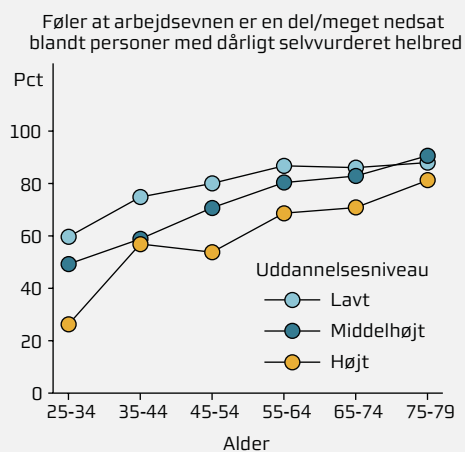
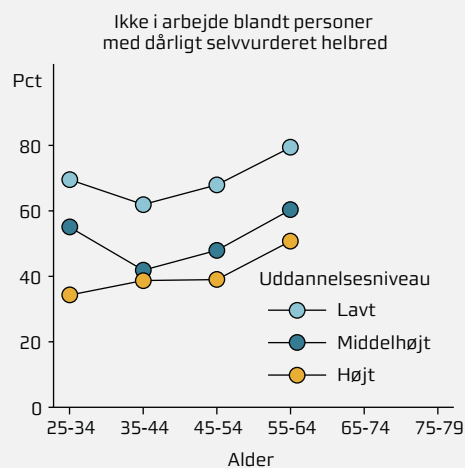
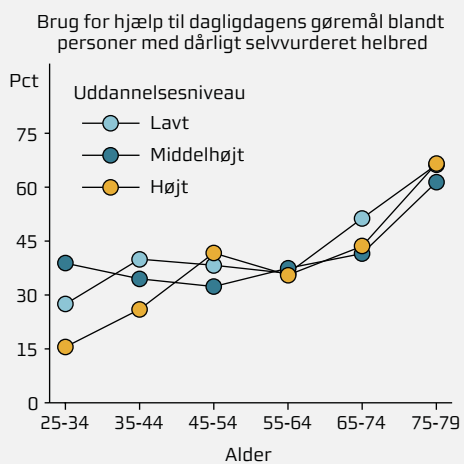
Dårligt selvvurderet helbred. Der er en betydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og dårligt selvvurderet helbred. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er 26 % blandt lavtuddannede, 14 % blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau og 8 % blandt højtuddannede. Der er således tre gange så mange med dårligt selvvurderet helbred blandt lavt- end blandt højtuddannede. Forskellen er stort set uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.6, at der sker en tre-firedobling af andelen med dårligt helbred fra de yngste til de ældste aldersgrupper blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den samme tydelige sammenhæng ses ikke blandt de lavtuddannede, idet andelen med dårligt selvvurderet helbred her også er stor blandt de yngre aldersgrupper.

Livstruende kroniske sygdomme. Der er en betydelig forskel i andelen med en potentielt livstruende sygdom, når man sammenholder de tre uddannelsesniveauer. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau har 26 % en potentielt livstruende sygdom, mens det blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau er 14 % og det blandt højtuddannede er 8 %. Forekomsten er således mere end tre gange så stor hos lavtuddannede sammenlignet med højtuddannede. Efter justering for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer er forekomsten dobbelt så stor hos lavtuddannede sammenlignet med højtuddannede. Figur 12.6 viser, at der for samtlige uddannelsesgrupper sker en kraftig øgning af andelen med potentielt livstruende sygdomme med alderen.

Psykiske og/eller bevægeapparatslidelser. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau har 50 % én eller flere psykiske lidelser eller sygdomme i bevægeapparatet, mens det blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau er 36 % og 30 % blandt højtuddannede. Efter justering for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer udjævnes forskellen mellem middelhøjt og højtuddannede, mens der stadig er en betydelig forskel i sygdomsforekomst mellem gruppen af lavtuddannede og de to andre grupper. Det fremgår af figur 12.6, at der blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau sker en kraftig øgning i andelen med psykiske eller bevægeapparatslidelser med alderen. Der sker også en stigning blandt de lavtuddannede, men mere afdæmpet, idet der er en betydelig sygelighed allerede blandt de yngre grupper. Således har mere end dobbelt så mange psykiske eller bevægeapparatslidelser hos de lavtuddannede i aldersgruppen 25-34 år (39 %) sammenholdt med de højtuddannede i samme aldersgruppe (16 %).

Fire eller flere kroniske sygdomme. Der er tre gange så stor en andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt de lavtuddannede sammenholdt med de højtuddannede. Der er 20 % med fire eller flere kroniske sygdomme i gruppen af lavtuddannede, 10 % blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau og 6 % blandt højtuddannede. Denne forskel reduceres kun en smule, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.6, at der er en voksende andel med fire eller flere kroniske sygdomme fra yngste til ældste aldersgruppe på alle tre uddannelsesniveauer. Det fremgår endvidere, at de væsentligste forskelle findes mellem de lavtuddannede på den ene side og personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau på den anden side inden for alle aldersgrupper på nær hos den ældste (75-79 år), hvor der er betydelig forskel i sygelighed mellem alle tre uddannelsesniveauer.

FIGUR 12.7
Uddannelse og konsekvenser af dårligt helbred



Konsekvenser af dårligt helbred

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med dårligt selv vurderet helbred, varierer med uddannelsesniveauet. Blandt de lavtuddannede er det 44 %, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau er det 38 % og blandt de højtuddannede er det 35 %. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning, reduceres forskellene, og de er ikke længere statistisk signifikante. Det fremgår af figur 12.7, at der på alle tre uddannelsesniveau er en højere andel, der har brug for hjælp, blandt de ældste aldersgrupper, 65-74 og 75-79 år.

Ikke i arbejde. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der en betydelig forskel på andelen, der ikke er i arbejde i forhold til uddannelsesniveau. Blandt de lavtuddannede med dårligt helbred er 71 % ikke i arbejde. Blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau er det 51 %, og blandt de højtuddannede er det 42 %. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning, er forskellene uændrede. Som det fremgår af figur 12.7, er forskellen størst blandt de yngste (25-34 år), hvor dobbelt så mange lavtuddannede med dårligt selv vurderet helbred ikke er i arbejde sammenholdt med højtuddannede.

Nedsat arbejdsevne. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der flest blandt de lavtuddannede og færrest blandt de højtuddannede, der oplever, at deres arbejdsevne er nedsat. Blandt de lavtuddannede har 83 % nedsat arbejdsevne, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau er det 73 % og blandt de højtuddannede er det 58 %. Disse forskelle reduceres kun lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de tre uddannelsesniveauer. Det fremgår af figur 12.7, at der på alle uddannelsesniveauer er en stigende andel med nedsat arbejdsevne fra yngste til ældste aldersgruppe. Forskellene i andelen med nedsat arbejdsevne er størst blandt de yngste aldersgrupper.

Ejerbolig. Færre personer med dårligt selv vurderet helbred bor i ejerbolig i forhold til personer med godt selv vurderet helbred. Forskellen aftager imidlertid med stigende uddannelsesniveau. Blandt lavtuddannede er forskellen 20 procentpoint, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau 17 procentpoint og blandt højtuddannede 7 procentpoint. Figur 12.7 viser, at forskellen mellem personer med godt og dårligt helbred i andelen, der bor i ejerbolig, falder med alderen. Den største forskel finder man blandt lavtuddannede i aldersgrupperne 25-34 og 35-44 år.

Sammenfatning

Sundhedsvaner. Som nævnt tidligere i kapitlet tyder nye forskningsresultater på, at livsstil forklarer mere af de sociale forskelle i sundhed end hidtil antaget, og at indsatsen for at reducere disse forskelle derfor er vigtig i indsatsen for større social lighed i sundhed. De her præsenterede analyser viser, at andelen, der ryger dagligt, er fysisk inaktive i fritiden, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige falder markant for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelsesniveau. For rygning, usundt kostmønster og svær overvægt gælder desuden, at forskellene mellem uddannelsesniveauerne er størst blandt den yngre og midaldrende del af befolkningen.

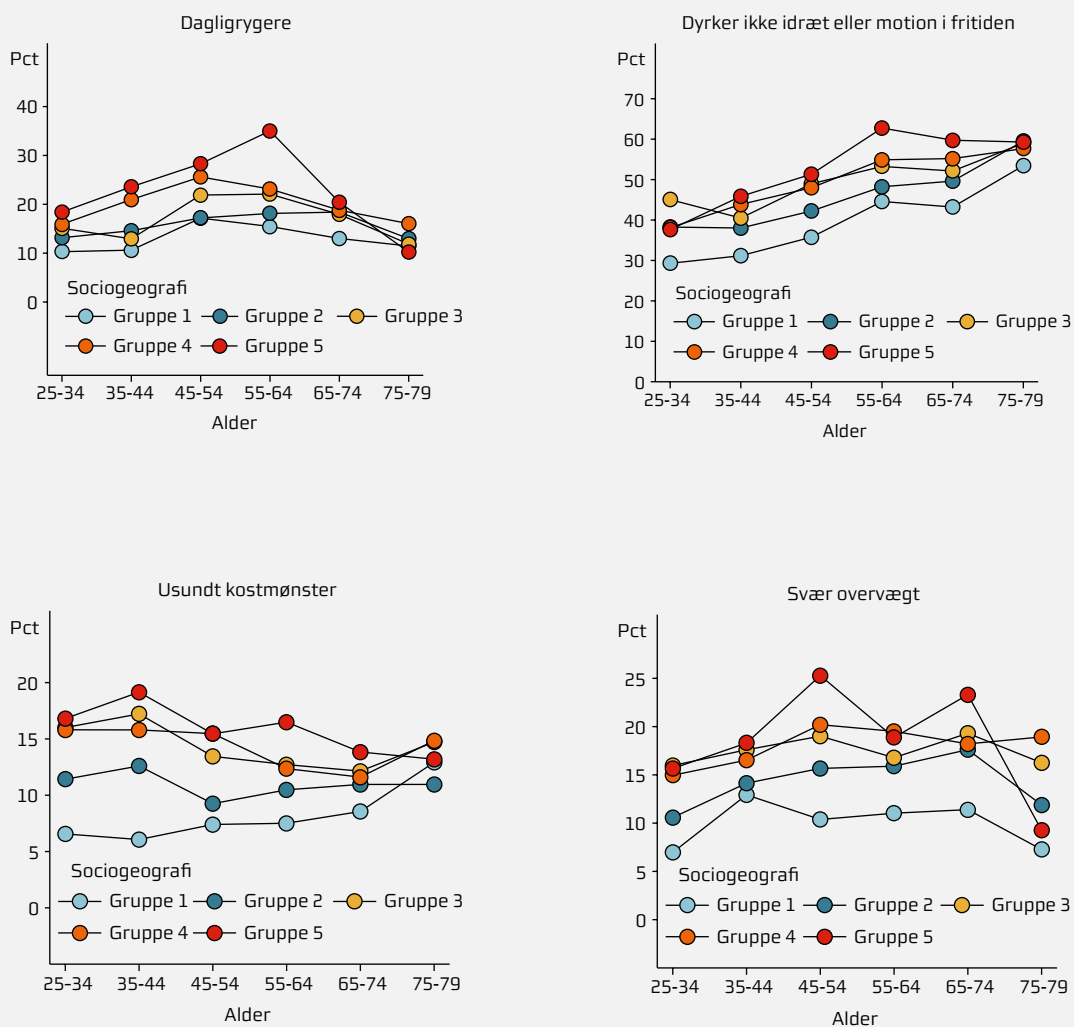
Motivation for at ændre sundhedsvaner. Generelt stiger motivationen for at ændre sundhedsvaner lidt med uddannelsesniveauet. Tallene viser imidlertid, at der også hos den lavtuddannede del af befolkningen er en betydelig motivation til stede for at ændre sundhedsvaner. To ud af tre lavtuddannede dagligrygere vil gerne holde op med at ryge. Blandt lavtuddannede personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, ønsker halvdelen at være mere fysisk aktive. Blandt lavtuddannede personer med et usundt kostmønster ønsker fire ud af ti at spise sundere. Blandt lavtuddannede svært overvægtige ønsker knapt halvdelen at tabe sig.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet. De fysiske belastninger og risikoen for ulykker og uheld i arbejdslivet aftager markant for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelseshierarkiet. Til gengæld stiger andelen, der oplever, at arbejdet slider rent psykisk med stigende uddannelsesniveau. Forskellene mellem uddannelsesniveauerne er dog betydeligt mindre ved de psykiske end ved de fysiske belastninger og ulykkesrisikoen.

Generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Det generelle billede er, at de lavtuddannede er betydeligt mere udsatte for psykosociale belastninger end personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Især de yngre aldersgrupper blandt de lavtuddannede udgør en sårbar gruppe med en høj andel, der ikke er i arbejde, der mangler social støtte, som lever under belastende livsomstændigheder og som har et højt stressniveau. Inden for tre af de fire psykosociale faktorer, der er med i analysen, ses endvidere en tendens til, at der er et højt belastningsniveau blandt lavtuddannede ældre.

Selv vurderet helbred og sygelighed. Der er betydelige uddannelsesmæssige forskelle i selv vurderet helbred og sygelighed. Generelt falder sygeligheden med uddannelseslængden. Sygeligheden falder for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelsesniveau, men forskellen er især markant mellem de lavtuddannede på den ene side og personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau på den anden side. Der er især påfaldende, at en stor andel af de lavtuddannede i de yngre aldersgrupper har et dårligt selv vurderet helbred og psykiske eller bevægeapparatslidelser.

FIGUR 12.8
Sociogeografi og sundhedsvaner



Konsekvenser af dårligt helbred. Der er 14 % af befolkningen, som vurderer deres eget helbred som dårligt. De adskiller sig fra den øvrige befolkning ved, at en større andel har brug for hjælp til at udføre dagligdagens gøremål, er uden arbejde, har nedsat arbejdsevne og bor i lejebolig. Konsekvenserne af dårligt selv vurderet helbred øges tilsyneladende, når man bevæger sig nedad i uddannelseshierarkiet. Især er der store forskelle mellem uddannelsesniveauerne med hensyn til tilknytning til arbejdsmarkedet blandt personer i den erhvervsaktive alder. Lavere uddannelsesniveau er ligeledes forbundet med en højere andel, der vurderer arbejdsevnen som nedsat. Også med hensyn til økonomiske ressourcer synes dårligt selv vurderet helbred at have konsekvenser, idet en mindre andel blandt personer med dårligt selv vurderet helbred ejer deres egen bolig sammenholdt med personer med godt selv vurderet helbred. Forskellene er størst hos lavtuddannede og mindst hos højtuddannede. Det skal dog understreges, at analyserne bygger på tværsnitsdata, hvorfor det ikke er muligt at sige noget om årsagssammenhænge.

Sociogeografi og sundhed

Dette afsnit beskriver sammenhængen mellem sociogeografi og sundhed.

Region Midtjylland er i nærværende undersøgelse opdelt i fem sociogeografiske grupper på tværs af kommuner. Områderne i sociogeografisk gruppe 1 er de bedst stillede, mens områderne i sociogeografisk gruppe 5 er de dårligst stillede. Opdelingen er foretaget ud fra følgende kriterier: (1) Andel med kort uddannelse (2) Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (3) Gennemsnitlig bruttoindkomst. Se kapitel 1 for en nærmere beskrivelse af opdelingen. Se endvidere kapitel 13, hvor opdelingen af de enkelte kommuner er beskrevet.

Lokalområdet, hvor mennesker bor, udgør for de fleste "den lille verden", hvor de færdes i dagligdagen og har en større eller mindre del af deres sociale netværk. De benytter områdets service og faciliteter så som butikker, institutioner og rekreative områder og føler en eller anden grad af tilknytning til området. På den måde udgør lokalområdet en vigtig ramme om borgernes liv.

Ud over at repræsentere en skala fra de bedst til de dårligst stillede områder adskiller de fem sociogeografiske områder sig også i andre henseender fra hinanden.

Urbanisering: Gruppe 1 og gruppe 5 er de mest urbaniserede områder. Her bor ni ud af ti i bymæssige områder. Gruppe 3 er den mindst urbaniserede. Her bor fire ud af ti i en landsby eller på landet.

Etnisk sammensætning: I gruppe 5 er en ud af fem af anden etnisk oprindelse end dansk mod en ud af sytten i de andre fire grupper set under ét.

Ejerbolig: I gruppe 5 er det kun en tredjedel, der ejer deres bolig selv, mod syv ud af ti i de øvrige grupper set under ét.

Samlivssituation: I gruppe 5 er lidt mindre end halvdelen gift/samlevende mod to tredjedele i gruppe 1-3 set under et og lidt færre i gruppe 4.

Vold og trusler: Andelen, der har været udsat for vold eller trusler inden for de foregående 12 måneder stiger trinvist fra gruppe 1 med 2,8 % til gruppe 5 med 4,6 %.

Der er kun mindre forskelle i gennemsnitsalder mellem beboerne i de fem grupper (25-79 år).

Sundhedsvaner

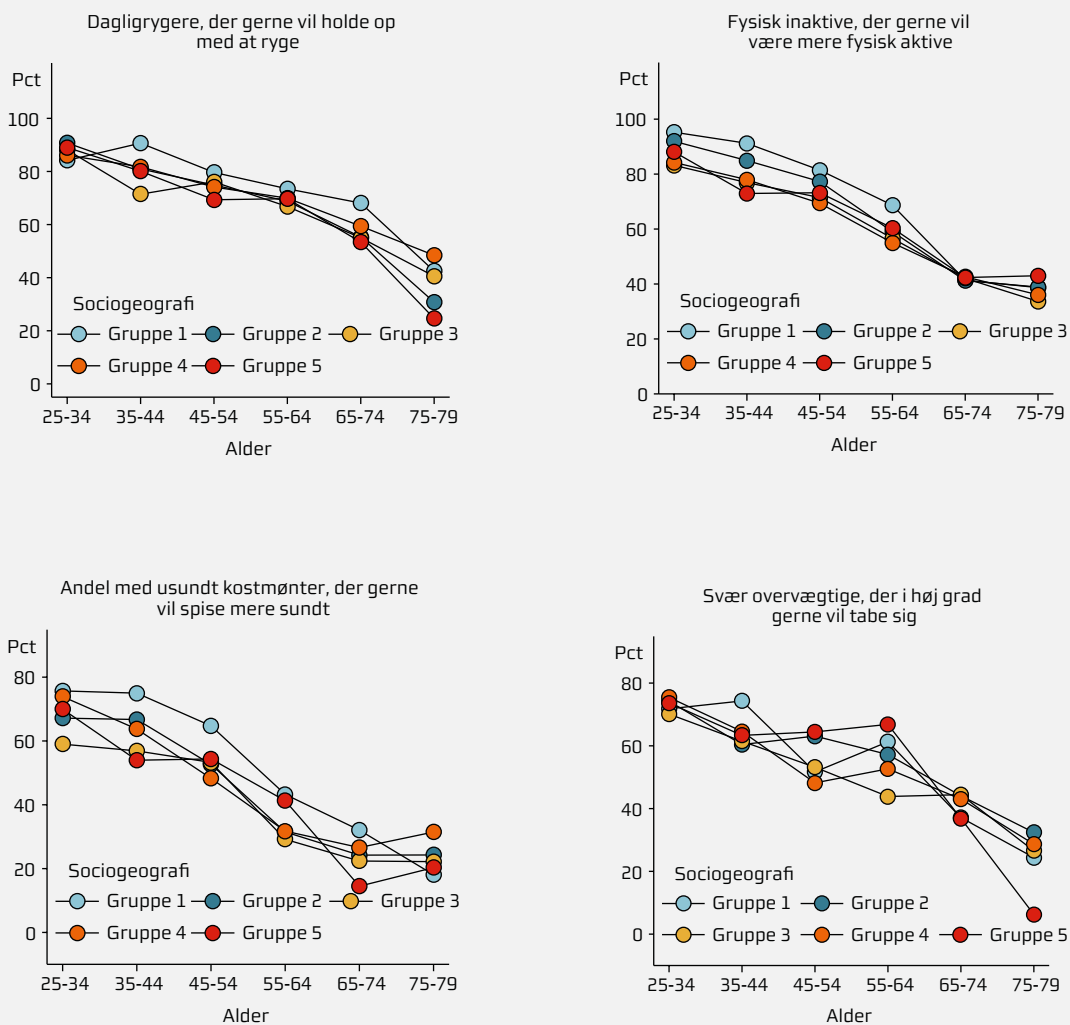
Dagligrygere. Andelen af dagligrygere øges trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Således er der 13 % dagligrygere i gruppe 1, 16 % i gruppe 2, 18 % i gruppe 3, 21 % i gruppe 4 og 24 % i gruppe 5. Det fremgår af figur 12.8, at der er en betydelig spredning i andelen af dagligrygere på tværs af sociogeografiske grupper i de enkelte aldersgrupper. Forskellen er størst i de midterste aldersgrupper (35-44, 45-54 og 55-64 år).

Dyrker ikke idræt eller motion i fritiden. Andelen af fysisk inaktive i fritiden øges trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Således er 37 % i gruppe 1 fysisk inaktive i fritiden, 44 % i gruppe 2, 49 % i gruppe 3 og 4 og 51 % i gruppe 5. Som det fremgår af figur 12.8, er der en betydelig spredning på tværs af sociogeografiske grupper inden for de enkelte aldersgrupper.

Usundt kostmønster. Andelen med et usundt kostmønster øges trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Således har 7 % i gruppe 1 et usundt kostmønster, 11 % i gruppe 2, 14 % i gruppe 3 og 4 og 16 % i gruppe 5. Som det fremgår af figur 12.8, er der en betydelig spredning på tværs af sociogeografiske grupper inden for de enkelte aldersgrupper, især blandt de yngre og midaldrende.

Svær overvægt. Andelen med svær overvægt øges trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Således er 10 % i gruppe 1 svært overvægtige, 15 % i gruppe 2, 18 % i gruppe 3 og 4 og 19 % i gruppe 5. Som det fremgår af figur 12.8, er der en betydelig spredning på tværs af sociogeografiske grupper inden for de enkelte aldersgrupper. De største forskelle ses i aldersgruppen 45-54 år, hvor 10 % i gruppe 1 er svært overvægtige mod 25 % i gruppe 5.

FIGUR 12.9
Sociogeografi og motivation for at ændre vaner



Motivation for at ændre vaner

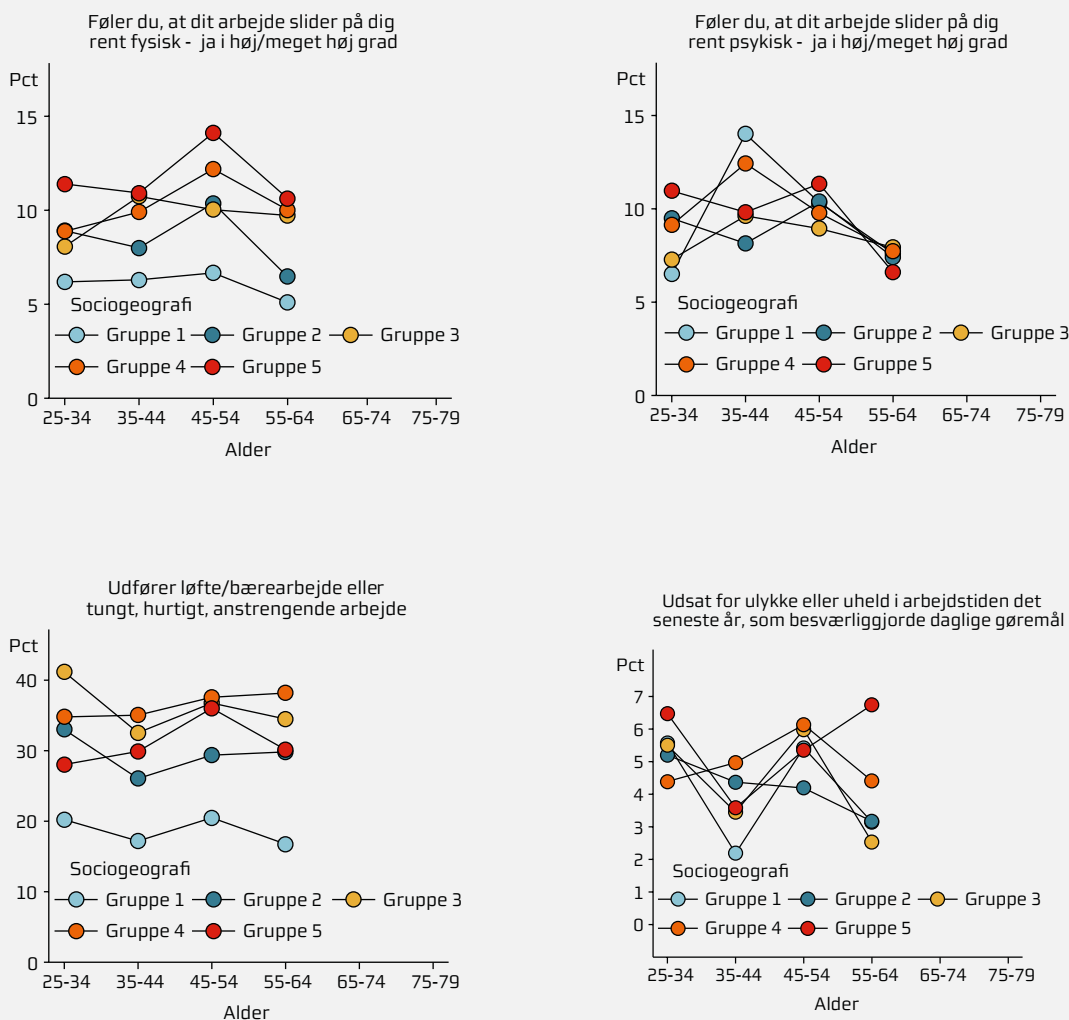
Rygestop. Der er ikke væsentlig forskelle i motivationen til rygestop blandt dagligrygere i forhold til geografiske områder. Dog er motivationen lidt højere i gruppe 1, hvor 78 % af dagligrygerne ønsker at stoppe. I de øvrige grupper er den tilsvarende andel 70-73 %. Det fremgår af figur 12.9, at motivationen for rygeophør falder med alderen i alle sociogeografiske grupper.

Mere fysisk aktivitet. Der er stor motivation til at være mere fysisk aktiv hos personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i alle geografiske områder. Motivationen er dog størst i de bedst stille geografiske områder. I gruppe 1 ønsker 73 % af de fysisk inaktive at være mere fysisk aktive, i gruppe 2 69 %, i gruppe 3 63 %, i gruppe 4 62 % og i gruppe 5 66 %. Det fremgår af figur 12.9, at motivationen falder med alderen i alle sociogeografiske grupper.

Sundere kost. Andelen, der gerne vil spise sundere blandt personer med et usundt kostmønster, varierer fra 56 % i gruppe 1 til 44 % i gruppe 3. Forskellen mellem de geografiske områder er ikke signifikant. Som det fremgår af figur 12.9, er der markant flere unge end ældre, der ønsker at ændre kostvaner.

Vægttab. Der er forholdsvis beskedne forskelle mellem de geografiske områder, hvad angår motivationen for at tabe sig blandt personer med svær overvægt. Størst er motivation i de bedste og de dårligst stillede områder (gruppe 1 og gruppe 5), hvor henholdsvis 59 % og 50 % i høj grad ønsker at tabe sig. Det fremgår af figur 12.9, at motivationen for at tabe sig falder med alderen i alle sociogeografiske grupper.

FIGUR 12.10
Sociogeografi og helbredspåvirkninger i arbejdslivet



Helbredspåvirkninger i arbejdslivet

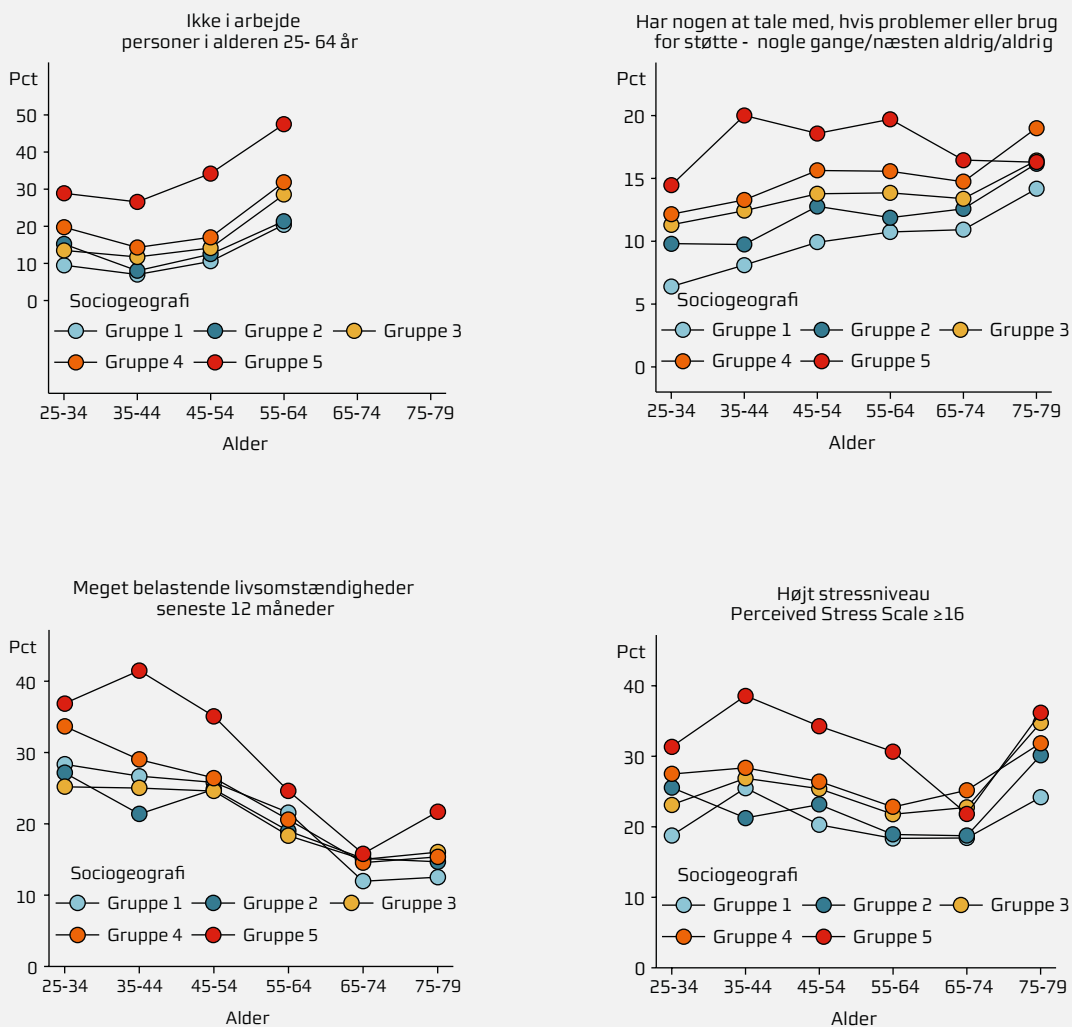
Arbejdet slider fysisk. I de bedst stillede geografiske områder (gruppe 1) oplever 6 %, at arbejdet slider på dem rent fysisk. Andelen stiger til 12 % i de dårligst stillede geografiske områder (gruppe 5). Det fremgår af figur 12.10, at der er tale om en trinvis stigning fra gruppe 1 til gruppe 5. Den største forskel mellem de geografiske grupper ses blandt de 45-54-årige.

Arbejdet slider psykisk. Der er 9 % i alle geografiske områder, som oplever, at arbejdet slider på dem rent psykisk. Andelen varierer en del mellem aldersgrupperne inden for de enkelte geografiske områder. Som det fremgår af figur 12.10, har de 35-44-årige i de bedst stillede geografiske områder (gruppe 1) den højeste andel, der oplever, at arbejdet slider psykisk.

Udfører tungt arbejde. Der er en betydelig forskel mellem de geografiske områder i andelen, der udfører fysisk krævende arbejde. 19 % i de bedst stillede geografiske områder (gruppe 1) udfører i deres hovedbeskæftigelse stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde eller udfører tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende. Der er en trinvis stigning i andelen fra gruppe 1 til og med gruppe 4, hvor andelen med fysisk krævende arbejde er 36 %. I de dårligst stillede områder har 31 % et fysisk krævende arbejde. Det fremgår af figur 12.10, at andelen med fysisk krævende arbejde kun varierer lidt i forhold til alder inden for de sociogeografiske grupper.

Ulykker og uheld i arbejdstiden. Der er kun små forskelle mellem de geografiske områder med hensyn til ulykker og uheld på arbejdet. Der er en trinvis stigning fra 4 % i gruppe 1 til og med gruppe 5 i andelen, der inden for de seneste 12 måneder har været udsat for ulykker eller uheld i deres daglige arbejde, som gjorde det besværligt eller umuligt for dem at udføre deres daglige gøremål. Tendensen er statistisk signifikant. Figur 12.10 viser, at opgjort på aldersgrupper fremtræder der ikke noget entydigt mønster.

FIGUR 12.11
Sociogeografi og generelle psykosociale helbredspåvirkninger



Generelle psykosociale belastninger

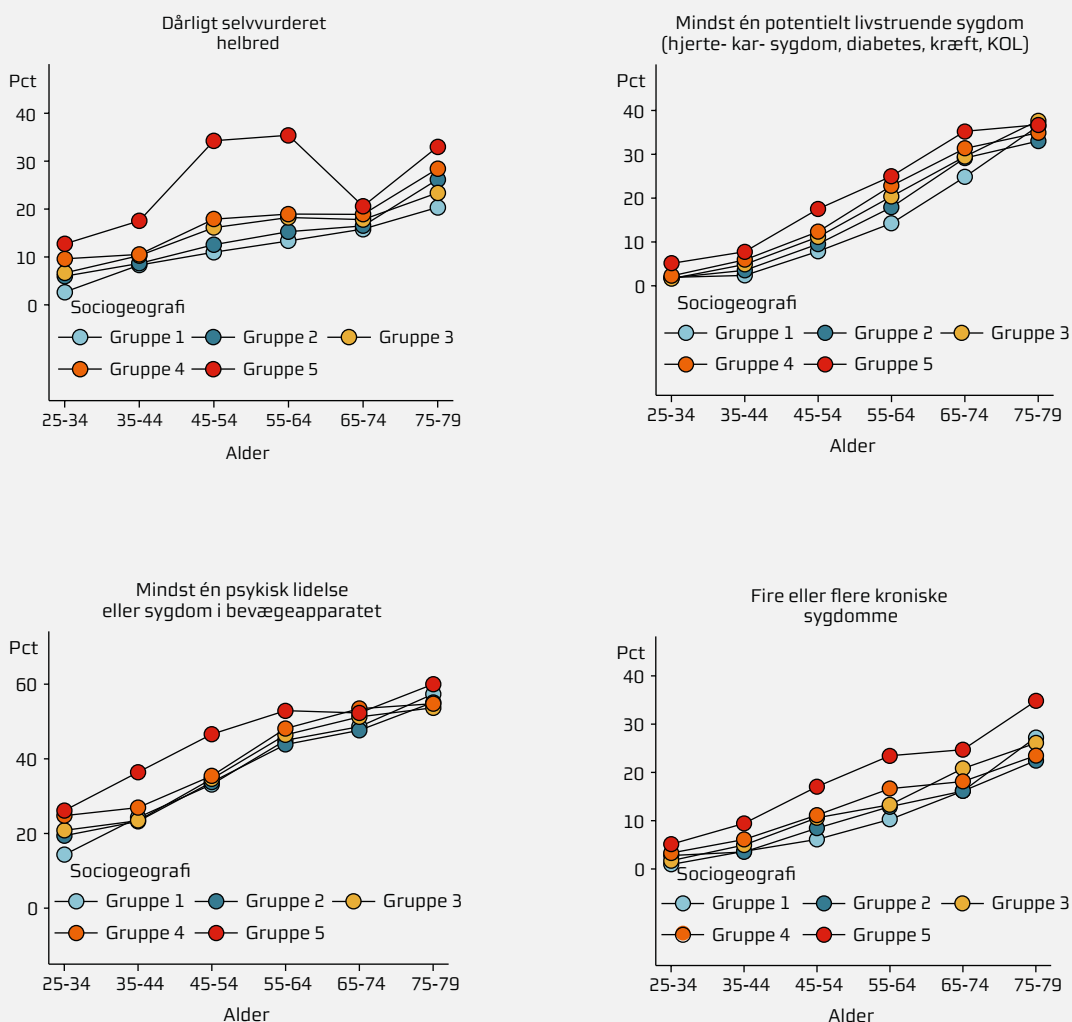
Ikke i arbejde. Der er en markant forskel mellem de sociogeografiske grupper i andelen, der ikke er i arbejde. I gruppe 1 er 12 % ikke i arbejde, i gruppe 2 13 %, i gruppe 3 17 %, i gruppe 4 21 % og i gruppe 5 34 %. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Figur 12.11 viser, at andelen, der ikke er i arbejde, falder fra de yngre (25-34 år) til de midaldrende (35-44 år) for herefter at stige igen i alle sociogeografiske grupper.

Manglende social støtte. Der er en trinvis stigning i andelen med svag social støtte fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. I gruppe 1 er andelen 9 %, i gruppe 2 12 %, i gruppe 3 13 %, i gruppe 4 15 % og i gruppe 5 18 %. Figur 12.11 viser, at der i gruppe 1 til gruppe 4 er en tydelig stigning i andelen i forhold til alder. I de dårligst stillede geografiske områder (gruppe 5) er andelen med svag social støtte derimod størst blandt de midterste aldersgrupper (35-44, 45-54 og 55-64 år).

Belastende livsomstændigheder. Der er forskel på andelen med belastende livsomstændigheder i de fem sociogeografiske grupper. Andelen med belastende livsomstændigheder er imidlertid ikke trinvist stigende fra de bedst til de dårligst stillede områder. Som det fremgår af figur 12.11, findes den væsentligste forskel mellem de dårligst stillede områder (gruppe 5) og de øvrige områder. I gruppe 5 har 31 % oplevet belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder. I gruppe 1-4 under ét er andelen 22 %. De hyppigste belastninger i gruppe 5 var i nævnte rækkefølge egen økonomi, sygdom hos personen selv, egen arbejdsituation og sygdom hos partner, familie eller nære venner. I alle sociogeografiske grupper sker der et fald med alderen i andelen med belastende livsomstændigheder.

Højt stressniveau. Der er en trinvis stigning i andelen med et højt stressniveau fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med højt stressniveau er som følger: 21 % i gruppe 1, 22 % i gruppe 2, 25 % i gruppe 3, 26 % i gruppe 4 og 36 % i gruppe 5. Figur 12.11 viser, at forskellen er mest markant mellem gruppe 5 og de øvrige grupper inden for aldersgrupperne 35-44, 45-54 og 55-64 år. Den største andel finder man i aldersgruppen 35-44 år med lavt uddannelsesniveau, hvor 38 % har et højt stressniveau. Den laveste andel finder man i aldersgrupperne 55-64 og 65-74 år med højt uddannelsesniveau, hvor 18-19 % har et højt stressniveau.

FIGUR 12.12
Sociogeografi og selvvurderet helbred og sygdom



Selvurderet helbred og sygelighed

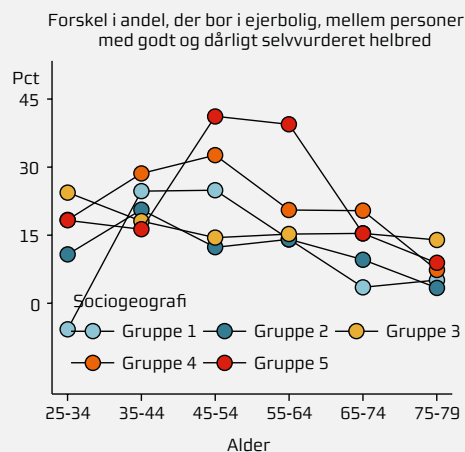
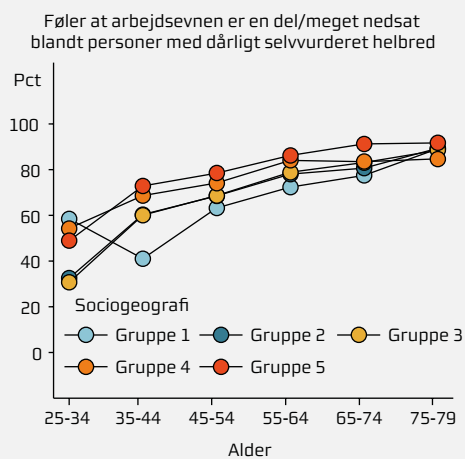
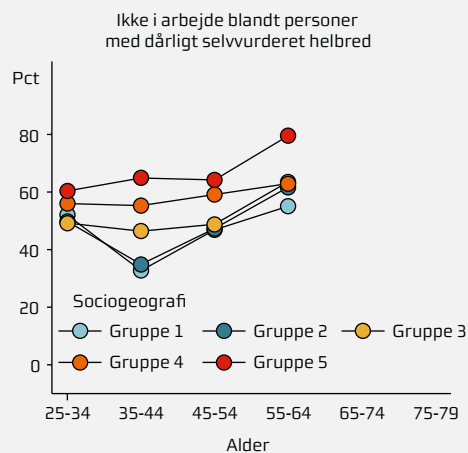
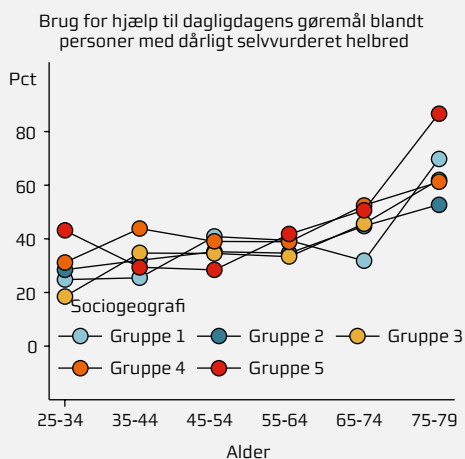
Dårligt selvvurderet helbred. Der er en trinvis stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er som følger: 10 % i gruppe 1, 12 % i gruppe 2, 15 % i gruppe 3, 16 % i gruppe 4 og 24 % i gruppe 5. Figur 12.12 viser, at der i grupperne 1 til 4 er en jævn stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred fra de yngste til de ældste aldersgrupper. Mønsteret i de dårligst stillede områder (gruppe 5) afviger herfra, idet den højeste andel med dårligt selvvurderet helbred findes blandt de midaldrende (45-54 og 55-64 år).

Livstruende kroniske sygdomme. Der er en trinvis stigning i andelen med en potentielt livstruende sygdom fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med mindst én af disse sygdomme er som følger: 10 % i gruppe 1, 13 % i gruppe 2, 15 % i gruppe 3, 16 % i gruppe 4 og 18 % i gruppe 5. Figur 12.12 viser, at der i samtlige sociogeografiske grupper er en jævn stigning i andelen med en livstruende sygdom fra de yngste til de ældste aldersgrupper. Med undtagelse af den yngste (25-34 år) og ældste aldersgruppe (75-79 år) genfindes den sociale gradient inden for alle aldersgrupper.

Psykiske og/eller bevægeapparatslidelser. Der er en trinvis stigning i andelen med psykiske eller bevægeapparatslidelser fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med psykiske eller bevægeapparatslidelser er som følger: 33 % i gruppe 1, 34 % i gruppe 2, 37 % i gruppe 3, 39 % i gruppe 4 og 43 % i gruppe 5. Figur 12.12 viser, at der i samtlige sociogeografiske grupper er en jævn stigning i andelen med psykiske eller bevægeapparatslidelser fra de yngste til de ældste aldersgrupper. I aldersgrupperne 35-44 og 45-54 år ses en markant højere andel i gruppe 5 sammenholdt med de øvrige grupper.

Fire eller flere kroniske sygdomme. Der er en trinvis stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er som følger: 8 % i gruppe 1, 9 % i gruppe 2, 11 % i gruppe 3, 12 % i gruppe 4 og 16 % i gruppe 5. Det fremgår af figur 12.12, at de dårligst stillede områder skiller sig markant ud fra de resterende områder ved at have en højere andel med fire eller flere kroniske sygdomme. Den sociale gradient genfindes i store træk inden for de enkelte aldersgrupper.

FIGUR 12.13
Sociogeografi og konsekvenser af dårligt helbred



Konsekvenser af dårligt helbred

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Blandt personer med dårligt selvvurderet helbred er der ingen statistisk signifikante forskelle mellem de sociogeografiske grupper i andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Det fremgår af figur 12.13, at der i alle fem sociogeografiske grupper er en højere andel, der har brug for hjælp blandt de ældste aldersgrupper, 65-74 og 75-79 år.

Ikke i arbejde. Der er en betydelig forskel i andelen blandt personer med dårligt selvvurderet helbred, der ikke er i arbejde, når man deler op på sociogeografiske grupper. Andelen, der ikke er i arbejde, stiger trinvist: 47 % i gruppe 1, 49 % i gruppe 2, 53 % i gruppe 3, 59 % i gruppe 4 og 69 % i gruppe 5. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Det fremgår af figur 12.13, at den sociale gradient er mest markant i aldersgruppen 35-44 år.

Nedsat arbejdsevne. Blandt personer med dårligt selvvurderet helbred er der forskel mellem de sociogeografiske grupper med hensyn til andelen, der vurderer, at deres arbejdsevne er nedsat. Der er en trinvis stigning i andelen med nedsat arbejdsevne fra de bedst stillede til de dårligst stillede geografiske områder: 67 % i gruppe 1, 71 % i gruppe 2, 73 % i gruppe 3, 77 % i gruppe 4 og 79 % i gruppe 5. Som det fremgår af figur 12.13, indsnævres forskellene mellem de sociogeografiske grupper fra de yngste til de ældste aldersgrupper.

Ejerbolig. Færre personer med dårligt selvvurderet helbred bor i ejerbolig i forhold til personer med godt selvvurderet helbred. Forskellen stiger imidlertid trinvist fra de bedst til de dårligst stillede geografiske områder. Forskellen er som følger: 6 procentpoint i gruppe 1, 11 procentpoint i gruppe 2, 14 procentpoint i gruppe 3, 20 procentpoint i gruppe 4 og 23 procentpoint i gruppe 5. Figur 12.13 viser, at der er en social gradient inden for de enkelte aldersgrupper. Den største forskel ses i aldersgrupperne 45-54 og 55-64 år i gruppe 5, hvor der er en forskel mellem personer med godt og dårligt selvvurderet helbred på 40 procentpoint med hensyn til, hvor mange der bor i ejerbolig.

Sammenfatning

Sundhedsvaner. De her præsenterede analyser viser, at der er en trinvis stigning i andelen, der ryger dagligt, er fysisk inaktive i fritiden, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder (gruppe 1 til 5).

Motivation for at ændre sundhedsvaner. Der er generelt en høj motivation for at ændre risikable sundhedsvaner i alle sociogeografiske grupper, selv om den falder lidt fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder. Det gælder både med hensyn til rygning, fysisk inaktivitet i fritiden, usunde kostvaner og svær overvægt.

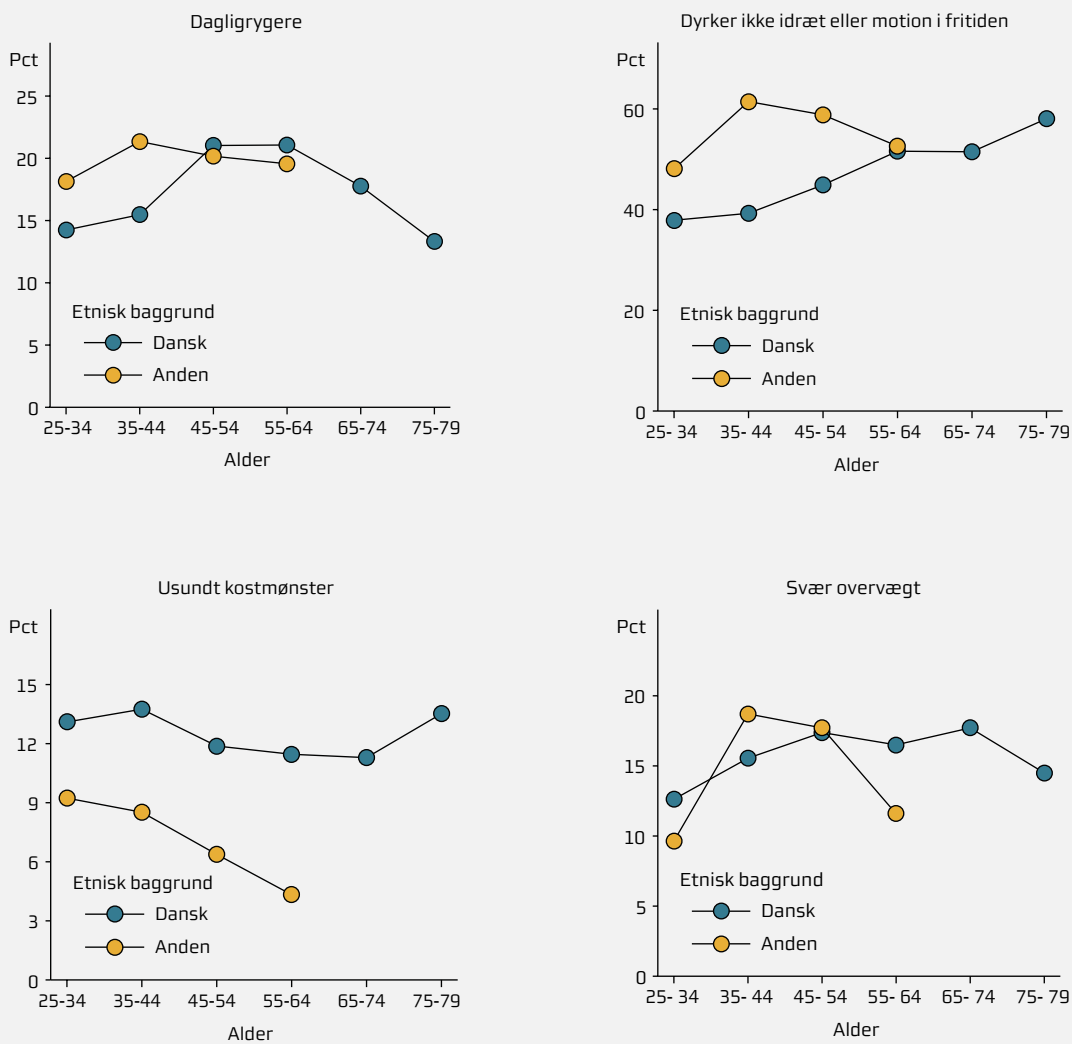
Helbredspåvirkninger i arbejdslivet. De fysiske belastninger i arbejdet stiger trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder (gruppe 1 til 5). Med hensyn til ulykker og uheld i arbejdstiden ses den samme trinvis stigning, skønt forskellene mellem de sociogeografiske områder er små. Der er ikke forskel i andelen, der oplever, at arbejdet slider psykisk mellem de sociogeografiske grupper, når man ser på grupperne som helhed. Den højeste andel ses hos de 35-44-årige i de bedst stillede områder.

Generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Andelen i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde, stiger trinvist fra den bedst til den dårligst stillede gruppe, hvor næsten tre gange så mange er uden arbejde som i gruppe 1. Der er ligeledes en trinvis stigning i andelen, der mangler social støtte. Væsentligt flere har oplevet belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder i gruppe 5 end i de fire andre grupper. Andelen med et højt stressniveau øges fra gruppe 1 til 5 og er markant højere i denne gruppe end i de fire andre grupper.

Selvvurderet helbred og sygelighed. Der er betydelige sociogeografiske forskelle i selvvurderet helbred og sygelighed. Generelt stiger sygeligheden trinvist fra gruppe 1 til gruppe 5. Der er en markant større hyppighed af dårligt selvvurderet helbred samt psykiske lidelser eller bevægeapparatslidelser blandt midaldrende i gruppe 5. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er væsentligt højere i gruppe 5 end i gruppe 1 til 4.

Konsekvenser af dårligt helbred. Der er ikke sociogeografiske forskelle i andelen, der har brug for hjælp blandt personer med dårligt selvvurderet helbred. Til gengæld øges andelen blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde, fra gruppe 1 til 5. Ligeledes øges andelen, der vurderer, at deres arbejdsevne er nedsat, blandt personer med dårligt selvvurderet fra gruppe 1 til 5. Forskellen i andelen, der bor i ejerbolig, mellem personer med godt og dårligt helbred øges trinvist fra de bedst til de dårligst stillede geografiske områder.

FIGUR 12.14
Etnisk baggrund og sundhedsvaner



Etnisk baggrund og sundhed

Dette afsnit beskriver sammenhængen mellem etnisk baggrund og sundhed. Der skelnes mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund.

Der har siden slutningen af 1960'erne været en betydelig indvandring i Danmark. Særligt er antallet af ikke-vestlige indvandrere steget kraftigt. I 2013 var 11 % af befolkningen indvandrere og efterkommere. 58 % af indvandrerne kom fra ikke-vestlige lande (36).

Etniske minoritetsgrupper i vestlige lande har vist sig ofte at have en dårligere helbredstilstand end majoritetsbefolkningen. Undersøgelser fra bl.a. Storbritannien tyder på, at dette for en væsentlig del skyldes ringere levevilkår hos minoritetsgrupperne (37). Der er imidlertid tale om en kompleks problemstilling, hvor en række faktorer spiller sammen (38). Ud over ringere levevilkår nævnes en række andre forhold, som afhængigt af de konkrete omstændigheder antages at påvirke helbredet i negativ retning hos etniske minoriteter såsom belastninger i forbindelse med eller forud for immigrationen, kulturelt betingede adfærdsformer, genetiske faktorer, diskrimination samt adgangen til og brugen af sundhedsvæsenet (39).

De etniske minoriteters sundhed i Danmark er forholdsvis dårligt belyst. I 2008 blev der lavet en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af syv minoritetsbefolkninger fra ikke-vestlige lande. Undersøgelsen viste, at andelen med dårligt selv vurderet helbred og langvarige sygdomme var betydeligt større end hos etniske danskere. Rygning, højt sukkerindtag, fysisk inaktivitet og svær overvægt var desuden mere udbredt. Alkoholforbruget var til gengæld væsentligt lavere end hos etniske danskere (40).

Analyserne i det følgende omfatter personer i alderen 25-79 år. Knap hver tiende borger i Region Midtjylland i denne aldersgruppe er indvandrer eller efterkommer, her under ét betegnet som personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er betydelig forskel i alderssammensætning. Gennemsnitsalderen hos personer med anden etnisk baggrund end dansk er 41 år, mens den hos personer med dansk baggrund er 51 år. Der er kun få personer over 64 år blandt indvandrere og efterkommere, og oplysninger om disse udelades i figurene, da datagrundlaget er for usikkert, men de indgår i opgørelserne for gruppen som helhed.

Da der ved en del af de beskrevne indikatorer er en stærk sammenhæng med alder, angives det, hvorvidt de observerede forskelle ændres ved justering for forskelle i alderssammensætning mellem de to dele af befolkningen.

Det skal bemærkes, at svarprocenten for personer med anden etnisk baggrund end dansk kun var på 34 %. Det rejser tvivl om repræsentativiteten af data, hvorfor

resultaterne skal tolkes med varsomhed. Desuden indgår der forholdsvis få personer med anden etnisk baggrund end dansk i undersøgelsen. Oplysningerne i det følgende bygger på svar fra 1.066 personer, hvorfor de tillige er behæftet med en forholdsvis stor statistisk usikkerhed.

Sundhedsvaner

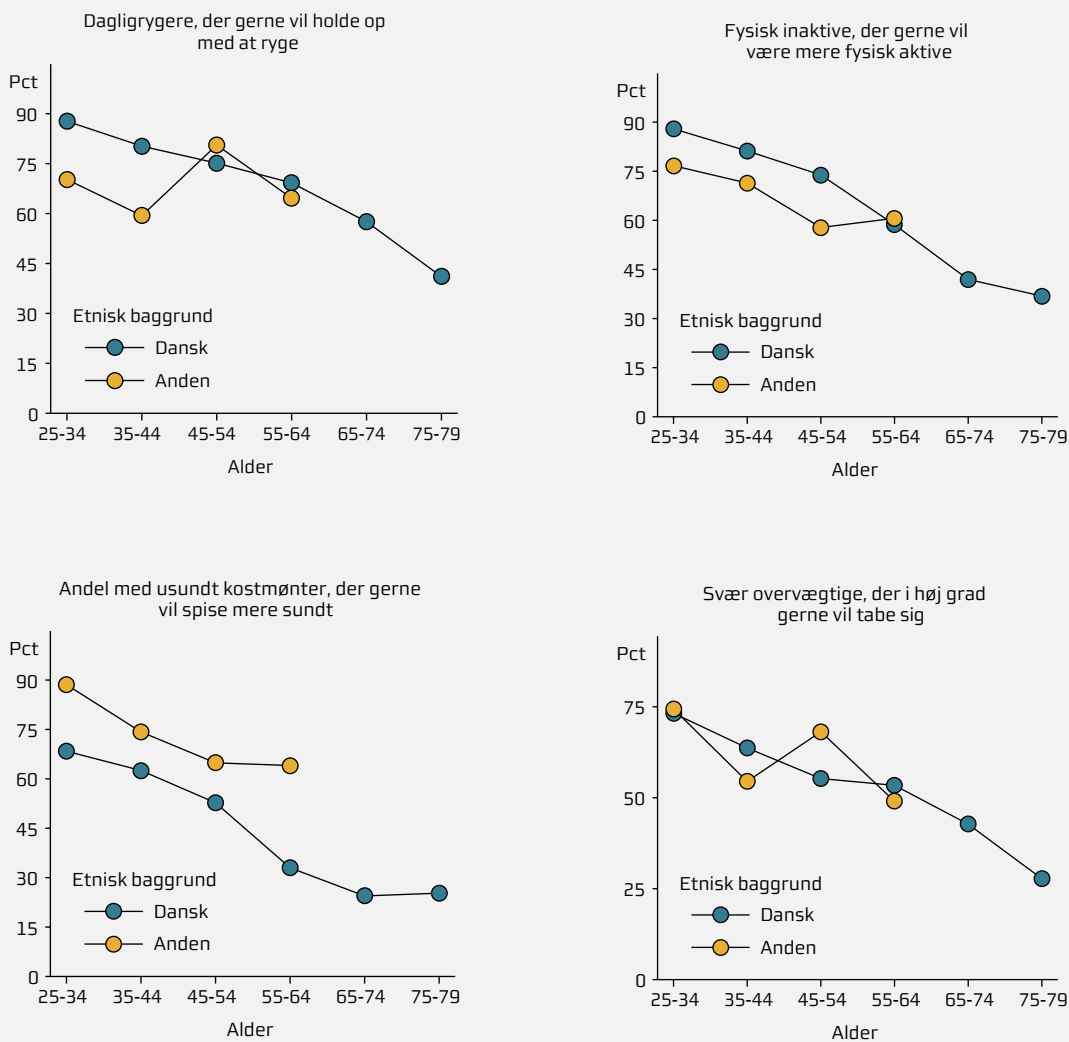
Dagligrygere. 19 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk ryger dagligt mod 18 % blandt personer med dansk baggrund. Forskellen er ikke statistisk signifikant, og dette ændrer sig ikke, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Som det fremgår af figur 12.14, dækker dette imidlertid over store aldersmæssige forskelle. I aldersgrupperne 25-34 og 35-44 år er der en større andel af dagligrygere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk (18 % og 21 % mod 14 % og 15 % hos personer med dansk baggrund).

Dyrker ikke motion i fritiden. 54 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk er fysisk inaktive i fritiden mod 46 % blandt personer med dansk baggrund. Forskellen øges lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Det fremgår af figur 12.14, at forskellen er størst i aldersgruppen 35-44 år, hvor henholdsvis 61 % og 39 % er fysisk inaktive i fritiden.

Usundt kostmønster. 8 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk har et usundt kostmønster mod 12 % blandt personer med dansk baggrund. Forskellen ændres ikke, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Det fremgår af figur 12.14, at forskellen er størst i aldersgruppen 55-64 år, hvor henholdsvis 4 % og 11 % har et usundt kostmønster.

Svær overvægt. Der er ikke forskel i andelen med svær overvægt blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Det ændrer sig ikke, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper.

FIGUR 12.15
Etnisk baggrund og motivation for at ændre vaner



Motivation for at ændre vaner

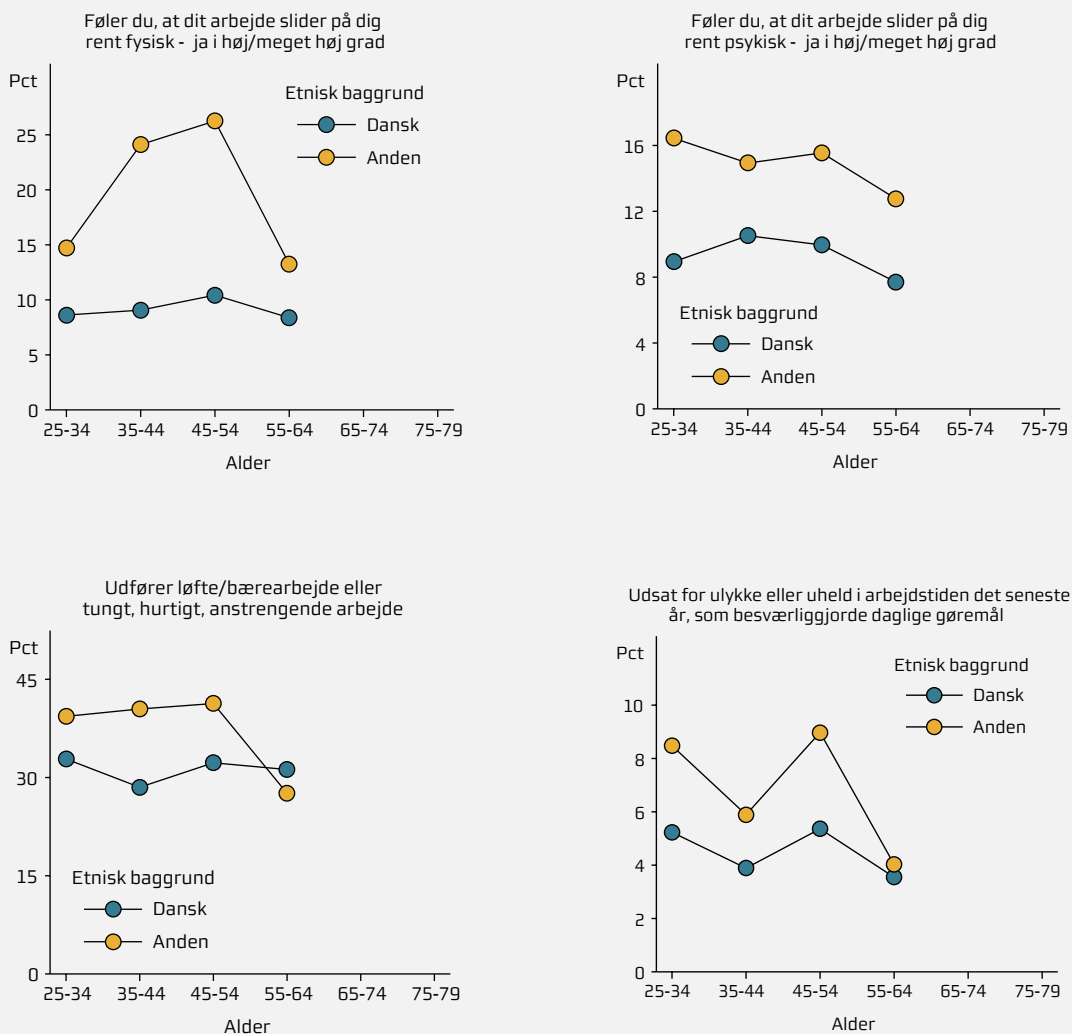
Rygestop. 68 % af dagligrygerne blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk vil gerne stoppe med at ryge mod 72 % med dansk baggrund. Forskellen er ikke statistisk signifikant. Forskellen øges og er signifikant, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Som det ses i figur 12.15 er motivationen for rygestop noget lavere hos yngre og midaldrende dagligrygere med anden etnisk baggrund end dansk. Hos dagligrygere med dansk baggrund i alderen 25-34 år ønsker 88 % at stoppe. Andelen er 70 % i samme aldersgruppe blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Hos dagligrygere med dansk baggrund i alderen 35-54 år ønsker 80 % at stoppe. Andelen er 59 % i samme aldersgruppe blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Mere fysisk aktivitet. Ser man på motivationen for at være mere fysisk aktiv hos personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er der ikke forskel blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Forskellen øges og er signifikant, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Som det fremgår af figur 12.15, er der væsentlige aldersmæssige forskelle i motivationen. I aldersgrupperne 25-34, 35-44 og 45-54 år er der en lavere andel blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, der gerne vil være mere fysisk aktive.

Sundere kost. Andelen blandt personer med et usundt kostmønster, der gerne vil spise sundere, er markant højere hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. I de to grupper ønsker henholdsvis 79 % og 49 % at spise sundere. Forskellen mindskes noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Det fremgår af figur 12.15, at motivationen for at spise sundere falder med alderen i begge grupper.

Vægttab. Der er ingen forskel i andelen, der ønsker at tabe sig, blandt personer med svær overvægt, når disse deles op på personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Dette ændrer sig ikke, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. For begge grupper gælder det, at motivationen falder med alderen, jævnfør figur 12.15.

FIGUR 12.16
Etnisk baggrund og helbredspåvirkninger



Helbredspåvirkninger i arbejdslivet

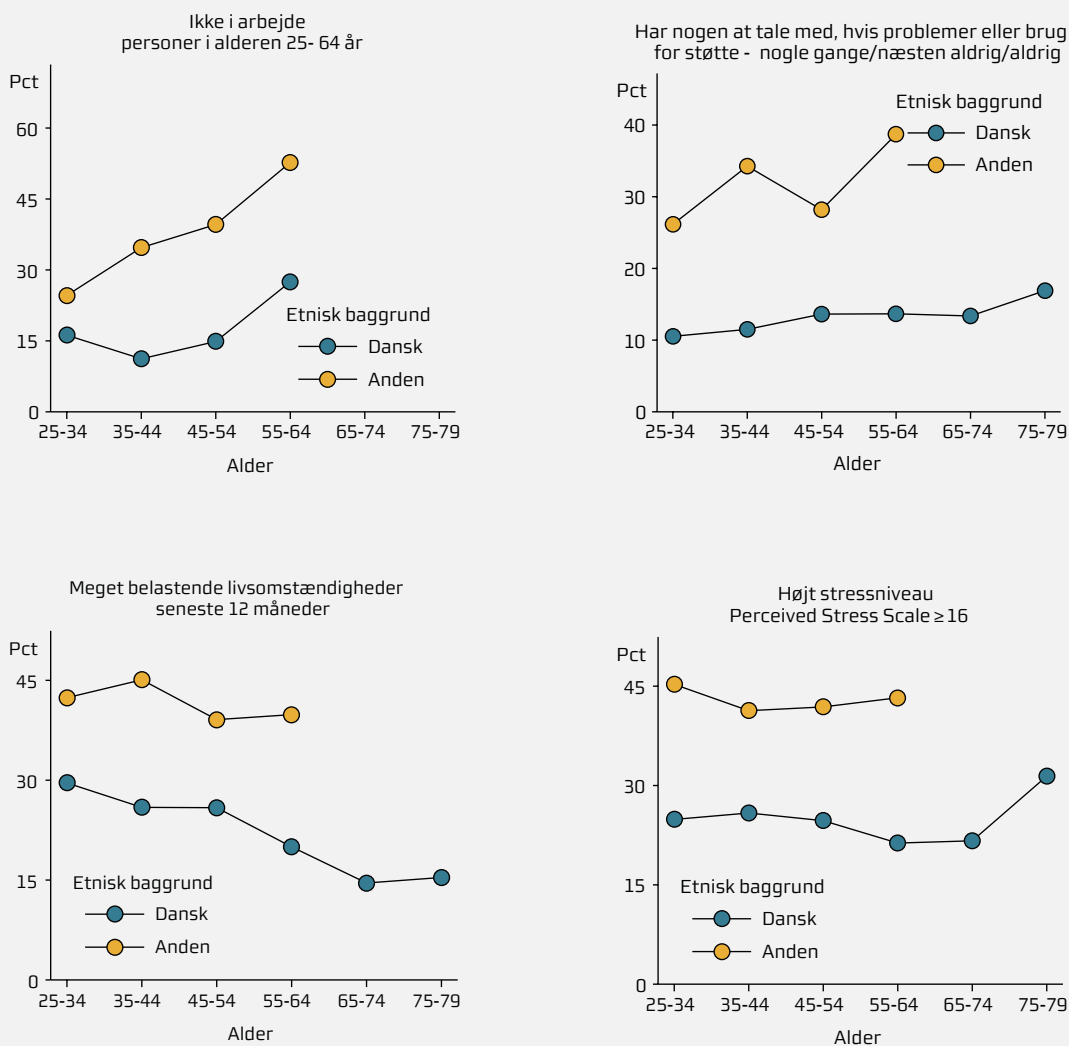
Arbejdet slider fysisk. 9 % blandt personer med dansk etnisk baggrund oplever, at arbejdet slider på dem rent fysisk mod 20 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Forskellen er uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Den højeste andel finder man blandt de 35-45-årige og 45-54-årige med anden etnisk baggrund end dansk, hvor hver fjerde oplever, at arbejdet slider på dem rent fysisk, jævnfør figur 12.16.

Arbejdet slider psykisk. 9 % blandt personer med dansk etnisk baggrund oplever, at arbejdet slider på dem rent psykisk mod 16 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Forskellen er uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Det fremgår af figur 12.16, at forskellen er størst blandt de yngste (25-34 år).

Udfører tungt arbejde. 31 % med dansk etnisk baggrund udfører krævende fysisk arbejde i deres hovedbeskæftigelse. Det vil sige stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde eller tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende. Den tilsvarende andel for personer med anden etnisk baggrund end dansk er 39 %. Forskellen reduceres lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.16 viser, at det er i aldersgrupperne 25-34, 35-44 og 45-54 år, at der er forskel, mens der ikke er forskel i blandt de 55-64-årige.

Ulykker og uheld i arbejdstiden. 4 % med etnisk dansk baggrund har inden for de seneste 12 måneder været udsat for ulykker eller uheld i deres daglige arbejde, som gjorde det besværligt eller umuligt for dem at udføre deres daglige gøremål. Den tilsvarende andel er 7 % hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Forskellen er uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Der er forskelle i aldersgrupperne 25-34, 35-44 og 45-54 år, mens der ikke er forskel i gruppen 55-64 år.

FIGUR 12.17
Etnisk baggrund og generelle psykosociale helbredspåvirkninger



Generelle psykosociale belastninger

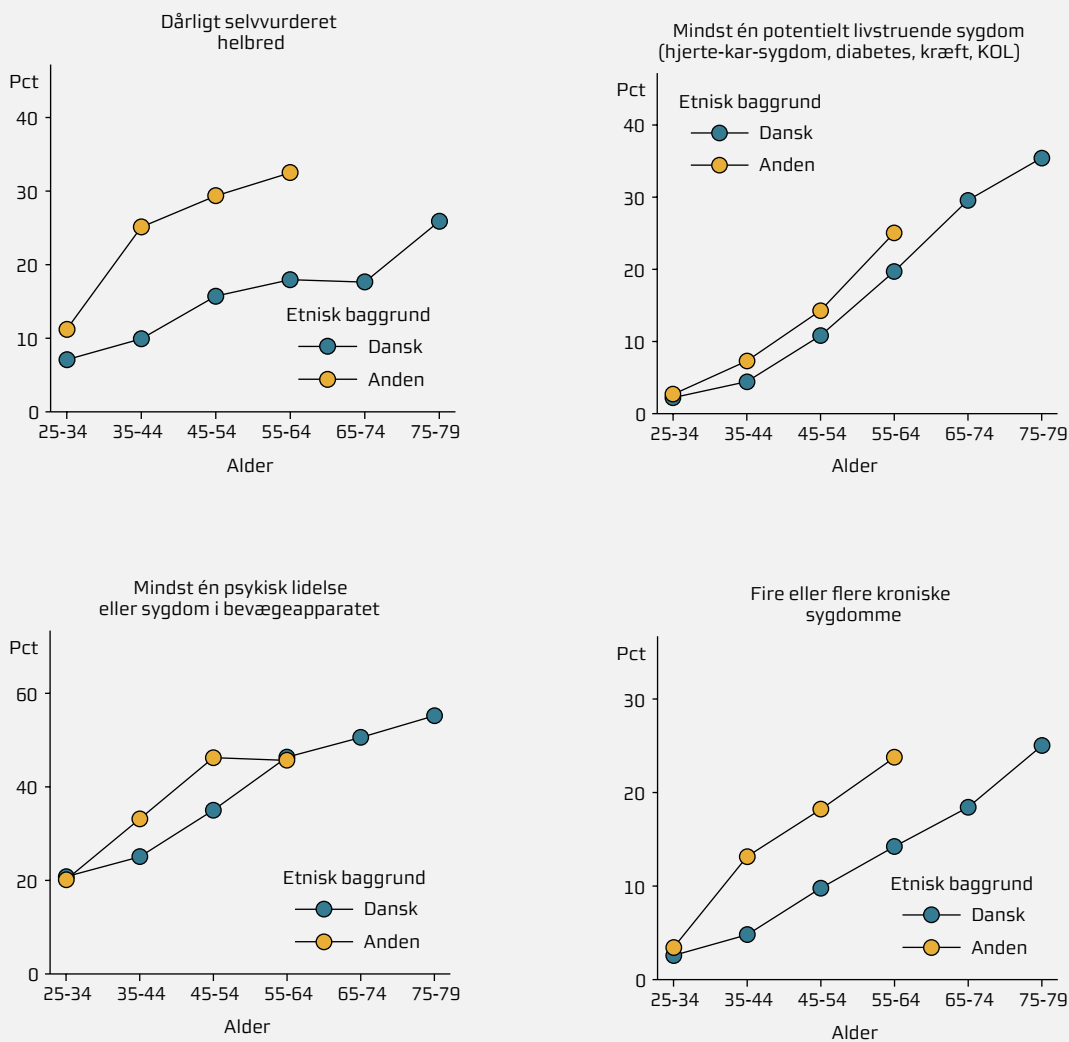
Ikke i arbejde. Blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er dobbelt så mange med anden etnisk baggrund end dansk ikke i arbejde (34 %) i forhold til personer med dansk baggrund (17 %). Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Forskellen reduceres lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.17 viser, at andelen, der ikke er i arbejde, stiger stærkt fra aldersgruppe til aldersgruppe blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, mens den hos personer med dansk baggrund først øges markant blandt de 55-64-årige.

Manglende social støtte. Der er mere end dobbelt så høj en andel med svag social støtte blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk (29 %) end blandt personer med dansk baggrund (13 %). Forskellen øges lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.17 viser, at der hos begge grupper er en tendens til, at andelen med svag social støtte stiger med alderen.

Belastende livsomstændigheder. Der er en næsten dobbelt så høj andel, der har oplevet belastende livsomstændigheder inden for de seneste 12 måneder, blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk (41 %) end blandt personer med dansk baggrund (23 %). Forskellen reduceres noget, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. De hyppigste belastninger hos personer med anden etnisk baggrund end dansk har i nævnte rækkefølge været personens økonomi, arbejdssituation samt sygdom hos personen selv og sygdom hos partner, familie eller nære venner. Figur 12.17 viser, at der hos personer med dansk baggrund er en tendens til, at andelen med belastende livsomstændigheder falder med alderen. Der er ikke en tilsvarende tydelig tendens hos personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Højt stressniveau. Andelen med et højt stressniveau er væsentligt større hos personer med anden etnisk baggrund end dansk end blandt personer med dansk baggrund. Henholdsvis 42 % og 24 % har et højt stressniveau i de to grupper. Forskellen er uændret, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.17 viser, at der er et svagt fald i andelen med et højt stressniveau fra yngste til ældste aldersgruppe blandt personer med dansk baggrund. Der er ikke tilsvarende nogen klar tendens blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

FIGUR 12.18
Etnisk baggrund og selv vurderet helbred og sygelighed



Selvurderet helbred og sygelighed

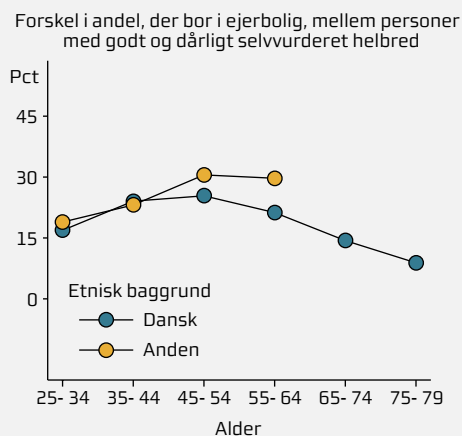
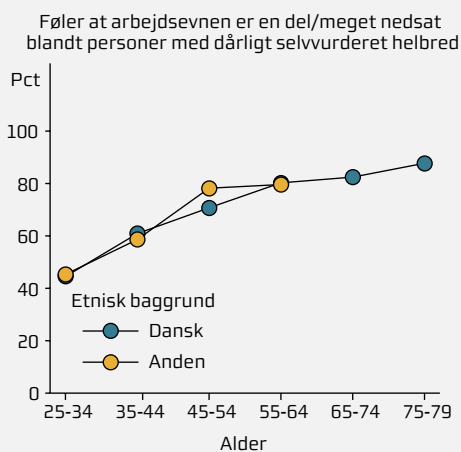
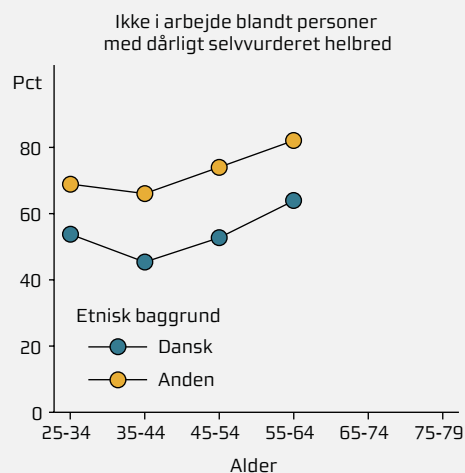
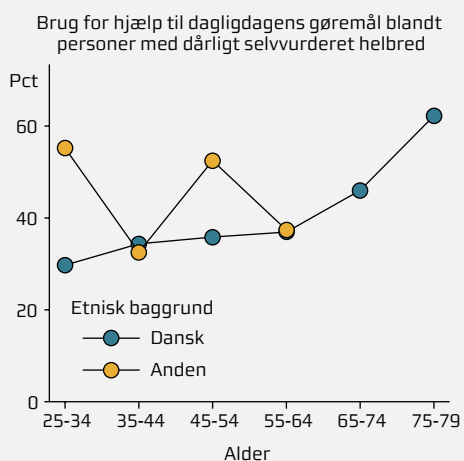
Dårligt selvvurderet helbred. Der er en væsentlig højere andel med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk sammenlignet med personer med dansk baggrund, idet andelen i de to grupper er henholdsvis 20 % og 14 %. Forskellen øges lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.18 viser, at forskellen blandt de yngre (25-34 år) er lille. Til gengæld er den betydelig inden for aldersgrupperne 35-44, 45-54 og 55-64 år.

Livstruende kroniske sygdomme. Der er en højere andel med mindst én potentielt livstruende sygdom blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk sammenlignet med personer med dansk baggrund. Andelen i de to grupper er henholdsvis 14 % og 10 %. Forskellen mindskes lidt, når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Figur 12.18 viser, at der ikke er forskel blandt de 25-34-årige.

Psykiske og/eller bevægeapparatslidelser. Der er en lidt højere andel med psykiske eller bevægeapparatslidelser blandt personer med dansk baggrund sammenholdt med personer med anden etnisk baggrund end dansk, henholdsvis 36 % og 33 %. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper, er forekomsten derimod størst hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Det fremgår af figur 12.18, at der er en større forekomst med psykiske eller bevægeapparatslidelser blandt personer med anden etnisk baggrund sammenholdt med personer med dansk baggrund i aldersgrupperne 35-44 og 45-54 år.

Fire eller flere kroniske sygdomme. Der er ingen forskel i andelen med af fire eller flere kroniske sygdomme mellem personer med dansk og anden etnisk baggrund. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper fremkommer en betydelig forskel, idet 18 % med anden etnisk baggrund end dansk har fire eller flere kroniske sygdomme mod 10 % blandt personer med dansk baggrund. Det fremgår af figur 12.18, at der er en højere andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk i aldersgrupperne 35-44, 45-54 og 55-64 år.

FIGUR 12.19
Etnisk baggrund og konsekvenser af dårligt helbred



Konsekvenser af dårligt helbred

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der ingen statistisk signifikant forskel i andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, mellem personer med dansk og anden etnisk baggrund. Når der justeres for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper fremkommer en forskel, idet 50 % med anden etnisk baggrund end dansk har brug for hjælp til dagligdagens gøremål mod 41 % blandt personer med dansk baggrund. Figur 12.19 viser, at behovet for hjælp stiger med alderen blandt personer med dansk baggrund, mens der ikke ses nogen tydelig tendens i forhold til alder blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Ikke i arbejde. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er 55 % med dansk etnisk baggrund ikke i arbejde. Tilsvarende er 71 % med anden etnisk baggrund end dansk ikke i arbejde. Heri er ikke medregnet studerende og personer på efterløn. Forskellen øges lidt, efter at der er justeret for forskelle i alderssammensætning mellem de to grupper. Som det fremgår af figur 12.19, er andelen uden arbejde højest i de yngste og ældste aldersgrupper (25-34 og 55-64 år) blandt personer med dansk baggrund og i de ældste aldersgrupper hos personer med anden etnisk baggrund end dansk (45-54 og 55-64 år).

Nedsat arbejdsevne. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred vurderer 65 % med dansk etnisk baggrund, at de har nedsat arbejdsevne. Den tilsvarende andel er 73 % blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ikke forskel mellem de to grupper, når der justeres for forskelle i alderssammensætning. Som det fremgår af figur 12.19, er andelen med nedsat arbejdsevne stigende fra den yngste til den ældste aldersgruppe både hos personer med dansk baggrund og med anden etnisk baggrund end dansk.

Ejerbolig. Andelen, der bor i ejerbolig, er større blandt personer med godt helbred sammenholdt med personer med dårligt helbred. Det gælder både blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Forskellen er imidlertid lidt større blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, henholdsvis 20 og 17 procentpoint. Figur 12.19 viser, at forskellen stiger med alderen til og med aldersgruppen 45-54 år.

Sammenfatning

Sundhedsvaner. De præsenterede analyser viser, at der er forskelle i sundhedsvaner mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Forskellene er dog mindre end imellem uddannelsesniveauerne og de sociogeografiske grupper. Rygning er mere udbredt blandt yngre og midaldrende personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ligeledes en større andel, der fysisk inaktive i fritiden, især hos de midaldrende. Til gengæld er andelen med usunde kostvaner mindre, mens der ikke er forskel på andelen med svær overvægt mellem de to grupper.

Motivation for at ændre sundhedsvaner. Motivationen for at ændre risikable sundhedsvaner er generelt høj. Dog er der en lidt mindre andel af de yngre og midaldrende rygere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, der ønsker at stoppe. Tilsvarende er der lidt færre hos de yngre og midaldrende med anden etnisk baggrund end dansk, der ønsker at være fysisk aktive blandt personer, der er inaktive i fritiden. Til gengæld er motivationen for at spise sundere hos personer med et usundt kostmønster større hos personer med anden etnisk baggrund end dansk sammenholdt med personer med dansk baggrund. Motivationen for vægttab er lige stor hos svært overvægtige i de to grupper.

Helbredspåvirkninger i arbejdslivet. Personer med anden etnisk baggrund end dansk er udsat for betydeligt større belastninger i arbejdslivet end personer med dansk baggrund. En markant højere andel føler, at arbejdet slider på dem rent fysisk. Forskellen er størst hos de midaldrende. Desuden oplever flere, at arbejdet slider rent psykisk. En større andel udfører krævende fysisk arbejde i deres hovedbeskæftigelse. En større andel har endvidere været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden.

Generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Personer med anden etnisk baggrund end dansk har gennemgående markant flere psykosociale belastninger end personer med dansk baggrund. Tre gange så mange i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er ikke i arbejde, dobbelt så mange har ikke nogen, de kan tale med om deres problemer og hente støtte hos, og væsentligt flere har et højt stressniveau.

Selv vurderet helbred og sygelighed. Helbredstilstanden hos personer med anden etnisk baggrund end dansk er som helhed væsentligt dårligere end hos personer med dansk baggrund. Betydeligt flere har et dårligt selv vurderet helbred. En højere andel har mindst én potentielt livstruende sygdom og lidt flere har mindst én bevægeapparats- eller psykisk lidelse. Der er desuden en overhyppighed af personer med fire eller flere kroniske sygdomme blandt midaldrende.

Konsekvenser af dårligt helbred. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der en betydelig, men lige stor andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Når aldersfordelingen tages i betragtning, er andelen, der har behov for hjælp, dog større hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ligeledes en betydeligt større andel blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde i denne gruppe. I begge grupper vurderer et flertal af personer med dårligt selv vurderet helbred, at deres arbejdsevne er nedsat. De to grupper adskiller sig ikke væsentligt i den henseende. Andelen, der bor i ejerbolig, er større blandt personer med godt helbred sammenholdt med personer med dårligt helbred i begge grupper, men forskellen er lidt større blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Sammenfatning

Det er en vigtig politisk målsætning at mindske den sociale ulighed i sundhed. Kapitlet giver først en kort introduktion til begreber og teorier om social ulighed i sundhed, og der skitseres en forståelsesramme, der anvendes i de følgende analyser. Dernæst beskrives forskellige aspekter af social ulighed i sundhed i forhold til tre mål for social position: uddannelsesniveau, sociogeografi og etnisk baggrund. Der præsenteres separate analyser for hvert af de tre mål for social position. Analyserne omfatter: (1) Sociale forskelle i helbredspåvirkninger opdelt på sundhedsvaner, helbredspåvirkninger i arbejdslivet og generelle psykosociale helbredspåvirkninger. Under sundhedsvaner beskrives desuden sociale forskelle i motivationen for at ændre vaner. (2) Sociale forskelle i selv vurderet helbred og sygelighed. (3) Sociale forskelle i konsekvenser af dårligt helbred. Formålet er at tegne et sammenhængende billede af den sociale ulighed i sundhed.

Uddannelsesniveau. Andelen, der ryger dagligt, er fysisk inaktive i fritiden, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige, falder markant for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelsesniveau. For rygning, usundt kostmønster og svær overvægt gælder desuden, at forskellene mellem uddannelsesniveauerne er størst blandt den yngre og midaldrende del af befolkningen.

Der er generelt stor motivation for at ændre risikable sundhedsvaner på alle uddannelsesniveauer, selv om motivationen stiger fra laveste til højeste niveau.

De fysiske belastninger og risikoen for ulykker og uheld i arbejdslivet aftager markant for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelseshierarkiet. Til gengæld stiger andelen, der oplever, at arbejdet slider rent psykisk med stigende uddannelsesniveau.

De lavtuddannede er betydeligt mere udsatte for psykosociale belastninger end personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Især de yngre aldersgrupper blandt de lavtuddannede udgør en sårbar gruppe med en

høj andel, der ikke er i arbejde, der mangler social støtte, som lever under belastende livsomstændigheder, og som har et højt stressniveau. Inden for tre af de fire psykosociale faktorer, der er med i analysen, ses endvidere en tendens til, at der er et højt belastningsniveau blandt lavtuddannede ældre.

Sygeligheden falder for hvert trin, man bevæger sig opad i uddannelsesniveau, men forskellen er især markant mellem de lavtuddannede på den ene side og personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau på den anden side. Der er især påfaldende, at en stor andel af de lavtuddannede i de yngre aldersgrupper har et dårligt selv vurderet helbred og psykiske eller bevægeapparatslidelser.

Konsekvenserne af dårligt selv vurderet helbred øges tilsyneladende, når man bevæger sig nedad i uddannelseshierarkiet. Især er der store forskelle mellem uddannelsesniveauerne med hensyn til tilknytning til arbejdsmarkedet blandt personer i den erhvervsaktive alder. Lavere uddannelsesniveau er ligeledes forbundet med en højere andel, der vurderer deres arbejdsevne som nedsat. Også med hensyn til økonomiske ressourcer synes dårligt selv vurderet helbred at have konsekvenser, idet en mindre andel blandt personer med dårligt selv vurderet helbred ejer deres egen bolig sammenholdt med personer med godt selv vurderet helbred. Forskellene er størst hos lavtuddannede og mindst hos højtuddannede.

Sociogeografi. Der er en trinvis stigning i andelen, der ryger dagligt, er fysisk inaktive i fritiden, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige, fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder. Der er generelt en høj motivation for at ændre risikable sundhedsvaner i alle sociogeografiske grupper, selv om motivationen er lidt lavere i de dårligst stillede områder. Det gælder både med hensyn til rygning, fysisk inaktivitet i fritiden, usunde kostvaner og svær overvægt.

De fysiske belastninger i arbejdet stiger trinvist fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder. Det gælder også ulykker og uheld i arbejdstiden, om end forskellene her er små. Der er ikke forskel i andelen, der oplever, at arbejdet slider psykisk mellem de sociogeografiske grupper, når man ser på grupperne som helhed.

Andelen i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde, tredobles fra de bedst stillede til de dårligst stillede områder. Der er ligeledes en trinvis stigning i andelen, der mangler social støtte. Væsentligt flere lever under belastende livsomstændigheder i gruppe 5 end i de fire andre grupper. Andelen med et højt stressniveau øges fra gruppe 1 til 5 og er markant højere i denne gruppe end i de fire andre grupper.

Der er betydelige sociogeografiske forskelle i selv vurderet helbred og sygelighed. Sygeligheden øges fra gruppe 1 til 5. Der er en markant overhyppighed med dårligt selv vurderet helbred samt psykiske eller bevægeapparatslidelser

blandt midaldrende i gruppe 5. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme er væsentlig højere i gruppe 5 end i gruppe 1 til 4.

Der er ikke sociogeografiske forskelle i andelen, der har brug for hjælp blandt personer med dårligt selv vurderet helbred. Til gengæld øges andelen, der ikke er i arbejde, blandt personer i den erhvervsaktive alder (25-64 år), fra gruppe 1 til 5. Ligeledes øges andelen, der vurderer, at deres arbejdsevne er nedsat, blandt personer med dårligt selv vurderet fra gruppe 1 til 5. Forskellen i andelen, der bor i ejerbolig, mellem personer med godt og dårligt helbred øges trinvist fra de bedst til de dårligst stillede geografiske områder.

Etnisk baggrund. Der er forskelle i sundhedsvaner mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk baggrund. Rygning er mere udbredt blandt yngre og midaldrende personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ligeledes en større andel, der er fysisk inaktive i fritiden, især hos de midaldrende. Til gengæld er andelen med usunde kostvaner mindre, mens der ikke er forskel på andelen med svær overvægt mellem de to grupper.

Motivationen er generelt høj for at ændre risikable sundhedsvaner, både hos personer med anden etnisk baggrund end dansk og hos personer med dansk baggrund. På nogle områder er motivationen for at ændre vaner lidt mindre hos personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Personer med anden etnisk baggrund end dansk er udsat for betydeligt større belastninger i arbejdslivet end personer med dansk baggrund. En markant højere andel føler, at arbejdet slider på dem rent fysisk. Forskellen er størst hos de midaldrende. Desuden oplever flere, at arbejdet slider rent psykisk. En større andel udfører krævende fysisk arbejde i deres hovedbeskæftigelse. En større andel har endvidere været udsat for ulykker eller uheld i arbejdstiden.

Personer med anden etnisk baggrund end dansk har gennemgående markant flere psykosociale belastninger end personer med dansk baggrund. Dobbelt så mange i den erhvervsaktive alder (25-64 år) er ikke i arbejde, dobbelt så mange har ikke nogen, de kan tale med om deres problemer og hente støtte hos, og væsentligt flere har et højt stressniveau.

Helbredstilstanden hos personer med anden etnisk baggrund end dansk er som helhed væsentligt dårligere end hos personer med dansk baggrund. Betydeligt flere har et dårligt selv vurderet helbred. En højere andel har mindst én potentielt livstruende sygdom og lidt flere har mindst én psykisk eller bevægeapparatlidelse. Der er desuden en overhyppighed af personer med fire eller flere kroniske sygdomme blandt midaldrende.

Dårligt helbred har alvorlige konsekvenser, både for personer med anden etnisk baggrund end dansk og for

personer med dansk baggrund. Blandt personer med dårligt selv vurderet helbred er der en betydelig, men lige stor andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Når aldersfordelingen tages i betragtningen, er andelen, der har behov for hjælp, dog større hos personer med anden etnisk baggrund end dansk. Der er ligeledes en betydeligt større andel blandt personer med dårligt selv vurderet helbred i den erhvervsaktive alder (25-64 år), der ikke er i arbejde i denne gruppe. I begge grupper vurderer et flertal af personer med dårligt selv vurderet helbred, at deres arbejdsevne er nedsat. Andelen, der bor i ejerbolig, er større blandt personer med godt helbred sammenholdt med personer med dårligt helbred i begge grupper, men forskellen er lidt større blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Generelt. Der kan drages nogle generelle konklusioner på baggrund af analyserne samt den indledende gennemgang af teorier og begreber i kapitel 12:

- Der er behov for sundhedsfremmende og forebyggende indsatser der hvor mennesker lever, arbejder og er under uddannelse for at mindske den sociale ulighed i sundhed.
- Socialt dårligt stillede grupper har ofte mange samtidige helbredsbelastninger i deres liv. Indsatser for at fremme sundheden i disse grupper bør tilrettelægges ud fra et helhedsperspektiv.
- Det er vigtigt at skabe støttende miljøer i boligkvarterer, på arbejdspladser og på uddannelsesinstitutioner, der mindsker helbredsbelastningerne for de socialt dårligt stillede grupper og gør de sunde valg lettere.
- Sundheden hos yngre og midaldrende personer blandt socialt dårligt stillede grupper er i særlig grad belastet, både med hensyn til risikable sundhedsvaner, belastninger i arbejdslivet og generelle psykosociale belastninger. De bør derfor have særlig opmærksomhed i det forebyggende arbejde.
- Der er samtidig en stor motivation hos disse grupper til at ændre sundhedsvaner, hvilket er et godt udgangspunkt for sundhedsarbejdet.
- Indsatsen for større lighed i sundhed bør koordineres på tværs af sektorer og politikområder, da problemstillingerne typisk vedrører flere sektorer.
- De store sociale forskelle i sygelighed og konsekvenser af sygdom understreger vigtigheden af, at man inden for den behandelende del af sundhedsvæsenet har øje for patienternes sociale baggrund og situation og at der tages højde for denne gennem socialt differentierede indsatser, der koordineres mellem almen praksis, hospitaler og kommuner.
- Indsatser for større lighed i sundhed bør baseres på en troværdig virkningsteori og være metodisk og teoretisk stringente.
- Sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering bør evalueres i forhold til deres effekt på forskellige sociale grupper og ikke blot i forhold til deres gennemsnitlige effekt på befolkningen.

Referencer

1. Elstad JI. Social inequalities in health and their explanations. Oslo: NOVA; 2000.
2. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annu. Rev. Public Health* 32: 381–98; 2011.
3. Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.
4. Ibfelt E, Kjær SK, Johansen C, Høgdall C, Steding-Jessen M, Frederiksen K, Frederiksen BL, Osler M, Dalton SO. Socioeconomic position and stage of cervical cancer in Danish women diagnosed 2005 to 2009. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 21 (5): 835-42; 2012.
5. 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* 55(3): 209-215; 2010.
6. 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* 60(4): 351-356; 2007.
7. 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* 61(12): 1091-1097; 2006.
8. Frederiksen BL, Dalton SO, Osler M, Steding-Jessen M, de Nully Brown P. Socioeconomic position, treatment, and survival of non-Hodgkin lymphoma in Denmark—a nationwide study. *Br J Cancer* 106(5): 988-95; 2012.
9. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P. Identifying specific non-attending groups in breast cancer screening—population-based registry study of participation and socio-demography. *BMC Cancer* 12: 518; 2012.
10. Holm LV, Hansen DG, Larsen PV, Johansen C, Vedsted P, Bergholdt SH, Kragstrup J, Søndergaard J. Social inequality in cancer rehabilitation: a population-based cohort study. *Acta Oncol.* 52(2): 410-22; 2013.
11. Vallgård, S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige 1930 til i dag. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2003.
12. Vallgård, S. Health inequalities - political problematisations in Denmark and Sweden, *Critical Public Health* 17(1): 45-56; 2007.
13. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. København: Sundhedsministeriet; 1999.
14. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Mizrahi A, Rasmussen NK, Regidor E, Spuhler T, Mackenbach JP. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52(4):219-27; 1998.
15. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 349(9066): 1655-9; 1997.
16. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Regeringen september 2002.
17. 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.
18. Hvass LR, Manghezi A, Folker AP, Sandø N. Social ulighed i sundhed - hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
19. Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. København: Regeringen januar 2014.
20. Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission; 2013.
21. Fælles ansvar for sundhed. Sundhedsplan 2013. Viborg: Region Midtjylland; 2013.
22. Koch MB, Davidsen M, Juel K. Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2012.
23. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2013.
24. Ståhl T et al., eds. Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
25. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 61: 473-478; 2007.

26. Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE, Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186 146–173; 2010.
27. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA* 303(12): 1159-1166; 2010.
28. Stringhini S, Tabak AG, Akbaraly TN, et al. Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ* 345: e5452 doi: 10.1136/bmj.e5452; 2012.
29. Jarvandi S, Yan Y, Schootman, M. Income disparity and risk of death: The Importance of health behaviors and other mediating factors. *PLoS ONE* 7(11) e49929; 2012.
30. Kamphuis CBM, Turrell G, Giskes K, Mackenbach JP, van Lenthe FJ. Life course socioeconomic conditions, adulthood risk factors and cardiovascular mortality among men and women: A 17-year follow up of the GLOBE study. *International Journal of Cardiology* 168: 2207–2213; 2013.
31. Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, et al. Social inequalities and mortality in Europe – Results from a large multi-national cohort. *PLoS ONE* 7(7) e39013; 2012.
32. Méjean C, Droomers M, van der Schouw YT, et al. The contribution of diet and lifestyle to socioeconomic inequalities in cardiovascular morbidity and mortality. *International Journal of Cardiology* 168: 5190–5195; 2013.
33. Kershaw KN, Droomers M, Robinson WR, Carnethon MR, Daviglius ML, Verschuren MM, Quantifying the contributions of behavioral and biological risk factors to socioeconomic disparities in coronary heart disease incidence: the MORGEN study, *Eur J Epi* 28(10) : 807-814; 2013.
34. Kulik MC, Hoffmann R, Judge K, et al. Smoking and the potential for reduction of inequalities in mortality in Europe, *Eur J Epidemiol* 28: 959–971; 2013.
35. Clougherty JE, Souza K, Cullen MR. Work and its role in shaping the social gradient in health. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186:102–124; 2010.
36. *Indvandrerne i Danmark 2013*. København: Danmarks Statistik; 2013.
37. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health* 93(2): 277–284; 2003.
38. Bhopal RS. Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.
39. Smith GD, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Critical Public Health* 10: 375-408; 2000.
40. Singhammer J. *Etniske minoriteters sundhed*. Aarhus: Region Midtjylland; 2008.