

HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Finn Breinholt Larsen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Jes Bak Sørensen, Julie Christiansen,
Ane-Kathrine Lundberg, Sofie Emilie Pedersen og Karina Friis



HVORDAN HAR DU DET? 2017

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

UDARBEJDET AF

Finn Breinholt Larsen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

DEFACTUM | Marts 2018

TITEL

Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

FORFATTERE

Finn Breinholt Larsen (projektleder)
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Jes Bak Sørensen
Julie Christiansen
Ane-Kathrine Lundberg
Sofie Emilie Pedersen
Karina Friis

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2018

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

UDGIVER

Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
Tlf.: 7841 4310 (sekretær Ingerlise Andersen)
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

ISBN-nr: 978-87-92400-89-5

EAN-nr: 9788792400895

UDGIVELSE

Marts 2018

OPLAG

2.000

TRYK

GP Tryk & Zeuner Grafisk A/S

LAYOUT

www.hartwork.dk

FORSIDE

Malene Hald



Svanemærket tryksag
5041 0826 LaserTryk.dk

FORORD

Hermed foreligger Region Midtjyllands fjerde sundhedsprofil. De tre tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010 og 2013. Sundhedsprofilerne bygger på borgernes egne oplysninger og giver en enestående mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden i regionen, sådan som den opleves og beskrives af borgerne selv. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2017*, en spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 borgere. Desuden beskrives udviklingen i sundhedstilstanden ud fra *Hvordan har du det? 2010* og *2013*.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen. Sundhedsvæsenet må løbende tilpasse sine ydelser til de ændringer, der sker i befolkningens behov. Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig derfor på at inddrage nye emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. Samtidig er det vigtigt at følge udviklingen på de områder, der fortsat har en central betydning for folkesundheden som f.eks. rygning og andre sundhedsvaner.

Da sundhedsprofilen spænder over mange emner, kan det være på sin plads at fremhæve nogle af dens anvendelsesmuligheder. I det følgende nævnes fire eksempler på områder, hvor sundhedsprofilen kan bidrage med nyttig viden:

- Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde
- Bedre mental sundhed og mentalt helbred
- Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom
- Social og geografisk lighed i sundhed

Det kommunale og regionale forebyggelsesarbejde

Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) og overvægt er stadig de forebyggelige risikofaktorer, der forårsager flest kroniske sygdomme og tabte leveår i befolkningen, samtidig med at de bidrager væsentligt til den sociale ulighed i sundhed (1).

Sundhedsprofilen indeholder oplysninger om befolkningens sundhedsvaner med hensyn til KRAM og overvægt samt motivationen for at ændre sundhedsvaner.

Disse oplysninger kan bruges af kommunerne ved udformning af lokale sundhedspolitikker og ved tilrettelæggelse af forebyggelsesarbejdet. Desuden kan sundhedsprofilens oplysninger om sundhedsvaner hos mennesker med kroniske sygdomme bruges i den regionale forebyggelsesindsats i samarbejde med kommunerne og praksissektoren.

Bedre mental sundhed og mentalt helbred

God mental sundhed indebærer ifølge WHO's definition, at man kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, samt at man kan indgå i fællesskaber med andre mennesker (2).

Fremme af den mentale sundhed har høj prioritet både globalt og i en dansk sammenhæng (3, 4). Samtidig er det en vanskelig målsætning at arbejde med. Det skyldes både, at vi lever i et dynamisk samfund med hastige sociale og teknologiske forandringer, der påvirker vores dagligdag og hele tiden byder på nye muligheder og udfordringer. Men også, at området spænder vidt fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

Vi har i den aktuelle sundhedsprofil udbygget beskrivelsen af befolkningens mentale sundhed i forhold til tidligere. Samtidig har vi skærpet det analytiske fokus, idet der nu skelnes mellem befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Mental sundhed refererer til graden af psykisk trivsel, mens mentalt helbred vedrører psykisk sygdom.

Denne skelnen har betydning, når man tilrettelægger forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på det mentale område. Indsatser til fremme af den mentale sundhed sigter generelt mod en bredere målgruppe end indsatser til fremme af det mentale helbred, og arbejdsmetoderne må nødvendigvis indrettes derefter.

Der præsenteres følgende vinkler på mental sundhed og mentalt helbred: trivsel og livskvalitet, stress, angst, ensomhed, depression og psykiske lidelser. Oplysninger om depression er med for første gang i *Hvordan har du det? 2017*. Det samme gælder oplysninger om selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse blandt unge.

Vi håber, at den grundige og nuancerede fremstilling vil finde anvendelse ved tilrettelæggelse af indsatser for bedre mental sundhed og mentalt helbred.

Bedre livskvalitet og behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom

De oplysninger, der findes i *Hvordan har du det?*, kan bruges til at beskrive, hvordan personer med forskellige kroniske sygdomme har det sammenholdt med befolkningen generelt. Det giver mulighed for at få et populationsoverblik over borgere med specifikke sygdomme eller multisygdom.

Tidligere beskrev man fortrinsvis sundhedstilstanden ud fra registrerede diagnoser og dødelighed. Samfundsudviklingen har imidlertid medført et voksende behov for oplysninger om livskvalitet, funktionsevne og symptombyrde hos borgere med kronisk sygdom, og ikke blot oplysninger om, hvad de fejler, og hvad de dør af.

Det skyldes ikke mindst, at levealderen er steget, og at mange mennesker lever en betydelig del af deres liv med kroniske sygdomme, der kan behandles, men ofte ikke kan kureres. At borgere kan leve et aktivt og meningsfuldt liv på trods af sygdom er en vigtig målsætning for det samlede sundhedsvæsen.

Derfor er det relevant at indhente borgernes egne vurderinger af, hvordan de har det. Disse oplysninger går under betegnelsen *patientrapporterede oplysninger* (PRO) og er et vigtigt supplement til kliniske data (5). PRO omfatter også oplysninger fra patienter om deres erfaring med brug af sundhedsvæsenet. PRO-data indsamles i stigende grad som led i behandlingsforløbene, hvor de bruges til at tilrettelægge behandlingen ud fra den enkelte patients behov samt til at monitorere kvaliteten og effekten af behandlingen for en hel patientpopulation.

Hvordan har du det? indeholder en lang række spørgsmål, der kan bruges som referencedata for PRO-data, der indsamles i det regionale sundhedsvæsen, i praksissektoren eller i kommunalt regi. Her kan især fremhæves spørgsmål om:

- Helbredsrelateret livskvalitet
- Begrænsninger i udførelsen af dagligdagens gøremål

- Stress, ensomhed, depression
- Sundhedskompetence
- Behandlingsbyrde

For eksempel bruges *Hvordan har du det?*-data allerede som reference i MoEva (6). MoEva er et værktøj, der er udviklet i Region Midtjylland til monitorering og evaluering af patientuddannelser og sundhedstilbud i kommuner og på hospitaler.

Social og geografisk lighed i sundhed

I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed på grund af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed er derimod systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (7).

Større social lighed i sundhed er en vigtig målsætning i både region og kommuner. Sundhedsprofilen indeholder en række oplysninger, der kan understøtte denne indsats.

På tværs af de forskellige kapitler finder man oplysninger om befolkningens sundhed opdelt på uddannelsesniveau og i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet. En række af disse oplysninger er desuden sammenfattet i et særskilt kapitel.

Uddannelse er en af de vigtigste markører for social ulighed i sundhed og har også været benyttet i analyserne i de tidligere sundhedsprofiler.

Som noget nyt har vi desuden undersøgt sundhedstilstanden blandt førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere og arbejdsløse. Disse grupper har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet, samt at de på langt de fleste områder er dårligere stillet end befolkningen som helhed (8). Det har derfor interesse at beskrive sundheden i disse grupper og sammenligne dem med personer i beskæftigelse. Dels som led i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed generelt, dels for at belyse, hvilke helbredsmaessige barrierer der er for at varetage et arbejde. Det sidste skal ikke mindst ses i lyset af det øgede fokus på aktiv arbejdsmarkedspolitik, der har været i de senere år. Vi håber derfor, at man bl.a. vil finde tallene informative i de kommunale beskæftigelsesforvaltninger.

Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension, der både skyldes, at der sker en geografisk sortering af befolkningen via boligmarkedet, og at de fysiske og sociale omgivelser i områder med mange socialt udsatte ofte er mere belastende for sundheden sammenlignet med mere velstående områder (9).

Indsatser for at reducere den geografiske ulighed i sundhed kan være en måde at reducere den sociale ulighed i sundhed på. Indsatser for at fremme sundheden i bestemte områder er især relevante i kommuner med store geografiske forskelle i sundhed. Her kan det være hensigtsmæssigt at lave målrettede indsatser i de områder, hvor de sundhedsmæssige udfordringer er størst.

I sundhedsprofilen fra 2013 blev der introduceret en opdeling af regionen i sociogeografiske områder baseret på sogne. Sundheden i de enkelte kommuner blev beskrevet i forhold til kommunens sociogeografi. Der har været stor interesse i kommunerne for denne måde at beskrive forskelle i sundhed på tværs af geografi på. Analyserne er derfor gentaget og udbygget i nærværende sundhedsprofil og kan bruges ved planlægning af indsatser for større geografisk lighed i sundhed.

Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
2. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
3. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genève: World Health Organization; 2013.
4. Sundhedsstyrelsen. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv – en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
5. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, Wright J, Valderas JM, Meads D, Black N. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. *Journal of Health Services Research & Policy* 2017; 23(1):57-65.
6. MoEva – Monitorering og evaluering af patientuddannelse [Internet]. Aarhus: DEFACTUM. Available from: <http://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/moeva---monitorering-og-evaluering-af-patientuddannelse/>
7. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
8. Borgere uden for arbejdsmarkedet [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen [opdateret 7. februar 2013]. Available from: <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2006/borgere-uden-for-arbejdsmarkedet>.
9. Diez-Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*; 2010; 1186:125-145.

INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	10
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	16
Baggrund og formål	16
Metode.....	16
Beskrivelse af baggrundsvariable	21
Læsevejledning	24
Medarbejdere.....	24
SUNDHEDSVANER	29
2. RYGNING	32
Hvor mange ryger?	35
Daglig rygning i hjem med børn.....	41
Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?.....	43
Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?	47
Rygestart og rygestop	53
Råd fra egen læge om rygestop	54
E-cigaretter	55
3. ALKOHOL	58
Hvor mange har et stort alkoholforbrug?.....	61
Hvor mange rusdrikker?	65
Hvor mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug?	71
Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug	75
Unge og alkohol	77
4. FYSISK AKTIVITET	84
Hvor mange er fysisk inaktive?	89
Hvor mange lever ikke op til WHO's anbefaling?	93
Hvor mange motionerer ikke i fritiden?	97
Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?	103
Råd fra egen læge om at dyrke motion	113
5. KOST	120
Hvor mange har et usundt kostmønster?.....	122
Hvor mange vil gerne spise mere sundt?.....	131
Råd fra egen læge om at ændre kostvaner	137

6. OVERVÆGT	140
Hvor mange er overvægtige?	142
Hvor mange vil gerne tabe sig?	149
Råd fra egen læge om at tabe sig	157
FYSISK OG MENTAL SUNDHED	161
7. HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET	164
Selvurderet helbred	165
Helbredsrelateret livskvalitet	172
8. MENTAL SUNDHED OG MENTALT HELBRED	192
Trivsel og livskvalitet	198
Stress	204
Generet af angst og anspændthed	210
Ensomhed	216
Depression	224
Unge mentale sundhed og mentale helbredsproblemer	230
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	246
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom	250
Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom	282
Helbredsrelateret livskvalitet blandt personer med kronisk sygdom	298
Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom	309
Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom	311
Ensomhed og depression blandt personer med kronisk sygdom	313
Borgere i behandling	315
Behandlingsbyrde	322
Sundhedskompetence	330

ULIGHED I SUNDHED	345
10. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED	348
Social ulighed i sundhedsvaner	357
Social ulighed i generelt helbred	361
Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence	365
11. GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED	372
Den sociogeografiske inddeling	374
Geografisk ulighed i sundhedsvaner	379
Geografisk ulighed i levevilkår	381
Geografisk ulighed i helbred og konsekvenser af sygdom	383
Sundhed på én side	386
Favrskov Kommune	388
Hedensted Kommune.....	390
Herning Kommune.....	392
Holstebro Kommune	394
Horsens Kommune	396
Ikast-Brande Kommune	398
Lemvig Kommune	400
Norddjurs Kommune.....	402
Odder Kommune.....	404
Randers Kommune	406
Ringkøbing-Skjern Kommune.....	408
Samsø Kommune	410
Silkeborg Kommune	412
Skanderborg Kommune.....	414
Skive Kommune.....	416
Struer Kommune.....	418
Syddjurs Kommune	420
Viborg Kommune	422
Aarhus Kommune.....	424
Region Midtjylland.....	426
BILAG	430



ULIGHED I SUNDHED

Social ulighed i sundhed 348

Geografisk ulighed i sundhed 372

INDLEDNING

I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed som følge af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed er i modsætning hertil systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (f.eks. uddannelse og indkomst) (1, 2). Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension, der blandt andet skyldes en geografisk opdeling af befolkningen via boligmarkedet samt lokale forskelle i uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder (1, 2).

Større social lighed i sundhed har i 20 år været en vigtig målsætning i dansk sundhedspolitik. Øget social lighed i sundhed er en del af Region Midtjyllands målbillede på sundhedsområdet og indgår også i kommunernes sundhedspolitikker. I slutningen af 2017 og i starten af 2018 har både Danske Regioner og Kommunernes Landsforening udgivet forebyggelsespolitiske udspil, der begge prioriterer indsatsen for større social lighed i sundhed højt (3, 4). Geografisk lighed i sundhed har også haft øget politisk bevågenhed i de senere år. I første omgang i forhold til at sikre et ensartet serviceniveau på tværs af landet. Det er imidlertid vigtigt også at være opmærksom på geografiske forskelle i sundhedstilstanden som følge af forskelle i befolkningens sociale sammensætning.

Social ulighed i sundhed er et gennemgående tema i de foregående kapitler om sundhedsvaner og fysisk og mental sundhed. De fleste sundhedsmål (f.eks. daglig rygning og ensomhed) præsenteres således opdelt på en række sociale baggrundsvariable som uddannelsesniveau, erhvervstilknytning, etnisk baggrund og boligforhold.

I denne blok sammenfattes og uddybes en række af oplysningerne om social ulighed i sundhed beskrevet ud fra uddannelsesniveau og erhvervstilknytning (kap. 10). I analyserne med erhvervstilknytning fokuseres der især på personer uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder. Desuden beskrives den geografiske ulighed i sundhed ud fra en opdeling af regionen i sociogeografiske områder baseret på indkomst, uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet (kap. 11).

Uddannelse er et af de hyppigst anvendte mål for social position inden for sundhedsområdet (5). Et lavt uddannelsesniveau er hovedsageligt en årsag til, ikke en konsekvens af, dårligt helbred (6). Manglende erhvervstilknytning er derimod ofte en konsekvens af dårligt helbred. Samtidig er det en helbredsbelastning at stå uden for arbejdsmarkedet (7).

Lavtuddannede har en øget risiko for at miste jobbet ved sygdom eller af andre grunde. Uddannelse og erhvervstilknytning repræsenterer derfor to forskellige indgangsvinkler til social ulighed i sundhed med forskellige – men til dels overlappende – målgrupper og arenaer. Indsatser, der mindsker de sundhedsmæssige konsekvenser af et lavt uddannelsesniveau, og indsatser, der fremmer sundheden blandt personer, der er uden for arbejdsmarkedet, kan begge medvirke til større social lighed i sundhed.

Sundhedstilstanden i et lokalområde afspejler til en vis grad befolkningens sociale sammensætning (8). Beboerne i socialt dårligt stillede lokalområder udsættes desuden gennemgående for større helbredsrisici fra omgivelserne end andre (9). Målttede sundhedsindsatser i disse områder er derfor en af måderne, man kan arbejde for større social lighed i sundhed på. Blokken afsluttes med en beskrivelse af sundheden i de enkelte kommuner, herunder den geografiske ulighed i sundhed under betegnelsen *Sundhed på én side*.

Referencer

1. Ulighed i sundhed [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen. Available from: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed>.
2. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, et al. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
3. Forebyggelse for fremtiden. København: KL; 2018.
4. Sundhed for livet - Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.
5. Elstad J. Utdanning og helseulikheter Oslo: NOVA; 2008.
6. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Raahauge Hvass L, Paldam Folker A, Sandø N, editors. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
7. Bambra C. Work, worklessness and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press; 2011.
8. Bambra C. Health divides. Where you live can kill you. Bristol: The Policy Press; 2016.
9. Stock C, Ellaway A. Neighbourhood structure and health promotion. New York: Springer; 2013.

10. SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Man taler om social ulighed i sundhed, når personer med en lavere social position målt ved f.eks. uddannelse eller indkomst har en større risiko for sygdom og død end personer med en højere social position (1, 2). Der kan også være sociale forskelle i konsekvenser af sygdom eksempelvis i forhold til funktions- evne, livskvalitet og tilbagevenden til arbejde.

Ulighed i sundhed omfatter i princippet alle forskelle i sundhed uanset årsag (herunder alder og genetiske forhold), mens social ulighed i sundhed kun drejer sig om forskelle, der kan tilskrives sociale forhold.

Social ulighed i sundhed kan beskrives enten som en social gradient i sundhed eller som en sundhedskløft (1, 3). *Den sociale gradient* i sundhed beskriver en stigning i sygelighed og risiko for død med faldende social position. *Sundhedskløften* beskriver en markant højere forekomst af sygelighed og risiko for død i særligt udsatte grupper, eksempelvis blandt misbrugere og hjemløse. Det er i store træk de samme risikofaktorer, der skaber både den sociale gradient i sundhed og sundhedskløften (4). Forskellen ligger primært i en meget høj forekomst og langvarig påvirkning af risikofaktorerne blandt særligt udsatte grupper (4).

En opgørelse af forskellene i forventet restlevetid for 30-årige i Danmark viser, at den højest uddannede fjerdedel af mændene lever 6,1 år længere end den lavest uddannede fjerdedel (5). For kvinder er forskellen 4,7 år. Tilsvarende er forskellen i middelevetid 9,6 år for mænd og 5,9 år for kvinder mellem den fattigste fjerdedel og den rigeste fjerdedel.

Valg af perspektiv i forhold til social ulighed i sundhed har konsekvenser for den praktiske indsats for øget lighed i sundhed. Den sociale gradient i sundhed lægger op til brede indsatser rettet mod større befolkningsgrupper, mens sundhedskløften lægger op til indsatser rettet mod socialt marginaliserede og væsentligt mindre grupper. I begge tilfælde kan indsatsen enten adressere "nære" årsager til social ulighed i sundhed (f.eks. sundhedsvaner som rygning og højrisikoforbrug af alkohol) eller bagvedliggende sociale årsager (f.eks. lavt uddannelsesniveau og arbejdsløshed).

Danske Regioners og Kommunernes Landsforenings forebyggelsespolitiske udspil prioriterer indsatsen for større social lighed i sundhed højt (6, 7). I udspillet fra Danske Regioner fokuseres der på de tidlige leveår og rammer, der motiverer til et sundt liv. I udspillet fra Kommunernes Landsforening indgår seks pejlemærker, der alle har fokus på social lighed i sundhed: 1) Alle skal have mulighed for et sundt liv – fælles ansvar og kvalitet i indsatsen. 2) Alle børn skal have en sund start på livet, der fremmer deres trivsel, udvikling og læring. 3) Alle unge skal have plads i fællesskabet og komme godt på vej i uddannelse og job. 4) Flere skal vælge et røgfrit liv, og ingen børn og unge skal begynde at ryge. 5) Flere skal drikke mindre, og ingen børn og unges liv må skades af alkohol. 6) Flere skal leve et liv med bedre mental sundhed og trivsel.

Kapitlets indhold

I dette kapitel sættes der fokus på social ulighed i sundhed. Formålet med kapitlet er at give en forståelsesramme for social ulighed i sundhed samt beskrive omfanget af social ulighed i sundhed i befolkningen. I kapitlet sammenfattes analyser fra de øvrige kapitler, og der tilføjes enkelte nye analyser med henblik på at tegne et sammenhængende billede af social ulighed i regionen.

Kapitlet indledes med en beskrivelse af årsager til social ulighed i sundhed. Herefter følger eksempler på indsatser og tilgange, der kan medvirke til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Efterfølgende beskrives social ulighed i sundhedsvaner, generelt helbred samt mental sundhed og sundhedskompetence i regionen. I analyserne bliver social ulighed i sundhed belyst i forhold til uddannelse og erhvervstilknytning. Valget af uddannelse og erhvervstilknytning skyldes et ønske om at kunne beskrive social ulighed i sundhed dels overordnet og dels mere specifikt for marginaliserede grupper på arbejdsmarkedet. Kapitlet afsluttes med en kort sammenfatning.

Årsager til social ulighed i sundhed

Helt overordnet diskuteres det fortsat, om social ulighed i sundhed, målt som sygdom og tidlig død, overvejende skal tilskrives forskelle i sundhedsvaner (f.eks. rygning og alkohol) blandt forskellige socialgrupper, forskelle i psykosociale belastninger (f.eks. arbejdsløshed eller pludseligt opståede belastninger) eller forskelle i levevilkår (f.eks. økonomi, bolig og uddannelse) (8). Både sundhedsvaner og psykosociale belastninger påvirkes af den enkeltes sociale position og ressourcer (9, 10). Der er samtidig en indbyrdes påvirkning mellem psykosociale belastninger og sundhedsvaner, der vanskeliggør en vurdering af, hvilke der spiller den største rolle (9).

Psykosociale belastninger kan både fremme usunde vaner som eksempelvis rygning, overspisning og alkoholmisbrug, og de kan udgøre en barriere for ændring af adfærd og vaner (10). Desuden medvirker sociale forskelle i psykosociale belastninger til dårligere trivsel og livskvalitet hos den dårligst stillede del af befolkningen (9).

Der findes en del forskning, der belyser sammenhængen mellem psykosociale belastninger og social ulighed i sundhed. Resultaterne er dog modstridende, og der kan derfor ikke drages nogen entydig konklusion med hensyn til, hvor stor betydning psykosociale belastninger har for social ulighed i sundhed (9). Dog tyder forskningsresultater på en sammenhæng mellem arbejdsrelateret stress (f.eks. udløst af en kombination af høje krav og lav indflydelse) og social ulighed i sundhed samt mellem personlige ressourcer (f.eks. selvværd og mestringsevne) og social ulighed i sundhed (9).

Nyere studier tyder endvidere på, at sundhedsvaner kan forklare en større del af de sociale forskelle i sundhed end hidtil antaget. Eksempelvis har både et dansk og to britiske studier fundet, at op mod 70 % af den observerede sociale ulighed i sundhed kan forklares af rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet (11-13). Desuden forklarer rygning og alkohol størstedelen af den stigende sociale ulighed i dødelighed, der er sket i Danmark siden 1985, med rygning som den væsentligste faktor (11).

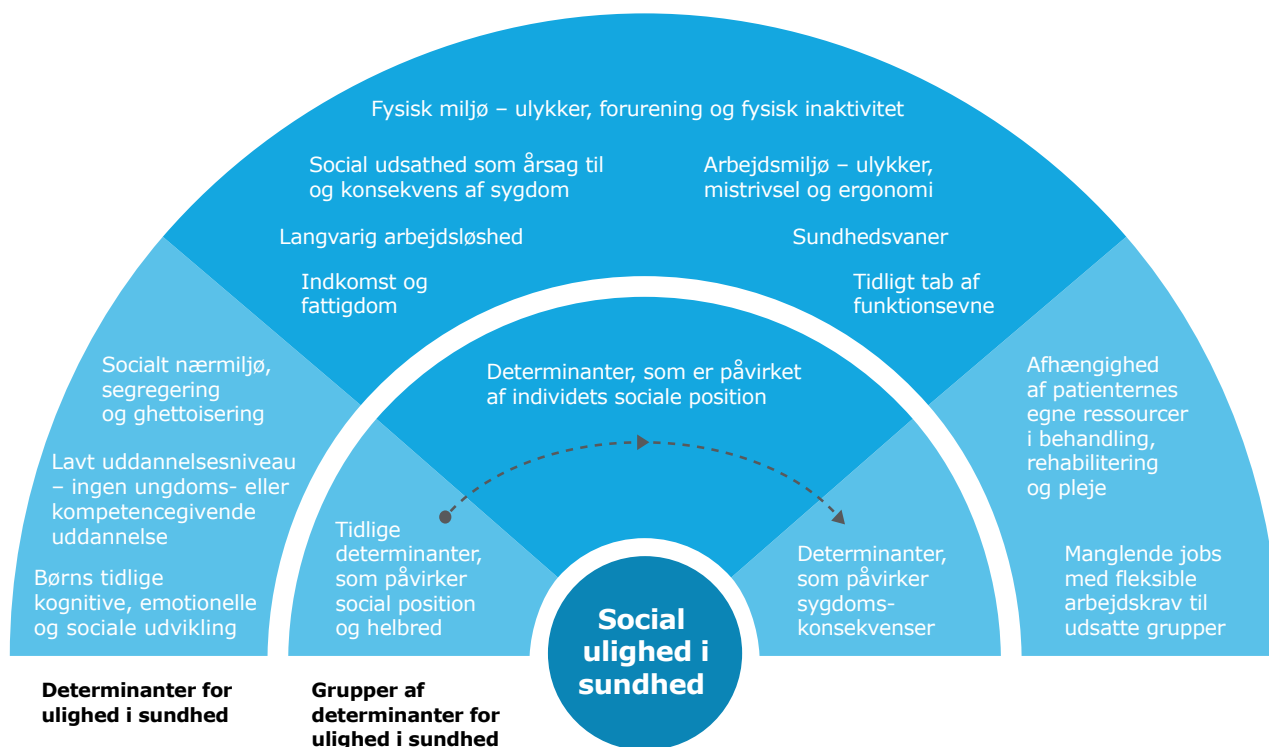
Et studie på tværs af 12 europæiske lande viser, at der er social ulighed i forekomsten af hjerneblødning/blodprop i hjernen (14). Studiet viser desuden, at ulighed i rygning, BMI og alkoholindtag kan forklare 30-50 % af forskellene mellem uddannelsesgrupper i de nordiske lande (14). En tværseksundersøgelse med 19 europæiske lande viser desuden, at det er muligt at reducere forskellene i dødelighed mellem uddannelsesgrupperne med 26 % for mænd og 32 % for kvinder, alene hvis rygeandelen i alle uddannelsesgrupper kommer ned på samme niveau som i den højeste uddannelsesgruppe (15).

Det er imidlertid ikke alle studier, der konkluderer, at sundhedsvaner er den væsentligste årsag til social ulighed i sundhed. En europæisk rapport finder, at arbejdsmarkedsforhold (særligt ergonomiske risikofaktorer som tunge løft samt manglende indflydelse på eget arbejde) i højere grad end sundhedsvaner forklarer den uddannelsesmæssige sociale ulighed i sundhed i Danmark (8). Af samme rapport fremgår desuden, at levevilkår (økonomiske problemer og konflikter under opvæksten, dårlig boligkvalitet, ringe økonomi og svage sociale netværk) forklarer en mindre del af den sociale ulighed i sundhed i Danmark end sundhedsvaner.

I en omfattende rapport fra Sundhedsstyrelsen identificeres 12 determinanter for social ulighed i sundhed (10). Determinanterne er opdelt i tre grupper, der tilsammen er styrende for den sociale ulighed i sundhed: 1) tidlige determinanter, som påvirker social position og helbred, 2) determinanter, som er påvirket af individets sociale position samt 3) determinanter, som påvirker sygdomskonsekvenser (figur 10.1).

De 12 determinanter udmærker sig ved en bred inddragelse af årsager til social ulighed i sundhed. De omfatter således både psykosociale belastninger (f.eks. arbejdsløshed og fattigdom), sundhedsvaner og andre "nære" årsager til ulighed i sundhed (f.eks. rygning og arbejdsmiljø), bagvedliggende årsager (f.eks. uafsluttet skolegang og nærmiljø), determinanter for fremtidig social position samt faktorer, som påvirker konsekvenser ved sundhed og sygdom (10).

Figur 10.1
Determinanter for social ulighed i sundhed



Note: Figuren er inspireret af Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Raahauge Hvass L, Paldam Folker A, Sandø N, editors. København: Sundhedsstyrelsen; 2011 (10).

De 12 determinanter påvirker hver for sig på forskellig måde og i forskellig grad den sociale ulighed i sundhed (10). Samtidig påvirkning af flere determinanter for social ulighed i sundhed eller en akkumuleret påvirkning over en længere periode har en yderligere negativ effekt på den enkelte og øger risikoen for sygdom og tidlig død. Determinanterne har desuden indflydelse på hinanden, eksempelvis i forhold til samspil mellem *de tidlige determinanter* og *determinanter, som er påvirket af social position*, og *determinanter, som påvirker sygdomskonsekvenser*. Nedenfor følger en kort beskrivelse af de tre grupper af determinanter (10).

Tidlige determinanter, som påvirker social position og helbred. *Børns tidlige udvikling*, *lavt uddannelsesniveau* og *socialt nærmiljø* har en direkte virkning på børns aktuelle sundhed samt effekt på sundhedstilstanden som voksne. Samtidig har de tidlige determinanter en indirekte virkning på social ulighed i sundhed, fordi de påvirker den sociale position, personerne

opnår som voksne. Den indirekte virkning på social ulighed i sundhed sker gennem påvirkning af de andre determinanter (illustreret med en pil i figur 10.1).

Determinanter, som er påvirket af individets sociale position. Social position har betydning for, i hvilken grad den enkelte udsættes for forhold, der påvirker hans eller hendes sundhed negativt. Ophobning af negative effekter over lang tid og samspil mellem flere determinanter for social ulighed i sundhed øger risikoen for sygdom og tidlig død. For flere determinanter gælder det, at påvirkningen går begge veje, således at determinanterne har en negativ indflydelse på sundheden, og at dårligt helbred også øger risikoen for eksempelvis at blive arbejdsløs, at miste sin indkomst og at blive socialt udsat.

Determinanter, som påvirker sygdomskonsekvenser. På den ene side er der en social ulighed i forhold til risikoen for at blive syg. På den anden side er der

også en social ulighed i effekten af behandling og rehabilitering. Det sidste skyldes, at den enkeltes ressourcer har betydning for udbyttet af den behandling og rehabilitering, man får, hvilket medvirker til social ulighed i overlevelse, funktionsevne, livskvalitet og tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Mennesker med de samme behov og symptomer får som udgangspunkt tilbudt samme behandling. Men der kan være behov for at behandle mennesker med samme behov forskelligt med udgangspunkt i deres sociale baggrund, hvis man skal opnå lighed i behandlingsresultater. Dette er blevet italesat som: "social ulighed i sundhed skal mødes med ulighed i behandling" (16). Herudover er der forskel i mulighederne for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, hvilket blandt andet kan skyldes høje fysiske arbejdskrav og en lav grad af indflydelse på egen arbejdssituation blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Sygdom kan endvidere have større økonomiske konsekvenser for folk med lave indkomster, fordi de har sværere ved at bære et indkomstab ved sygdom, da deres økonomi er mere skrøbelig.

Fra viden og politik til handling

Social ulighed i sundhed har vist sig at være en vanskelig problemstilling at arbejde med. På trods af politiske målsætninger om at mindske den sociale ulighed i sundhed og en række konkrete initiativer på nationalt, regionalt og kommunalt niveau har indsatserne indtil videre ikke haft den ønskede effekt (10, 16). Det kan der være flere grunde til (17):

- Årsager og mekanismer er komplekse og ikke fuldt forståede
- Viden om effektive indsatser er fortsat mangelfuld
- De nødvendige løsninger involverer flere sektorer, myndigheder og politikområder
- Indsatsen har, trods stor opmærksomhed, ikke været prioriteret tilstrækkelig højt
- Emnet kan være politisk kontroversielt, og konkurrerende politiske målsætninger kan begrænse det politiske handlerum
- Udviklingstendenser i samfundet øger den sociale ulighed i sundhed

Illustrerende for det komplekse og vanskelige er det (indtil videre) uafklarede spørgsmål om, hvorvidt større social lighed i sundhed bedst opnås gennem indsatser målrettet de "nære" årsager til social ulighed

i sundhed (f.eks. sundhedsvaner og arbejdsmiljø) eller de bagvedliggende årsager i form af økonomiske og sociale forhold (8, 18, 19).

På den ene side er sammenhængen mellem sociale forskelle i sundhedsvaner og risikoen for sygdom og tidlig død veletableret. Det gælder eksempelvis sammenhængen mellem sundhedsvaner og forekomsten af hjerte-kar-lidelser (14, 20). Dette taler for et større fokus på sundhedsvaner for at reducere social ulighed i sundhed. Indsatserne kan enten være målrettet hele eller meget store dele af befolkningen eller højrisikogrupper – begge typer indsatser forventes at bidrage til en øget lighed i sundhed (2).

På den anden side er individets mulighed for at ændre sundhedsvaner hæmmet af sociale omstændigheder (21). Hertil kommer større psykosociale belastninger og færre ressourcer til at stå imod disse belastninger blandt personer med en lav social position i samfundet (9). Dette taler for et større fokus på de bagvedliggende sociale årsager/determinanter for social ulighed i sundhed for derigennem blandt andet at sikre sundere vaner.

Erfaringer fra England viser, at det er muligt at fremme social lighed i sundhed gennem en omfattende og vedvarende indsats på mange niveauer og på tværs af politikområder. Den nationale sundhedsstrategi i England, der blev gennemført fra 1997 til 2010, var overvejende rettet mod socioøkonomisk dårligt stillede lokalområder, personer og familier med lav social position og borgere med kroniske sygdomme (22, 23). Sundhedsstrategien var bygget op om fire temaer: 1) støtte til familier, 2) håndtering af fattigdom i samarbejde med lokalsamfundet, 3) forbedret forebyggelse, behandling og pleje (f.eks. idrætsfaciliteter, seksualundervisning, byfornyelse, rygestoptilbud, ulykkesforebyggelse, influenzavaccination, kræft- og hjerte-kar-forløb), 4) håndtering af de bagvedliggende sociale determinanter (f.eks. uddannelse og børnefattigdom). Et studie viser, at den sociale ulighed i middellevetid voksede i perioden, før sundhedsstrategien blev indført, faldt i perioden, hvor strategien blev gennemført, og igen er begyndt at vokse, efter at sundhedsstrategien er blevet stoppet (22).

De 12 determinanter, der nævnes i Sundhedsstyrelsens ulighedsrapport, omfatter både bagvedliggende årsager og "nære" årsager til social ulighed i sundhed

(figur 10.1), og de er af rapportens hovedforfatter blevet omsat til fire anbefalede indsatsområder (16, 18):

- **Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.** Sundhedsvaner skaber en stor del af den sociale ulighed i dødelighed. Kommunerne skal implementere de anbefalede indsatser i forebyggelsespakkerne for at ændre befolkningens sundhedsvaner, og Sundhedsstyrelsen skal understøtte implementeringen.
- **Øget sårbarhed.** Sårbarhed grundlægges tidligt i livet, når børn udsættes for mange risikofaktorer i deres sociale nærmiljø (f.eks. segregering, fattigdom og social udsathed) og i forældres sundhedsvaner (f.eks. rygning og højrisikoforbrug af alkohol). Risikofaktorerne påvirker hinandens forekomst og virkning på social ulighed i sundhed. Kommunerne skal derfor styrke den generelle indsats i dagtilbud og skoler i udsatte lokalområder samt til børn med kognitive vanskeligheder. Samtidig skal kommunerne modvirke boligsegregering og fremme blandede naboskaber.
- **Effekt af sundhedsydelse.** Der er social ulighed i behandling målt på overlevelse og tilbagevenden til arbejde. Etableringen af flere pakkeforløb (f.eks. som det er tilfældet for kræft og hjerte-kar-lidelser) kan medvirke til at reducere ulighed i effekten af behandling. Samtidig vil det reducere ulighed i sundhed, hvis der bliver brugt flere ressourcer på de svageste patienter. Sidstnævnte bør gøres både i almen praksis og på hospitalerne.
- **Prioritering i sundhedsvæsenet.** Rammerne i sundhedsvæsenet skal udformes, så det er muligt at bruge flere ressourcer på de svageste patienter og de dele af sundhedsvæsenet, der kan støtte patienter med multisygdom. Det handler eksempelvis om en styrkelse af almen praksis – særligt i lokalområder med borgere med store sociale problemer og sundhedsudfordringer. Det handler også om et styrket lokalt områdeansvar mellem de regionale og kommunale dele af det nære sundhedsvæsen.

Ved tilrettelæggelse af indsatsen for at reducere den sociale ulighed i sundhed må man træffe en række valg med hensyn til målgrupper og indsatstyper. Ønsker man at mindske den sociale gradient i sundhed eller at reducere sundhedskløften? Vil man arbejde med sundhedsvaner, psykosociale belastninger eller levevilkår?

Margaret Whitehead, der er en af de førende britiske forskere i social ulighed i sundhed, har påpeget, at indsatser for større social lighed i sundhed bør være metodisk og teoretisk mere stringente, end det typisk har været tilfældet, hvis de skal have den tilsigtede virkning (24).

For det første påpeger Whitehead (24), 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.

For det andet påpeger hun, at de fleste indsatser er svagt teoretisk 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 (24):

- **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, hvor mange ansatte har en kort uddannelse, som 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.

Den samlede strategi i en kommune for større social lighed i sundhed kan med fordel kombinere flere af de ovennævnte tilgange. Det vil i praksis ofte være hensigtsmæssigt at vælge en tilgang, hvor både gradient og sundhedskløft samt "nære" og bagvedliggende årsager til social ulighed i sundhed kan rummes (17). Dette vil sikre, at der eksempelvis både kan laves indsatser målrettet risikofaktorer blandt marginaliserede grupper og indsatser målrettet bagvedliggende årsager og sociale determinanter i hele eller dele af befolkningen. Herved kan der både arbejdes inden for rammerne af de kommunale sundhedsafdelinger, med andre dele af sundhedsvæsenet, på tværs af

kommunale forvaltningsområder og med øvrige sektorer. Med en helhedsorienteret indsats synes muligheden for at lykkes med at øge social lighed i sundhed større (17, 25).

Kommunerne har mange muligheder for at påvirke social ulighed i sundhed (2, 26). På en lang række kommunale forvaltningsområder er det muligt at løse den primære opgave og samtidig understøtte borgernes sundhed og reducere social ulighed i sundhed. I nogle tilfælde kan sundhedsindsatser bidrage til at løfte nogle af kerneopgaverne på andre kommunale forvaltningsområder (f.eks. arbejdsmarkedsområdet). Der kan således opstå synergi ved samarbejde på tværs om at løfte borgernes sundhed og reducere social ulighed i sundhed.

Boks 10.1

Kommunale eksempler, der kan medvirke til at øge social lighed i sundhed

På baggrund af drøftelser med repræsentanter fra 53 kommuner har Center for Forebyggelse i praksis samlet en række kommunale eksempler og ideer, der kan medvirke til at øge social lighed i sundhed (27).

Børns tidlige udvikling

- Tilbud om sundhedspleje til og ekstra opmærksomhed på mindre ressourcestærke familier
- Fokus på trivsel, sprog og motorik i dagtilbud og skoler
- Tidlig opsporing af mistrivsel i dagtilbud og skoler

Skolegang og overgang til ungdomsuddannelse

- Fremme trivsel og fællesskaber og forebygge frafald på ungdomsuddannelser
- Styrket indsats i forhold til rusmidler og tobak på alle skoler og ungdomsuddannelser

Sundhedsadfærd

- Røgfri skole- og arbejdstid
- Hjælp til rygestop for stærkt tobaksafhængige borgere med mulighed for betalt rygestopmedicin
- Tidlig opsporing af gravide og familier med alkoholproblemer samt familieorienteret alkoholbehandling
- Samarbejde med frivillige og foreninger om tilbud, der fremmer sociale fællesskaber, trivsel og fysisk aktivitet i nærmiljøet
- Sund byplanlægning

Ledige og fastholdelse på arbejdsmarkedet

- Tilbud om fysisk aktivitet og træning med fokus på trivsel og fællesskab og på at reducere smerter
- Bedre tilbagevenden til arbejde efter sygefravær med fleksible arbejdskrav
- Skabe et mere rummeligt arbejdsmarked med fleksible arbejdskrav
- Styrke langtidssygemeldte borgere og sikre hurtig udredning og behandling

Social udsathed

- Opsøgende indsats og støtte til udsatte borgere
- Koordineret sundheds- og socialindsats
- Sundhedsvaneindsatser i socialfaglige botilbud

I boks 10.1 ses en række eksempler på, hvordan man i kommunerne kan arbejde med at øge social lighed i sundhed.

Der findes ikke tilstrækkelig forskningsbaseret viden til at afgøre, hvilke indsatser der vil have størst effekt på den sociale ulighed i sundhed (10). I denne situation kan man læne sig op ad Sundhedsstyrelsens 12 determinanter samt de refererede eksempler i kapitlet. Udgangspunktet er fortsat, at social ulighed i sundhed er et komplekst og svært håndterbart problem, og flere samfundsmæssige niveauer og aktører må inddrages, hvis man skal opnå resultater, ligesom man både må arbejde ud fra et kortsigtet og et langsigtet perspektiv. Der er desuden brug for indsatser, der både retter sig mod bagvedliggende årsager til social ulighed i sundhed (f.eks. tilknytning til arbejdsmarkedet og børns opvækstvilkår), og indsatser, der retter sig mod "nære" årsager (f.eks. sundhedsvaner).

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. En ny opgørelse af kommunernes forebyggelsesindsats viser en fortsat fremgang i brugen af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker (28). Der er imidlertid ikke foretaget en vurdering af effekten af forebyggelsespakkerne i forhold til befolkningens sundhedstilstand eller i forhold til en reduktion af social ulighed i sundhed.

Beskrivelse af social ulighed i sundhed

I det følgende beskrives social ulighed i sundhedsvaner, generelt helbred samt mental sundhed og sundhedskompetence i forhold til uddannelsesniveau samt erhvervstilknytning.

Uddannelse er et af de hyppigst anvendte mål for social position indenfor sundhedsområdet (29). Et lavt uddannelsesniveau er hovedsageligt en årsag til, ikke en konsekvens af dårligt helbred (10). Manglende erhvervstilknytning er derimod ofte en konsekvens af dårligt helbred. Samtidig er det en helbredsbelastning at stå uden for arbejdsmarkedet (30).

Uddannelse og erhvervstilknytning repræsenterer derfor to forskellige indgangsvinkler til social ulighed i sundhed med forskellige – men til dels overlappende – målgrupper og arenaer. Målet for indsatser med

fokus på uddannelse er på den ene side at svække sammenhængen mellem lavt uddannelsesniveau og dårligt helbred og på den anden side at støtte alle børn og unge i at udnytte deres fulde potentiale i folkeskolen og uddannelsessystemet. Målet for indsatser med fokus på personer uden for arbejdsmarkedet er at fremme sundhed og trivsel i en gruppe, hvor mange allerede har et dårligt helbred.

Der er et vist sammenfald i målgrupperne, da personer med et lavt uddannelsesniveau er overrepræsenterede blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og førtidspensionister (data ikke vist). Der er derfor også et overlap i relevante arenaer for indsatser målrettet personer med et lavt uddannelsesniveau og personer uden for arbejdsmarkedet. Det gælder især inden for social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne.

Uddannelse kan belyse det brede perspektiv af social ulighed i sundhed med særligt fokus på gruppen af personer med et lavt uddannelsesniveau. Uddannelsesniveau har den fordel som indikator for social position kun i begrænset omfang at være påvirket af helbredsforhold – i modsætning til indkomst – da de fleste afslutter deres uddannelse, mens de er unge, og få endnu har udviklet alvorlige kroniske sygdomme. Det mindsker risikoen for "omvendt kausalitet", altså at lav position er forårsaget af dårligt helbred, i stedet for at dårligt helbred er forårsaget af lav social position. Man skal dog være opmærksom på, at nogle udvikler alvorlige helbredsproblemer allerede som børn og unge, og at det kan hindre dem i at gennemføre en uddannelse. Analyserne, hvor uddannelse indgår, er opdelt på aldersgrupper, dels fordi den sociale betydningen af uddannelse har ændret sig over tid, og det derfor kan have interesse at beskrive sammenhængen mellem uddannelse og sundhed i forskellige alderskohorter, dels fordi det giver mulighed for at identificere aldersstrata, hvor der især er behov for en indsats for større lighed i sundhed.

Der skelnes i *Hvordan har du det?* mellem tre uddannelsesniveauer: lavt, middelhøjt og højt. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere. Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter i store træk lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellem-lang og lang videregående boglig uddannelse.

Erhvervstilknytning repræsenterer et andet perspektiv på social ulighed i sundhed med fokus på voksne i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet. Dårligt helbred er ofte en medvirkende årsag til en svag eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Omvendt kan udstødelse af arbejdsmarkedet være en helbredsmæssig belastning (30). Der er med andre ord tale om et komplekst samspil mellem sociale og sundhedsmæssige forhold. Førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet. Der er tale om heterogene målgrupper, og det er ikke alle borgere i de tre grupper, der er socialt eller sundhedsmæssigt udsatte. Men samlet set er disse grupper på langt de fleste områder dårligere stillet end befolkningen som helhed (31). Det er derfor relevant at beskrive sundheden i de tre grupper og sammenligne dem med personer i beskæftigelse. Dels som led i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed generelt, dels for at belyse, hvilke helbredsmæssige barrierer der er for at varetage et arbejde. Det sidste skal ikke mindst ses i lyset af det øgede fokus på aktiv arbejdsmarkedspolitik, der har været i de senere år.

Social ulighed i sundhed beskrives ved hjælp af 13 indikatorer, fem sundhedsvaner (figur 10.2-10.3), fire indikatorer for generelt helbred (figur 10.4-10.5) og fire indikatorer for mental sundhed og sundhedskompetence (figur 10.6-10.7):

Sundhedsvaner

- **Daglig rygning**
- **Højrisikoforbrug af alkohol.** Ugentligt forbrug på mere end 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd
- **Fysisk inaktivitet.** Fysisk aktiv 0-1 dag om ugen i mindst 30 minutter
- **Usundt kostmønster.** Usunde kostvaner med hensyn til frugt, grønt, fisk og fedt
- **Svær overvægt.** Et Body Mass Index (BMI) på 30 eller derover

Generelt helbred

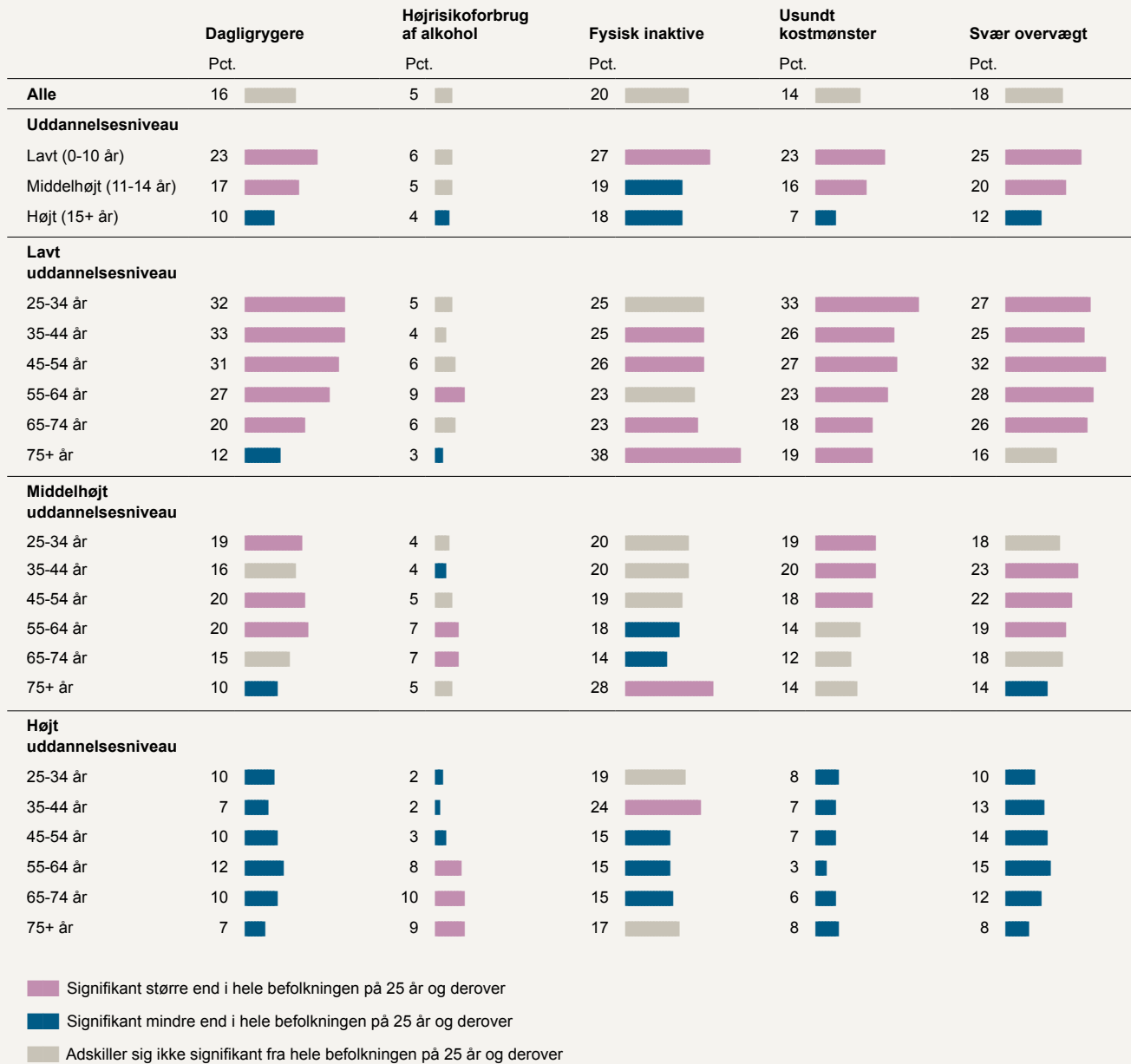
- **Dårligt selvvurderet helbred.** Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred
- **Nedsat arbejdsevne.** Vurderer sin arbejdsevne som en del eller meget nedsat
- **Brug for hjælp til dagligdagens gøremål.** Brug for hjælp til almindelig daglig levevis (ADL) på grund af sygdom eller andre helbredsproblemer

Mental sundhed og sundhedskompetence

- **Fire eller flere kroniske sygdomme.** Fire eller flere af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2017*
- **Højt stressniveau.** 16-40 point på *Perceived Stress Scale*
- **Depression.** Let, moderat og svær depression målt med *Major Depression Inventory*
- **Svær ensomhed.** Følelse af at være isoleret, at savne nogen at være sammen med og at føle sig udenfor opgjort på baggrund af *Three-Item Loneliness Scale (T-ILS)*
- **Svært ved at forstå informationer om sundhed.** Svært ved at forstå mundtlig og skriftlig information fra sundhedspersonalet, information på medicinpakninger mv. opgjort ved hjælp af *The Australian Health Literacy Questionnaire*

Som støtte til tolkning af data i forhold til social ulighed i sundhed er benyttet *Relative Concentration Index (RCI)* (32). RCI bruges til at måle graden af ulighed i sundhed og sygdom mellem uddannelsesgrupperne. Beregningen af RCI inddrager både forskelle i forekomst samt størrelsen af befolkningen i uddannelsesgrupperne. Udviklingen i social ulighed i sundhed vurderes for uddannelsesgrupper på baggrund af ændringer i RCI fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017.

Figur 10.2
Sundhedsvaner – uddannelse og alder (25 år og derover)



Social ulighed i sundhedsvaner – uddannelse

Figur 10.2 viser forekomsten af risikable sundhedsvaner for hele befolkningen på 25 år og derover (herefter blot omtalt som hele befolkningen) i forhold til uddannelsesniveau og på aldersgrupper for de tre uddannelsesniveauer. Den sociale ulighed i sundhedsvaner på baggrund af uddannelsesgrupper er størst for *usundt kostmønster* efterfulgt af *daglig rygning* og *svær overvægt*. Der er kun i begrænset omfang social ulighed i *fysisk inaktivitet* og *højrisikoforbrug af alkohol* (vurderet ved brug af RCI).

Dagligrygere (se kapitel 2). Der er stor forskel i andelen af dagligrygere i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 23 %, der ryger dagligt, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 10 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel af dagligrygere blandt de 25-74-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. Andelen af dagligrygere blandt personer med et lavt uddannelsesniveau falder med stigende alder. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel af dagligrygere blandt de 25-34-årige og 45-64-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel af dagligrygere i alle aldersgrupper end i hele befolkningen.

Højrisikoforbrug af alkohol (se kapitel 3). Der er ikke nogen entydig forskel i højrisikoforbrug af alkohol mellem uddannelsesgrupperne. Blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen med et højrisikoforbrug af alkohol dog lidt mindre end i hele befolkningen. Gennemføres analysen udelukkende for mænd, ses det, at der er en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt mænd med et lavt uddannelsesniveau, end det er tilfældet blandt alle mænd (resultater ikke vist).

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt de 55-64-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt de 55-74-årige og en mindre andel blandt

de 35-44-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt personer på 55 år og derover og en mindre andel blandt de 25-54-årige end i hele befolkningen.

Fysisk inaktivitet (se kapitel 4). Der er forskel i andelen af fysisk inaktive i de tre uddannelsesgrupper. Forskellene er dog mindre end for daglig rygning, usundt kostmønster og svær overvægt. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 27 %, der er fysisk inaktive, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 18 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel fysisk inaktive blandt de 35-54-årige og for personer på 65 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel fysisk inaktive blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 55-74-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel fysisk inaktive blandt de 35-44-årige og en mindre andel blandt de 45-74-årige end i hele befolkningen.

Usundt kostmønster (se kapitel 5). Der er stor forskel i andelen med et usundt kostmønster i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 23 %, der har et usundt kostmønster, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 7 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med et usundt kostmønster blandt alle aldersgrupper sammenlignet med hele befolkningen. Andelen med et usundt kostmønster blandt personer med et lavt uddannelsesniveau falder med stigende alder. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med et usundt kostmønster blandt de 25-54-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med et usundt kostmønster for alle aldersgrupper end i hele befolkningen.

Svær overvægt (se kapitel 6). Der er stor forskel i andelen af svært overvægtige mellem de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 25 %, der er svært overvægtige, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 12 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med svær overvægt blandt de 25-74-årige end i hele befolkningen. For personer med et *middel-højt uddannelsesniveau* er der en større andel med svær overvægt blandt de 35-64-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med svær overvægt i alle aldersgrupper end i hele befolkningen.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden fra 2010 til 2017 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* på 6 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 4 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se [figur 2.2.S i bind 2](#)). I samme periode har der været et fald i andelen med et *højrisikoforbrug af alkohol* på 3 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 4 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se [figur 3.2.S i bind 2](#)). Der har været en stigning i andelen af *fysisk inaktive* på 6 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, mens der ikke er signifikante ændringer blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se [figur 4.2.S i bind 2](#)). Der har ligeledes været en stigning i andelen med *usundt kostmønster* på 5 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 2 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se [figur 5.6.S i bind 2](#)). Endelig har der været en stigning i andelen med *svær overvægt* på 5 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 2 procentpoint blandt personer med højt uddannelsesniveau (se [figur 6.3.S i bind 2](#)). Vurderet på baggrund af RCI er den sociale ulighed i sundhedsvaner steget for højrisikoforbrug af alkohol og fysisk inaktivitet i perioden fra 2010 til 2017. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden fra 2013 til 2017 er der ikke signifikante ændringer i andelen af *dagligrygere* blandt personer med lavt eller højt uddannelsesniveau (se [figur 2.2.S i bind 2](#)). I samme periode er der heller ikke signifikante ændringer i andelen med et *højrisikoforbrug af alkohol* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, mens der er et fald på 2 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se [figur 3.2.S i bind 2](#)). Der er heller ikke signifikante ændringer i andelen af *fysisk inaktive* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, men der er en stigning på 1 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se [figur 4.2.S i bind 2](#)). Der

er en stigning i andelen med *usundt kostmønster* på 3 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 2 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se [figur 5.6.S i bind 2](#)). Endelig har der været en stigning i andelen med *svær overvægt* på 3 procentpoint blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og på 1 procentpoint blandt personer med højt uddannelsesniveau (se [figur 6.3.S i bind 2](#)). Vurderet på baggrund af RCI er den sociale ulighed steget for højrisikoforbrug af alkohol, og den er faldet for fysisk inaktivitet. ◀

Social ulighed i sundhedsvaner – erhvervs-tilknytning

Figur 10.3 viser forekomsten af risikable sundhedsvaner i forhold til erhvervs-tilknytning. I relation til social ulighed i sundhed er det de arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. samt førtidspensionister, der er særligt relevante, da de i forskellig grad er marginaliserede i forhold til arbejdsmarkedet (herefter omtalt som de tre grupper uden for arbejdsmarkedet) (33).

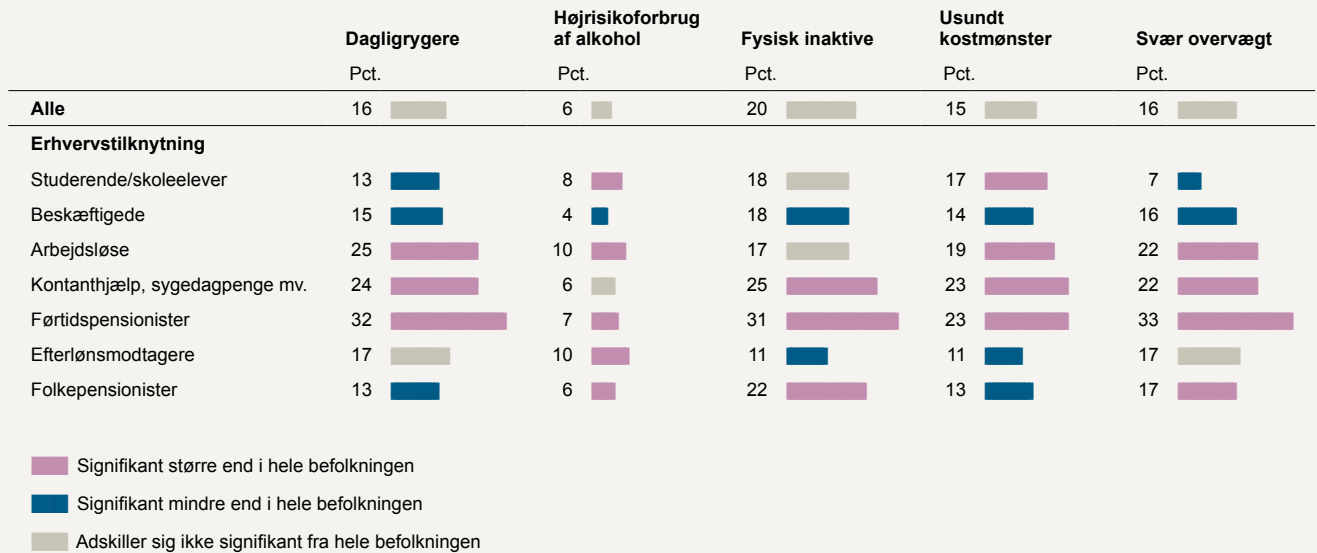
Samlet set er der en stor social ulighed i sundhedsvaner i forhold til erhvervs-tilknytning. Det er især førtidspensionister, der har risikable sundhedsvaner.

Dagligrygere (se kapitel 2). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel af dagligrygere i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister er 32 % dagligrygere, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er 24 % dagligrygere, og blandt arbejdsløse er 25 % dagligrygere. Blandt beskæftigede er andelen 15 %.

Højrisikoforbrug af alkohol (se kapitel 3). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med et højrisikoforbrug af alkohol blandt arbejdsløse og førtidspensionister. Blandt førtidspensionister har 7 % et højrisikoforbrug af alkohol, og blandt arbejdsløse er det 10 %. Blandt beskæftigede er andelen 4 %.

Fysisk inaktivitet (se kapitel 4). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel fysisk inaktive blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Blandt førtidspensionister er 31 % fysisk inaktive, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 25 %. Blandt beskæftigede er andelen 18 %.

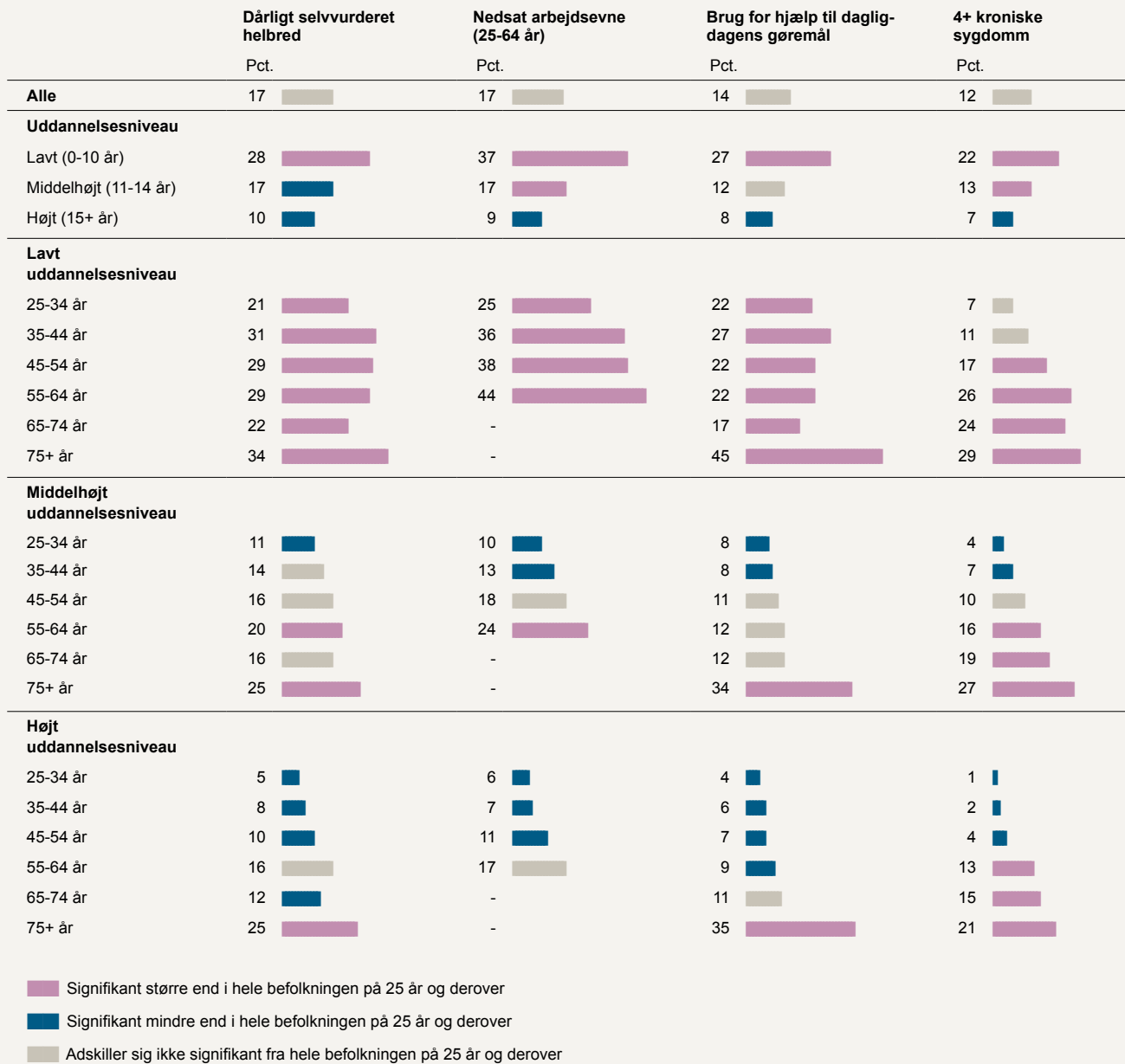
Figur 10.3
Sundhedsvaner – erhvervstilknytning



Usundt kostmønster (se kapitel 5). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med et usundt kostmønster i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet, end det er tilfældet i hele befolkningen. Blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. har 23 % et usundt kostmønster, og blandt arbejdsløse er det 19 %. Blandt beskæftigede er andelen 14 %.

Svær overvægt (se kapitel 6). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel svært overvægtige i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister er 33 % svært overvægtige, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og arbejdsløse er det 22 %. Blandt beskæftigede er andelen 16 %.

Figur 10.4
Generelt helbred – uddannelse og alder (25 år og derover)



Social ulighed i generelt helbred – uddannelse

Figur 10.4 viser fire helbredsindikatorer for hele befolkningen på 25 år og derover (herefter blot omtalt som hele befolkningen) i forhold til uddannelsesniveau og på aldersgrupper for de tre uddannelsesniveauer.

Samlet set er der en tydelig forskel mellem helbred i de tre uddannelsesgrupper. Den sociale ulighed i sundhed på baggrund af uddannelsesgrupper er størst for *fire eller flere kroniske sygdomme*, efterfulgt af *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*, *nedsat arbejdsevne blandt de 25-64-årige* og *dårligt selvvurderet helbred* (vurderet ved brug af RCI).

Dårligt selvvurderet helbred (se kapitel 7). Der er forskel i andelen med et dårligt selvvurderet helbred i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 28 %, der har et dårligt selvvurderet helbred, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 10 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med et dårligt selvvurderet helbred i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med et dårligt selvvurderet helbred blandt de 55-64-årige og personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 25-44-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel med et dårligt selvvurderet helbred blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 25-54-årige og 65-74-årige end i hele befolkningen.

Nedsat arbejdsevne (25-64 år) (se kapitel 9). Der er stor forskel i andelen, der vurderer deres arbejdsevne som nedsat, blandt de 25-64-årige i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 37 %, der har nedsat arbejdsevne, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 9 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med nedsat arbejdsevne i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen på 25-64 år. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med nedsat arbejdsevne blandt de 55-64-årige og en mindre andel blandt de 25-44-årige end i hele befolkningen på 25-64 år. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med

nedsat arbejdsevne blandt de 25-54-årige end i hele befolkningen på 25-64 år.

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (se kapitel 9). Der er stor forskel i andelen, der har brug for hjælp, i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 27 %, der har brug for hjælp, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 8 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har brug for hjælp, blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 25-44-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har brug for hjælp, blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 25-64-årige end i hele befolkningen.

Fire eller flere kroniske sygdomme (se kapitel 9). Der er stor forskel i andelen, der har fire eller flere kroniske sygdomme i de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 22 %, der har fire eller flere kroniske sygdomme, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 7 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme, blandt personer på 45 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme, blandt personer på 55 år og derover og en mindre andel blandt de 25-44-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har fire eller flere kroniske sygdomme, blandt personer på 55 år og derover og en mindre andel blandt de 25-54-årige end i hele befolkningen.

► **Udvikling fra 2010-2017.** I perioden 2010 til 2017 er der ikke signifikante ændringer i andelen med *dårligt selvvurderet helbred* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, mens der har været en stigning på 2 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 7.2.S i bind 2). I samme periode er der en stigning i andelen med *fire eller flere kroniske sygdomme* blandt personer med et lavt uddannelses-

niveau på 3 procentpoint, mens der ikke er signifikante ændringer blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 9.23.S i bind 2). Vurderet på baggrund af RCI er den sociale ulighed mindsket for dårligt selv vurderet helbred. ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** I perioden 2013 til 2017 er der ikke signifikante ændringer i andelen med *dårligt selv vurderet helbred* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, mens der har været en stigning på 1 procentpoint blandt personer med et højt uddannelsesniveau (se figur 7.2.S i bind 2). I samme periode er der ikke signifikante ændringer i andelen med *fire eller flere kroniske sygdomme* blandt personer med et lavt eller højt uddannelsesniveau (se figur 9.23.S i bind 2). Vurderet på baggrund af RCI er den sociale ulighed mindsket for dårligt selv vurderet helbred og nedsat arbejdsevne blandt de 25-64-årige. ◀

Social ulighed i generelt helbred – erhvervstilknytning

Figur 10.5 viser fire helbredsindikatorer i forhold til erhvervstilknytning. I relation til social ulighed i sundhed er det de arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. samt førtidspensionister, der er særligt relevante, da de i forskellig grad er marginaliserede i forhold til arbejdsmarkedet (herefter omtalt som de tre grupper uden for arbejdsmarkedet) (33).

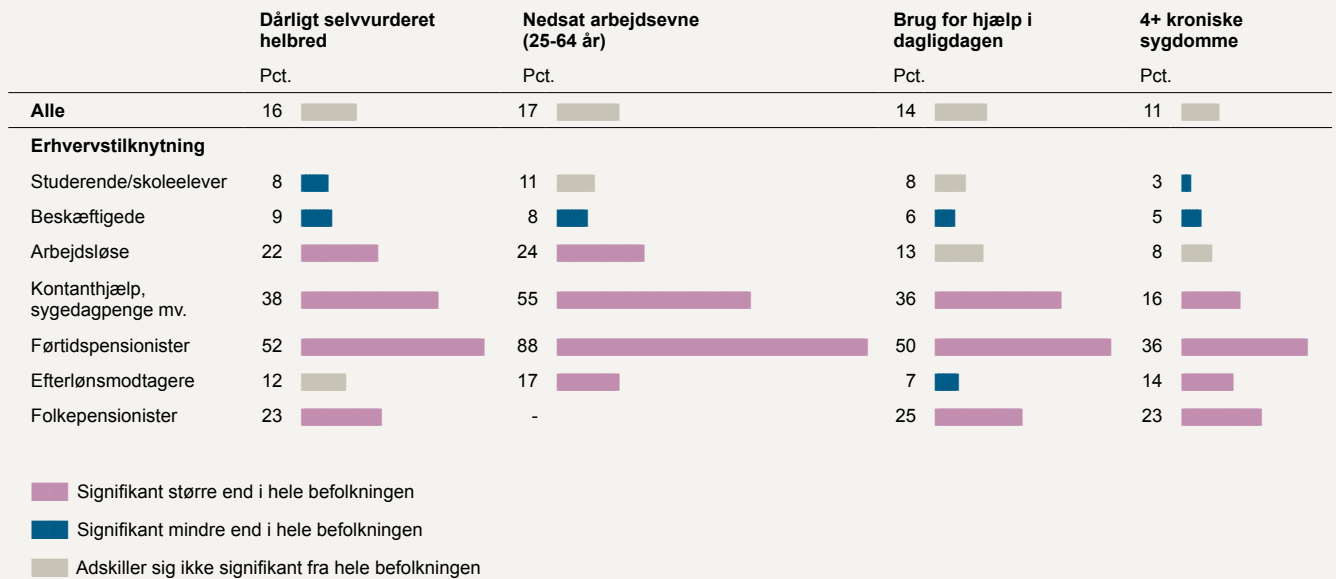
Samlet set er der en tydelig social ulighed i generelt helbred for de tre grupper uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med beskæftigede. Det er især førtidspensionister, der har en dårlig fysisk sundhed.

Dårligt selv vurderet helbred (se kapitel 7). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med dårligt selv vurderet helbred i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister har 52 % et dårligt selv vurderet helbred, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 38 %, og blandt arbejdsløse er det 22 %. Blandt beskæftigede er andelen 9 %.

Nedsat arbejdsevne (25-64 år) (se kapitel 7). Sammenlignet med hele befolkningen på 25-64 år er der en større andel, der vurderer deres arbejdsevne som nedsat, i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister har 88 % en nedsat arbejdsevne, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 55 %, og blandt arbejdsløse er det 24 %. Blandt beskæftigede er andelen 8 %.

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (se kapitel 7). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel, der har brug for hjælp, blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. Blandt førtidspensionister har 50 % brug for hjælp til dagligdagens gøremål, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 36 %, og blandt arbejdsløse er det 13 %. Blandt beskæftigede er andelen 6 %.

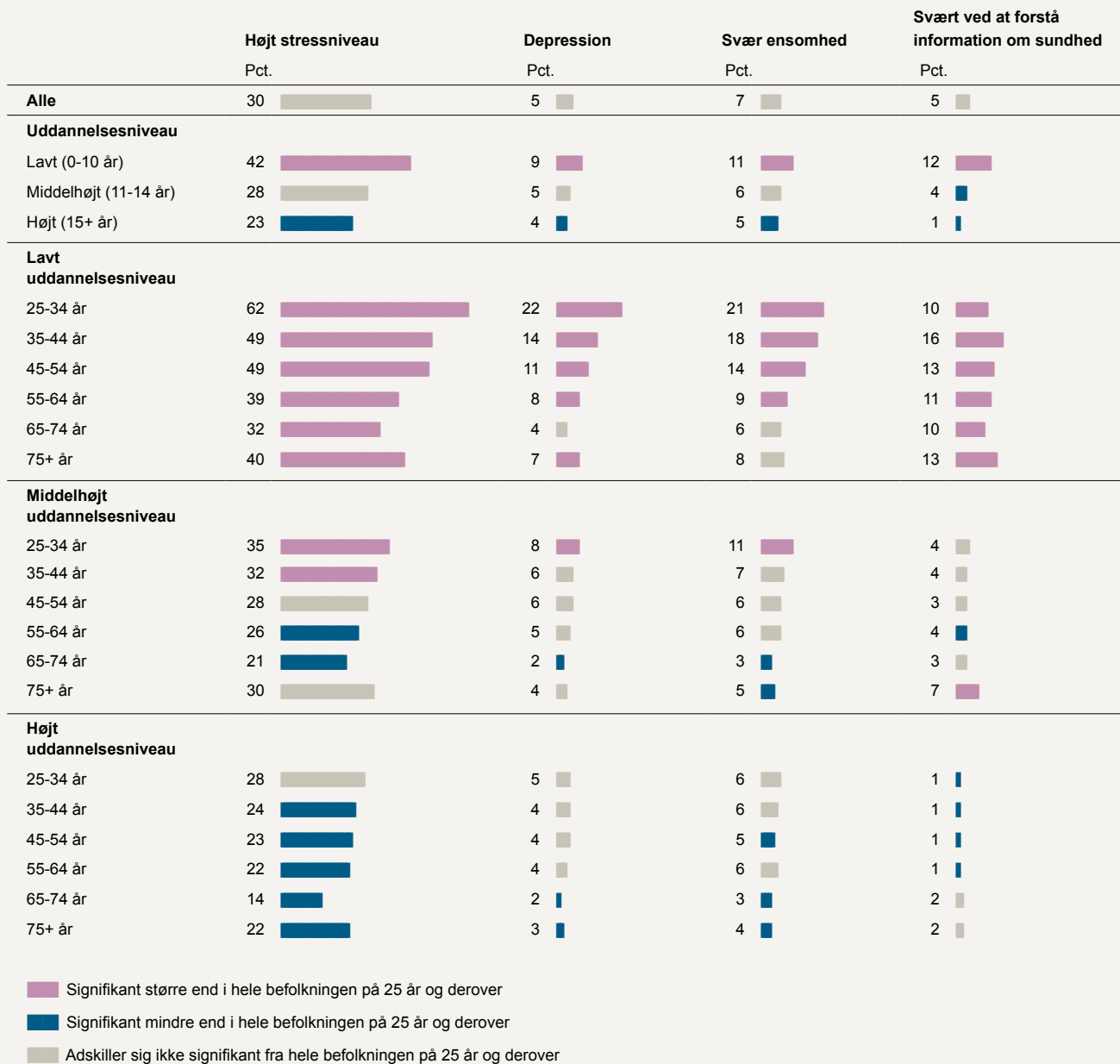
Figur 10.5
Generelt helbred – erhvervstilknytning



Fire eller flere kroniske sygdomme (se kapitel 9). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med fire eller flere kroniske sygdomme blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. Blandt førtidspensionister har 36 % fire eller flere kroniske sygdomme, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 16 %, og blandt arbejdsløse er det 8 %. Blandt beskæftigede er andelen 5 %.

Figur 10.6

Mental sundhed og sundhedskompetence – uddannelse og alder (25 år og derover)



Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence – uddannelse

Figur 10.6 viser forekomsten af mental sundhed og sundhedskompetence for hele befolkningen på 25 år og derover (herefter blot omtalt som hele befolkningen) i forhold til uddannelsesniveau og på aldersgrupper for de tre uddannelsesniveauer.

Samlet set er der forskel i mental sundhed og sundhedskompetence mellem de tre uddannelsesgrupper. Forskellen er størst mellem personer med lavt uddannelsesniveau og personer med højt uddannelsesniveau. Den sociale ulighed i sundhed på baggrund af uddannelsesgrupper er størst for *svært ved at forstå information om sundhed*, efterfulgt af *depression*, *svær ensomhed* og *højt stressniveau* (vurderet ved brug af RCI).

Højt stressniveau (se kapitel 8). Der er forskel i andelen med højt stressniveau imellem personer med lavt uddannelsesniveau og personer med højt uddannelsesniveau. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 42 %, der har et højt stress niveau, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 23 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højt stressniveau i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med et højt stressniveau blandt de 25-44-årige og en mindre andel blandt de 55-74-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med et højt stressniveau blandt personer på 35 år og derover.

Depression (se kapitel 8). Der er forskel i andelen med depression imellem personer med lavt uddannelsesniveau og personer med højt uddannelsesniveau. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 9 %, der har depression, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 4 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel med depression blandt de 25-64-årige og for personer på 75 år og derover. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel med depression blandt de 25-34-årige og en mindre andel blandt de 65-74-årige end i hele befolkningen.

For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel med depression blandt personer på 65 år og derover.

Svær ensomhed (se kapitel 8). Der er en forskel i andelen med svær ensomhed imellem personer med lavt uddannelsesniveau og personer med højt uddannelsesniveau. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 11 %, der er ramt af svær ensomhed, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 5 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel, der er ramt af svær ensomhed, blandt de 25-64-årige i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel, der er ramt af svær ensomhed, blandt de 25-34-årige og en mindre andel blandt personer på 75 år og derover end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel, der er ramt af svær ensomhed, blandt de 45-54-årige og blandt personer på 65 år og derover end i hele befolkningen.

Svært ved at forstå information om sundhed (se kapitel 9). Der er forskel i andelen, der har svært ved at forstå information om sundhed mellem de tre uddannelsesgrupper. Blandt personer med et lavt uddannelsesniveau er der 12 %, der har svært ved at forstå information om sundhed, og blandt personer med et højt uddannelsesniveau er andelen 1 %.

For personer med et *lavt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, i alle aldersgrupper i sammenligning med hele befolkningen. For personer med et *middelhøjt uddannelsesniveau* er der en større andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, blandt personer på 75 år og derover og en mindre andel blandt de 55-64-årige end i hele befolkningen. For personer med et *højt uddannelsesniveau* er der en mindre andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, blandt de 25-64-årige end i hele befolkningen.

► **Udvikling fra 2010-2017.** Det er kun muligt at beskrive udviklingen for højt stressniveau. I perioden 2010 til 2017 er der en stigning i andelen med *højt stressniveau* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau på 5 procentpoint og en stigning blandt

personer med et højt uddannelsesniveau på 3 procentpoint (se figur 8.5.S i bind 2). ◀

► **Udvikling fra 2013-2017.** Det er kun muligt at beskrive udviklingen for højt stressniveau, ensomhed og vanskeligheder med at forstå information om sundhed. Udviklingen i ensomhed beskrives på baggrund af to enkeltspørgsmål. Dette skyldes, at det tredje spørgsmål, som belyser ensomhed, er ændret fra 2013 til 2017 (se kapitel 8 i bind 1). I perioden 2013 til 2017 er der en stigning i andelen med *højt stressniveau* blandt personer med et lavt uddannelsesniveau på 5 procentpoint og en stigning blandt personer med et højt uddannelsesniveau på 2 procentpoint (se figur 8.5.S i bind 2). I samme periode er der en stigning på 2 procentpoint i andelen, der føler sig isoleret, og en stigning på 3 procentpoint i andelen, der ofte savner nogen at være sammen med, blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Blandt personer med et højt uddannelsesniveau er der en stigning på 1 procentpoint i andelen, der føler sig isoleret, og der er ikke signifikante ændringer i andelen, der ofte savner nogen at være sammen (se figur 8.14.S i bind 2). ◀

Social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence – erhvervstilknytning

Figur 10.7 viser tre indikatorer for mental sundhed og en for sundhedskompetence opgjort i forhold til erhvervstilknytning. I relation til social ulighed i sundhed er det de arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. samt førtidspensionister, der er særligt relevante, da de i forskellig grad er marginaliserede i forhold til arbejdsmarkedet (herefter omtalt som de tre grupper uden for arbejdsmarkedet) (33).

Samlet set er der en tydelig social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence for de tre grupper uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med beskæftigede. Det er især førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv., der har en dårlig mental sundhed og lav sundhedskompetence.

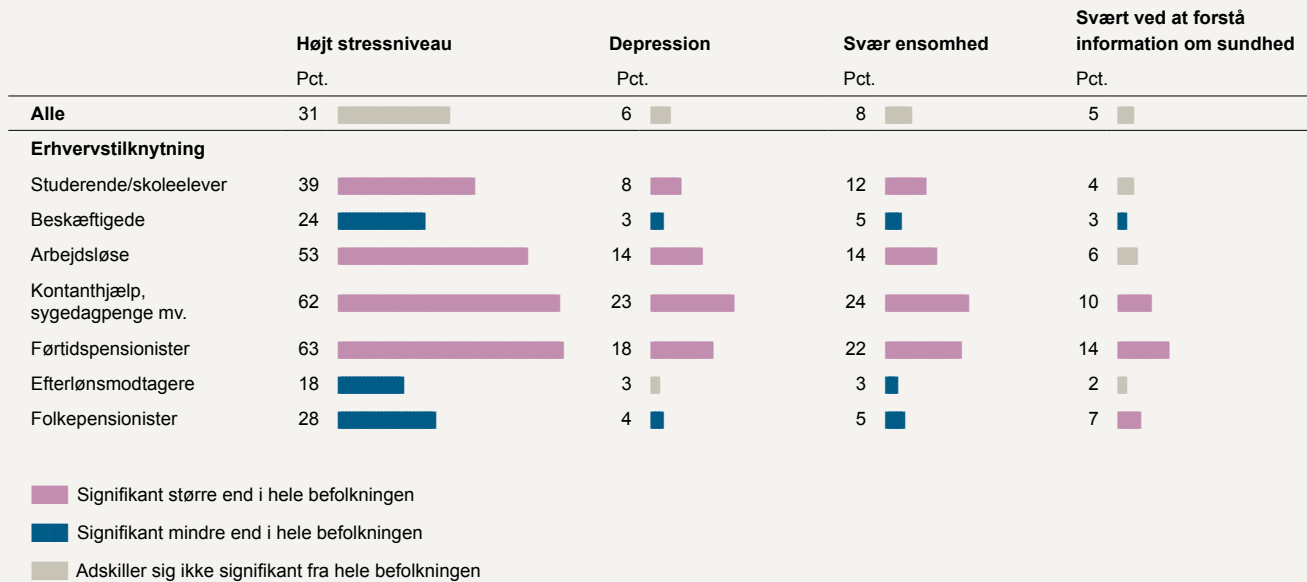
Højt stressniveau (se kapitel 8). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med højt stressniveau i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister har 63 % et højt stressniveau, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 62 %, og blandt arbejdsløse er det 53 %. Blandt beskæftigede er andelen 24 %.

Depression (se kapitel 8). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel med depression i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister har 18 % depression, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 23 %, og blandt arbejdsløse er det 14 %. Blandt beskæftigede er andelen 3 %.

Svært ensomhed (se kapitel 8). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel, der er svært ensomme, i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister er 22 % svært ensomme, blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 24 %, og blandt arbejdsløse er det 14 %. Blandt beskæftigede er andelen 5 %.

Figur 10.7

Mental sundhed og sundhedskompetence – erhvervstilknytning



Svært ved at forstå information om sundhed (se kapitel 9). Sammenlignet med hele befolkningen er der en større andel, der har svært ved at forstå information om sundhed, blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. Blandt førtidspensionister har 14 % svært ved at forstå information om sundhed, og blandt modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. er det 10 %. Blandt beskæftigede er andelen 3 %.

Sammenfatning

De præsenterede resultater viser, at der er en betydelig social ulighed i sundhed i Region Midtjylland på tværs af uddannelsesgrupper, og når man sammenligner personer i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet (førtidspensionister, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og arbejdsløse), med personer i beskæftigelse.

Der er en tydelig social ulighed i sundhedsvaner mellem uddannelsesgrupperne og mellem beskæftigede og de tre grupper uden for arbejdsmarkedet. Mellem uddannelsesgrupperne er forskellen mest udtalt for usundt kostmønster, daglig rygning og svær overvægt, mens der kun er en mindre grad af social ulighed for fysisk inaktivitet og højrisikoforbrug af alkohol. Blandt de tre grupper uden for arbejdsmarkedet er det særligt førtidspensionisterne, hvor der er store andele med risikable sundhedsvaner, efterfulgt af modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. og arbejdsløse.

Der er ligeledes en tydelig social ulighed i generelt helbred. Mellem uddannelsesgrupper er der en meget stor forskel for alle fire anvendte mål (*fire eller flere kroniske sygdomme, brug for hjælp til dagligdagens gøremål, nedsat arbejdsevne og dårligt selvvurderet helbred*). Blandt de tre grupper uden for arbejdsmarkedet er det generelle helbred især dårligere blandt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv.

Endelig er der også social ulighed i mental sundhed og sundhedskompetence. Mellem uddannelsesgrupperne er der stor forskel ved alle fire anvendte mål (*svært ved at forstå information om sundhed, depression, svær ensomhed og højt stressniveau*). Blandt de tre grupper uden for arbejdsmarkedet er det særligt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv., der har meget høje forekomster af dårlig mental sundhed og lav sundhedskompetence.

I perioden fra 2010 til 2017 er der sket en forøgelse af den sociale ulighed i højrisikoforbrug af alkohol og i fysisk inaktivitet. Til gengæld er den sociale ulighed mindsket i forhold til dårligt selvvurderet helbred.

I perioden fra 2013 til 2017 er der sket en forøgelse af den sociale ulighed i forhold til højrisikoforbrug af alkohol. Til gengæld er den sociale ulighed mindsket

i forhold til fysisk inaktivitet, dårligt selvvurderet helbred, og nedsat arbejdsevne (25-64-årige).

Resultaterne kan læses således, at sundhedsudfordringer og forebyggelsespotentiale er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og personer i de tre grupper uden for arbejdsmarkedet – særligt førtidspensionister og modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge mv. Generelt tegner der sig et billede af, at jo lavere uddannelsesniveau, jo større sundhedsudfordringer, og jo længere fra arbejdsmarkedet, jo større sundhedsudfordringer.

Personer med et lavt uddannelsesniveau og grupper uden for arbejdsmarkedet har generelt mere belastende levevilkår og færre ressourcer til at fremme egen sundhed, hvorfor forebyggelsesindsatsen må forventes at kræve ekstra ressourcer i sammenligning med indsatser og tilbud målrettet personer med højere uddannelsesniveau og flere ressourcer. Det skyldes blandt andet, at den enkeltes mulighed for at ændre sundhedsvaner kan være hæmmet af sociale omstændigheder (21) samtidig med, at personer med lavt uddannelsesniveau generelt oplever større psykosociale belastninger og har færre ressourcer til at stå imod disse belastninger (9). Den sociale ulighed i sundhedskompetence kan desuden medvirke til, at den socialt dårligst stillede del af befolkningen får et ringere udbytte af sundhedsvæsenets tilbud end den øvrige del af befolkningen.

Referencer

1. Ulighed i sundhed [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen. Available from: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed>.
2. Raahauge Hvass L, Manghezi A, Paldam Folker A, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
3. Larsen F, Friis K, Lasgaard M, Pedersen M, Sørensen J, Jakobsen L, et al. Hvordan har du det? 2013 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1. Aarhus: CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.
4. Marmot M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. *Lancet*. 2017 Nov 10.
5. Vilhelmsen J. De længst uddannede lever 6 år mere end de ufaglærte. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2016.
6. Forebyggelse for fremtiden. København: KL; 2018.
7. Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.
8. Eikemo T, Huijts T, Bambra C, McNamara C, Stornes P, Balaj M. Social Inequalities in health and their determinants. London: European Social Survey. 2016. Report No.: Issue 6.
9. 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*. 2010 Feb;1186:146-73.
10. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Raahauge Hvass L, Paldam Folker A, Sandø N, editors. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
11. Juel K, Koch M. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydning af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2013.
12. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimaki M, et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*. 2010 Mar 24;303(12):1159-66.
13. Stringhini S, Tabak AG, Akbaraly TN, Sabia S, Shipley MJ, Marmot MG, et al. Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ*. 2012 Aug 21;345:e5452.
14. Ferrario MM, Veronesi G, Kee F, Chambless LE, Kuulasmaa K, Jorgensen T, et al. Determinants of social inequalities in stroke incidence across Europe: a collaborative analysis of 126 635 individuals from 48 cohort studies. *J Epidemiol Community Health*. 2017 Dec;71(12):1210-6.
15. Kulik MC, Hoffmann R, Judge K, Looman C, Menvielle G, Kulhanova I, et al. Smoking and the potential for reduction of inequalities in mortality in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2013 Dec;28(12):959-71.
16. Diderichsen F. Social ulighed i sundhed – hvad er determinanterne, og hvilken rolle spiller de nære sundhedstilbud? 29. november 2017; København. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/konferencen-vi-aendre-paa-den-sociale-ulighed-i-sundhed>: Sundhedsstyrelsen; 2017.
17. Diderichsen F, Scheele C, Little I. Tackling health inequality locally: the Scandinavian experience. København: Department of Public Health, University of Copenhagen; 2015.
18. Diderichsen F. Ulighed i sundhed – meget kan gøres! *Ugeskriftet*. 2017;24.
19. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, Hayward A, Story A, Perri P, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*. 2017 Nov 10.
20. Veronesi G, Ferrario MM, Kuulasmaa K, Bobak M, Chambless LE, Salomaa V, et al. Educational class inequalities in the incidence of coronary heart disease in Europe. *Heart*. 2016 Jun 15;102(12):958-65.
21. Marmot M. The health gap: Doctors and the social determinants of health. *Scand J Public Health*. 2017 Nov;45(7):686-93.
22. Barr B, Higgerson J, Whitehead M. Investigating the impact of the English health inequalities strategy: time trend analysis. *BMJ*. 2017 Jul 26;358:j3310.

23. Mackenbach JP. Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). *J Epidemiol Community Health*. 2011 Jul;65(7):568-75.
24. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Jun;61(6):473-8.
25. Green LW, Kreuter MW. Evidence hierarchies versus synergistic interventions. *Am J Public Health*. 2010 Oct;100(10):1824-5.
26. Sandø N, Finke K, Aabel M, Kristensen T, Ziebell B. Sundhed på tværs. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
27. Social ulighed i sundhed. Anbefalinger til indsatser for at mindske social ulighed i sundhed, baseret på drøftelser på fem tværkommunale temadage. København: Center for Forebyggelse i praksis. KL; 2016.
28. Sølvhøj I, Cloos C, Jarlstrup N, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2017. Arbejdet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker siden 2013 og anbefalinger til borgere med kronisk sygdom. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2017.
29. Elstad J. Utdanning og helseulikheter Oslo: NOVA; 2008.
30. Bambra C. Work, worklessness and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press; 2011.
31. Borgere uden for arbejdsmarkedet [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen [Opdateret 7. februar 2013;]. Available from: <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2006/borgere-uden-for-arbejdsmarkedet>.
32. Shaw M, Galobardes B, Lawlor D, Lynch J, Wheeler B, Smith G. The handbook of inequality and socioeconomic position. Bristol: The Policy press; 2007.
33. Christensen A. Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet. Sandø N, Nielsen K, Hanak M, Knigge A, editors. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.

