



Ulighed i Sundhed

1. Fakta om social ulighed i sundhed
2. Hvordan opstår social ulighed i sundhed
3. Ulighed på flere niveauer
4. Levevilkår og sundhedskompetencer
5. Udsathed, sundhed og ulighed
6. Hvilke faktorer kan der arbejdes med

Social ulighed i sundhed drejer sig om 2 ting:

En social gradient i sygdomsbyrde - hvor sygdomsbyrden falder jævnt med stigende uddannelse og indkomst

En ophobning af sygdomsbyrden for socialt udsatte individer – hvor sygdom er både årsag til og resultat af social udsathed

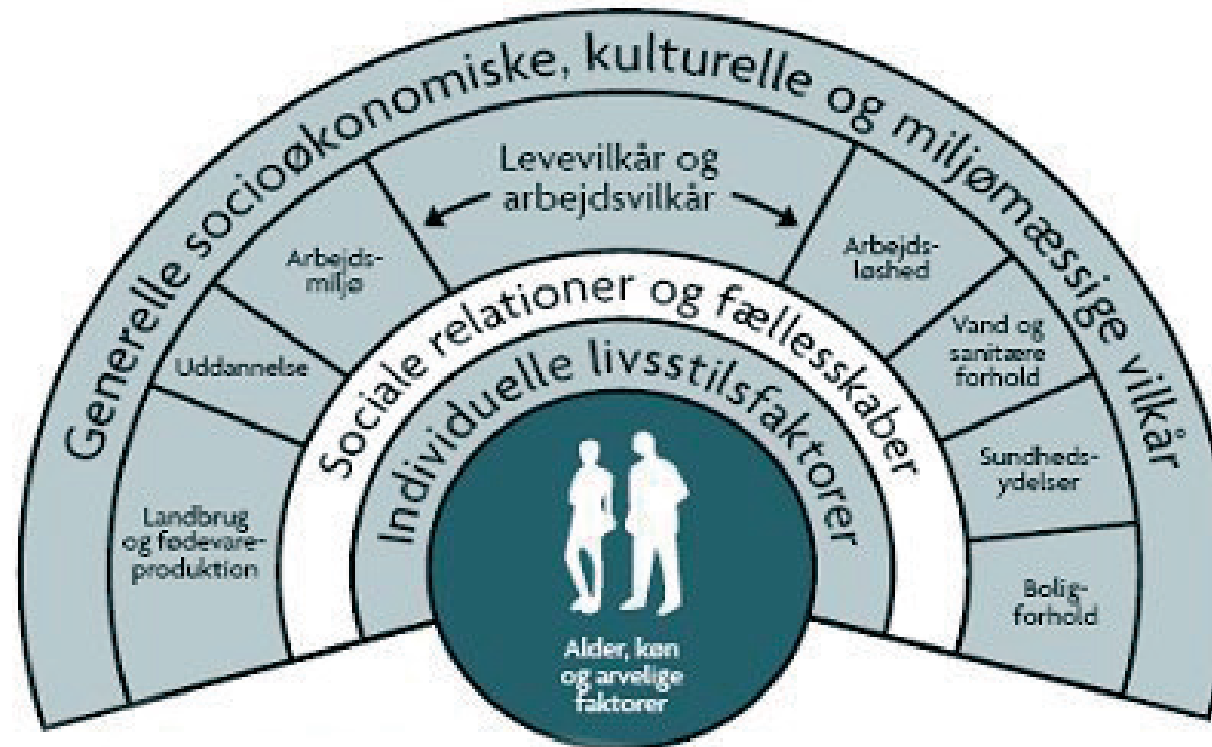
Hvad forstår vi ved social ulighed?



En syg forskel, DR, 2016

- Mennesker med forskellig social position:
1. Har forskellig sundhedstilstand pga. forskellig udsættelse for risiko i sundhedsvaner og levevilkår
 2. Oplever forskellige konsekvenser af dårligt helbred, arbejdsmarkedstilknytning samt brug af og behandling i sundhedsvæsenet

Sundhedsdeterminanter - Dahlgren & Whitehead, 1993



Sociale ulighed sundhed og velfærdsstaten

Social inequalities in health have widened

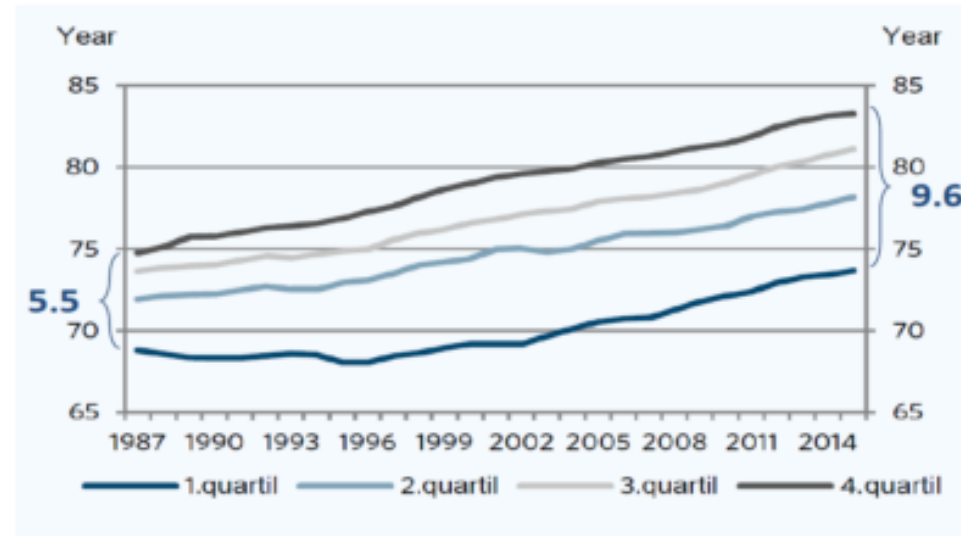


Figure: Life expectancy (year) for four incomes quartiles, 1987-2015.
Source: The Economic Council of the Labour Movement based on the registers of Statistics Denmark.

"The Scandinavian Welfare Paradox of Health"

Hurrelmann K et al., 2011.

Uligheder på forskellige niveauer

1. Økonomisk ulighed: Uligheden i de ækvivalerede disponible indkomster er streget i perioden 2000-2018
2. Geografisk ulighed: Afstanden fra yderkommuner som Lolland og Tønder til Gentofte og de omkringliggende rige kommuner store byer vokser og truer sammenhængskraften
3. Ungdomsarbejdsløshed (18-30 år) – 76.000 uden for arbejdsmarkedet og tallet er stabilt – manglende tilknytning- mistrivsel
4. Den negative sociale arv: Stigende i perioden 2000- 2018 Arbejdsbevægelses Erhvervsråd.
→ 33 % af dem som vokser op blandt de fattigste familier ender selv blandt de fattigste familier
5. Social polarisering: Manglende rum for social mobilitet, hvor bl.a. udsatte børn lærer kan at 'de duer til noget' - uddannelse en af grundstenene til at bryde den negative sociale arv



University of Southern Denmark

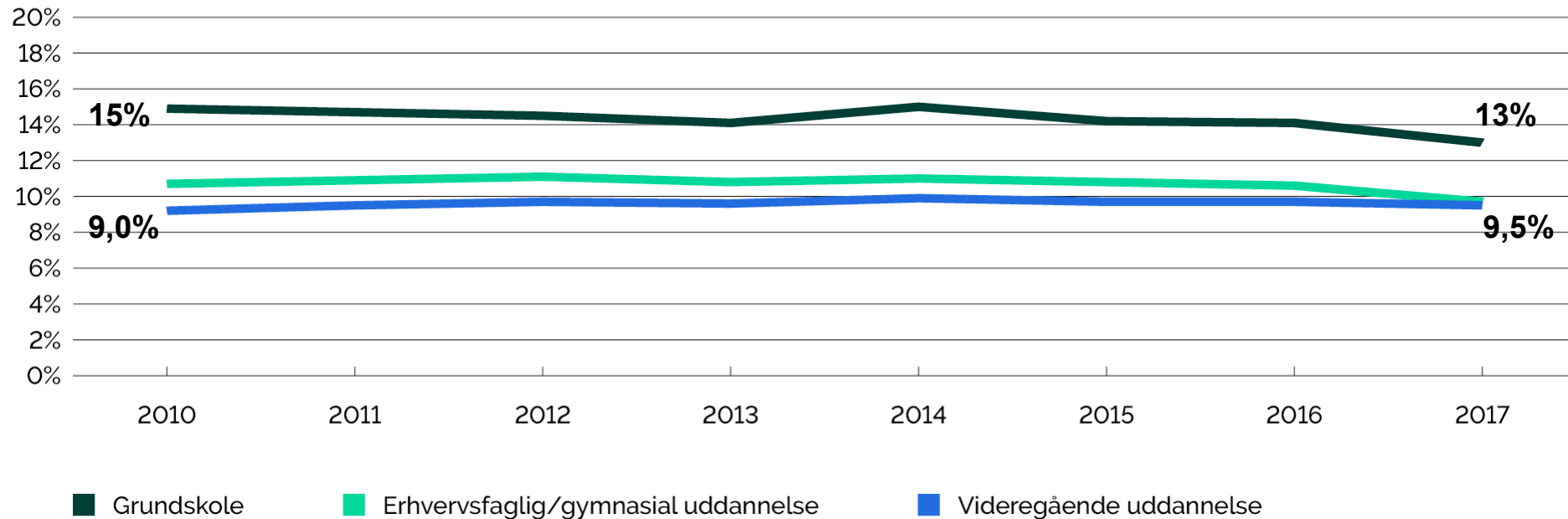
Hvordan spiller uligheden ind på det nyfødte barn?



Børn født små

FIGUR 3.1.2

Andelen af børn, der fødes små i forhold til gestationsalder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2010-2017.

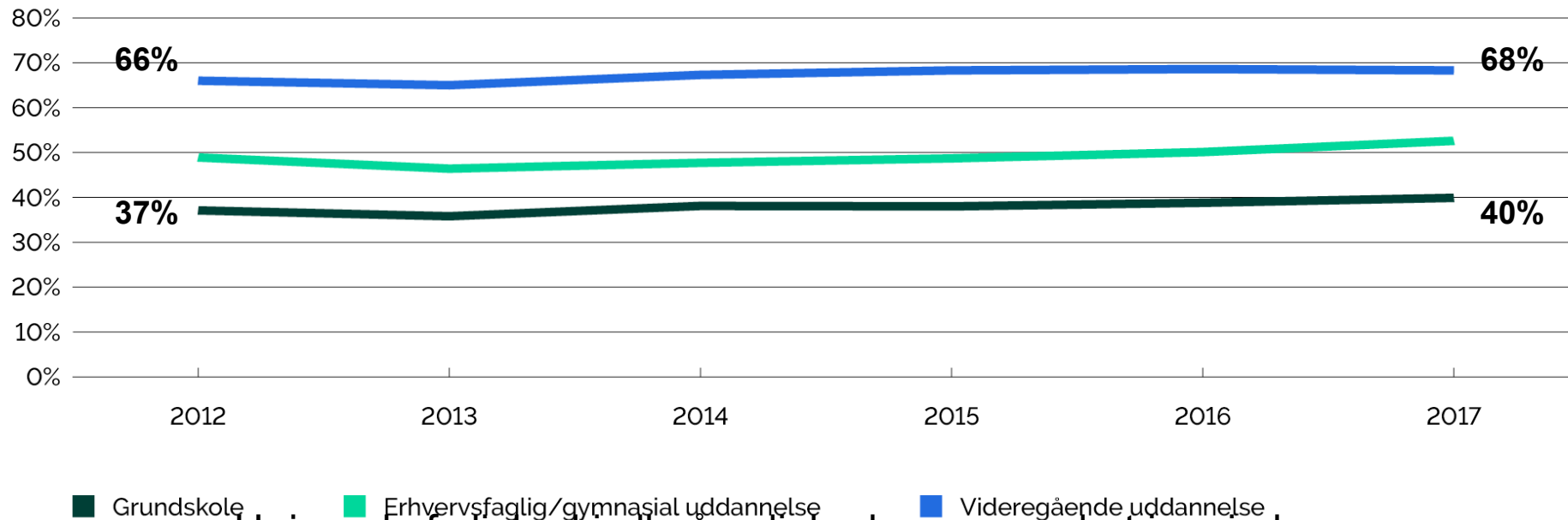


Lav-moderat grad af ulighed, uligheden er blevet mindre i perioden

Amning til 4 måneder

FIGUR 3.2

Andelen af børn, der fuldammes til de er 4 måneder, fordelt på moderens igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2012-2017.

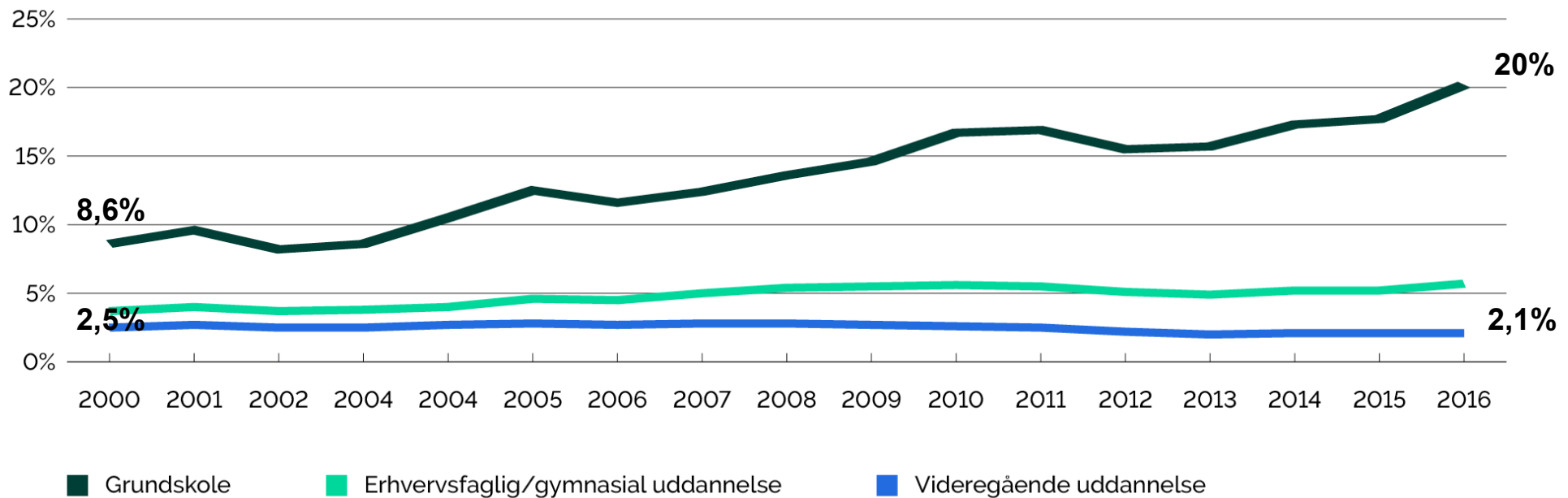


Høj grad af ulighed i alle år, uligheden er uændret i perioden

Børnefattigdom

FIGUR 3.10

Andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, fordelt på forældres igangværende eller højest fuldførte uddannelsesniveau i perioden 2000-2016.



Høj grad af ulighed, uligheden er blevet større i perioden

Udsathed, afsavn og netværk

Forældre i udsatte positioner forværret under Corona:

Mental sundhed dårligere, oplever svær ensomhed og oplever markant afsavn (Røde kors undersøgelse 2020).

Dimensioner af modgang i barndommen

Materiel afsavn

Familiens fattigdom

Forældres langtidsarbejdsløshed

Mental udsathed

Tab eller trussel om tab

En forælders død

En søskendes død

Forældres somatisk sygdom

Søskende somatisk sygdom

Familiedynamik

Forældres psykiatriske sygdom

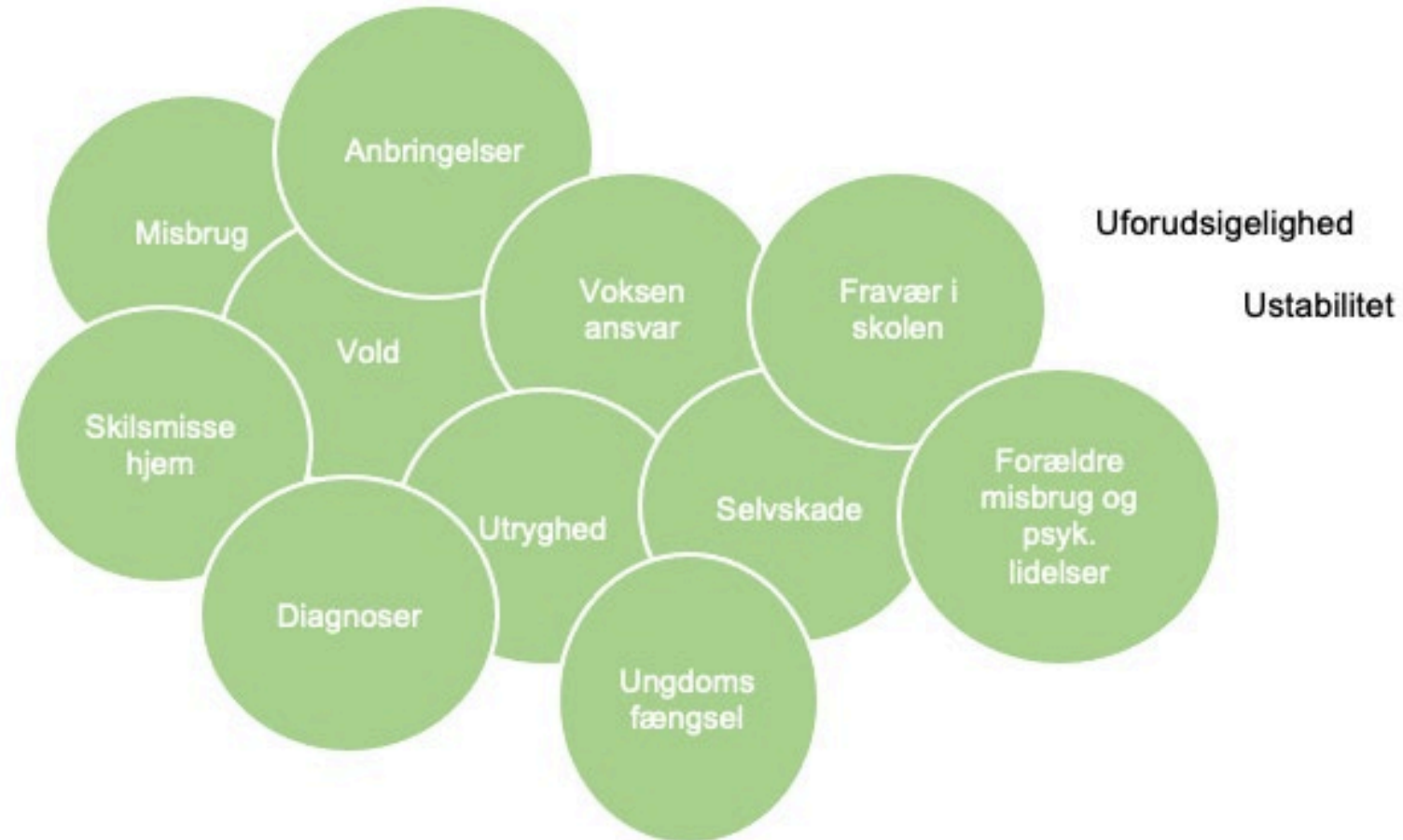
Psykiatrisk sygdom hos søskende

Forældres alkoholmisbrug

Forældres stofmisbrug

Forældres adskillelse

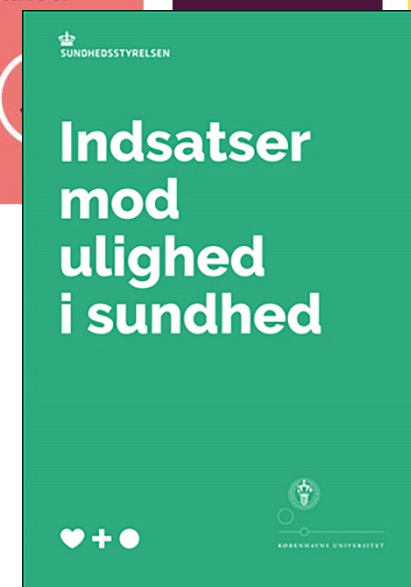
Udsathed, afsavn, ensomhed og netværk



Hvad skal der til?

Forebyggelse af social ulighed i sundhed handler om at påvirke de risikofaktorer som er socialt skævt fordelt:

- Børns tidlige udvikling
- Skolegang og ungdomsuddannelse
- Sundhedsadfærd
- Arbejds miljø
- Nærmiljø
- Arbejdsløshed
- Socialt udsatte



Ulige liv - ikke en statisk størrelse

Strukturelle tiltag og flerstrengede interventioner
=> fokus er på at gå bag om mekanismerne der
skabe ulige levevilkår

Dialog, arbejde håndholdt, tænke i fleksibilitet

Ligeværdighed i projekterne og ejerskab er
centralt

Langt flere kapaciteter gemt end man kan forestille
sig!!

Ulige liv – husk kapaciteterne!

*”Sygdom, fattigdom og kort uddannelse
er altså ikke udtryk for en karakterbrist.
Levevis er ikke et valg, men et vilkår”*

Morten Sodemann, professor SDU

Tak for opmærksomheden!



Pernille Tanggaard Andersen.

Professor & Forskningsleder Sundhedsfremme.

Institut for Sundhedstjenesteforskning

Syddansk Universitet. ptandersen@health.sdu.dk

65504217

Litteratur

1. Andersen, P. T., Holst Algren, M., Heiberg, R. F., Joshi, R. & Kronborg Bak, C. Social Network resources and self-rated health in a deprived Danish neighborhood. 21 aug. 2017 In: Health Promotion International. s. 1-11 11 s., 10.1093/heapro/dax051.
2. Holst Algren, M., Ekholm, O., van Lenthe, F., Mackenbach, J., Bak, C. K. & Andersen, P. T. Health-risk behaviour among residents in deprived neighbourhoods compared with those of the general population in Denmark: A cross-sectional study. 2017 In: Health & Place. 45, s. 189-198.
3. Naja H Rod, Jessica Bengtsson, Esben Budtz-Jørgensen, Clara Clipet-Jensen, David Taylor-Robinson, Anne-Marie Nybo Andersen, Nadya Dich, Andreas Rieckmann. Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study. 2020. Lancet. 396: 489–97
4. Merry, L., Villadsen, S. F., Sicard, V., & Lewis-Hibbert, N. (2020). Transnationalism and care of migrant families during pregnancy, postpartum and early-childhood: An integrative review. *BMC Health Services Research*, 20(1), [778]. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05632-5>
5. Sorbye, I. K., Lindskog, B., Sundby, J., Essen, B., Villadsen, S. F., & Bains, S. (2021). Closing gaps and reducing inequities Maternal health care to migrant women in Scandinavia. *Tropical Medicine & International Health*, 26(Supplement 1), 269-270. <https://doi.org/10.1111/tmi.13632>
6. Brorsen, E., Rasmussen, T. D., Ekstrøm, C. T., Osborne, R. H., & Villadsen, S. F. (2021). Health literacy responsiveness: a cross-sectional study among pregnant women in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/14034948211004320>
7. Axelsen SF, Nelausen MK, Brixval CS, Due P, Koushede V. Sårbare forældres brug og udbytte af Nyfødt – forberedelse til fødsel og familie. Rapport. Sider 1-70. Statens Institut for Folkesundhed, 2016.
8. Kraglund, K., Ladefoged, L., Petersen, K. E., & Danmarks Institut for Pædagogik og Uddannelse. (2017). *Betydningen af sundhedsplejens ekstra tilrettelagte indsatser for små børn og deres forældre*. Aarhus Universitet, DPU.
9. Pearce, A., Dundas, R., Whitehead, M., & Taylor-Robinson, D. (2019). Pathways to inequalities in child health. *Archives of disease in childhood*, 104(10), 998–1003. <https://doi-org.ep.fjernadgang.kb.dk/10.1136/archdischild-2018-314808>
10. Nowland, R., Thomson, G., McNally, L., Smith, T., & Whittaker, K. (2021). Experiencing loneliness in parenthood: a scoping review. *Perspectives in public health*, 141(4), 214–225. <https://doi-org.ep.fjernadgang.kb.dk/10.1177/17579139211018243>
11. Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1722564. <https://doi-org.ep.fjernadgang.kb.dk/10.1080/17482631.2020.1722564>
12. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017; 2: e356–66
13. McLeish, J., & Redshaw, M. (2017). Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 28. <https://doi-org.ep.fjernadgang.kb.dk/10.1186/s12884-017-1220-0>
14. Hogg, R., & Worth, A. (2009). What support do parents of young children need? A user-focused study. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 82(1), 31–34.
15. Wickham, S., Anwar, E., Barr, B., Law, C., & Taylor-Robinson, D. (2016). Poverty and child health in the UK: using evidence for action. *Archives of disease in childhood*, 101(8), 759–766. <https://doi-org.ep.fjernadgang.kb.dk/10.1136/archdischild-2014-306746>
16. van Dijk IK, Janssens A, Smith KR. The long harm of childhood: childhood exposure to mortality and subsequent risk of adult mortality in Utah and the Netherlands. *Eur J Popul* 2018; 35: 851–7
17. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* 2017; 389: 941–50.
18. Taylor-Robinson DC, Straatmann VS, Whitehead M. Adverse childhood experiences or adverse childhood socioeconomic conditions? *Lancet Public Health* 2018; 3: e262–63
19. Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436–443. <https://doi-org.ep.fjernadgang.kb.dk/10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x>