

Veje til social ulighed i børn og unges sundhed

Hvordan forklares uligheden?

Veje til social ulighed i børn og unges sundhed

© Sundhedsstyrelsen 2022

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

www.sst.dk

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Line Nielsen

Mogens Trab Damsgaard

Ida Voss

Katrine Rich Madsen

Intern reviewer: Isabelle Pascale Mairey

Version: 1.0

Versionsdato: 1. marts 2023

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Foto: Lars Wittrock, Sundhedsstyrelsen

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-472-8

Forord

Sociale forskelle i sundhed og trivsel kommer til udtryk i de helt tidlige år i barndommen, og disse forskelle følger ofte børnene videre i livet og forstærkes af ulighed i skolegang, i uddannelse og i tilknytning til arbejdsmarkedet.

Sundhedsstyrelsen har i 2020 sat fokus på ulighed i sundhed gennem rapporterne "Social ulighed i sundhed og sygdom i Danmark" og "Indsatser mod ulighed i sundhed". Denne rapport fortsætter dette fokus på social ulighed i sundhed ved at give indsigt i teoretiske forståelser af de veje, der kan føre til social ulighed i børn og unges sundhed belyst med danske empiriske eksempler. Formålet med rapporten er at give en større forståelse af hvad, der kan føre til social ulighed i sundhed blandt børn og unge for at få indsigt i, hvor der mest hensigtsmæssigt kan sættes ind mod denne ulighed.

Med 'Sundhed for alle' som mission vil Sundhedsstyrelsen gerne bidrage med analyser, forklaringer og løsninger på det problem, at nogle grupper i befolkningen får mere sygdom, bliver tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdom og dør tidligere. Hvis vi skal gøre noget ved denne ulighed, kræver det betydelig indsats på mange politikområder (Health in all policies) med inddragelse af politiske beslutningstagere, offentlige myndigheder, private erhverv og civilsamfundet. I sundhedsvæsenet kan vi gøre vores del til at bidrage til mere lighed i sundhed – men vi kan også pege på, hvordan social ulighed i sundhed går hånd i hånd med udfordringer og løsninger inden for andre fagområder.

"Vejne til social ulighed i sundhed blandt børn og unge" er blevet til på baggrund af et stort arbejde med gennemgang af teoretiske forklaringer og danske empiriske eksempler, der viser social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Jeg vil gerne takke forskere på Statens Institut for Folkesundhed, SDU, der har udarbejdet denne rapport for Sundhedsstyrelsen. Ligeledes vil jeg takke en gruppe af eksperter, der har bidraget med forslag og synspunkter til teoretiske perspektiver og empiriske studier. Rapporten vil blive fulgt op af yderligere arbejde med, hvor og hvordan vi bedre kan sætte ind for at skabe mere lighed i sundhed blandt børn og unge.

Niels Sandø

Enhedschef

Forebyggelse og Ulighed

Sundhedsstyrelsen

Indholdsfortegnelse

3	Forord
4	Indholdsfortegnelse
5	Sammenfatning
5	Hvordan forklares den sociale ulighed i børn og unges sundhed?
6	Hvad betyder dette for indsatser mod social ulighed i sundhed?
7	Indledning
8	Teoretisk baggrund
9	Formål
10	Fremgangsmåde
11	Teoretiske perspektiver på social ulighed i sundhed
11	Sociale determinanter for børn og unges sundhed
13	Strukturelle sociale determinanter for børn og unges sundhed
15	Mellemliggende sociale determinanter for børn og unges sundhed
22	Livsforløbsperspektiv på social ulighed i børn og unges sundhed
25	En samlet model for veje til ulighed i børn og unges sundhed
30	Sammenfattende om teoretiske perspektiver
31	Implikationer
31	Implikationer for forskning
32	Implikationer for praksis og policy
33	Begreber og måling
33	Social ulighed i sundhed, socioøkonomiske vilkår og socioøkonomisk position
33	Måling af socioøkonomisk position og socioøkonomiske vilkår blandt børn og unge
33	Sundhed
34	Referencer

Sammenfatning

Sammenhængen mellem børn og unges socioøkonomiske vilkår og deres sundhed er veldokumenteret, men de veje, hvorigennem sammenhængen løber, er komplekse. I denne rapport gennemgås fremherskende teorier om årsager til sociale uligheder i børn og unges sundhed. De teoretiske forklaringer er belyst med eksempler fra empirisk forskning om danske forhold. Formålet med rapporten er at give en større forståelse af de forskellige veje, der fører til social ulighed i sundhed blandt børn og unge. En forståelse af disse veje er en vigtig forudsætning for arbejdet med at fremme lighed i sundhed. Det er ikke hensigten med rapporten at pege på indsatser, der kan reducere ulighed i sundhed blandt børn og unge, men at pege på de mekanismer, der skaber denne ulighed, og dermed give et bedre grundlag for at vurdere, hvor der mest hensigtsmæssigt kan sættes ind.

Med social ulighed i sundhed menes her de forskelle, der kan konstateres i børn og unges helbred, udvikling, velbefindende og funktionsevne på baggrund af de socioøkonomiske vilkår, som børnene vokser op under.

Social ulighed i sundhed handler ikke blot om forskelle i sundhed mellem fattige eller særligt udsatte grupper og resten af befolkningen. Uligheden viser sig oftest som en gradient i sundhed hen over hele befolkningen. Det vil sige, at hvis befolkningen inddeles i socioøkonomiske grupper, så vil det gælde, at jo højere socioøkonomisk placering en gruppe har, jo lavere vil andelen af børn med dårlig helbredstilstand og -udvikling være.

Hvordan forklares den sociale ulighed i børn og unges sundhed?

De sociale og økonomiske vilkår, som børnene vokser op under, samt de samfundsmæssige årsager til disse vilkår udgør det, som kaldes for *de sociale determinanter for sundhed*. De forskellige determinanter for sundhed befinder sig på forskellige trin i årsagskæderne, og i rapporten skelnes der overordnet mellem strukturelle sociale determinanter og mellemliggende sociale determinanter for sundhed.

De strukturelle sociale determinanter for sundhed er samfundets politiske, kulturelle, økonomiske og kommercielle forhold, der fordeler magt, ressourcer og serviceydelser i befolkningen, og medvirker til, at folk opnår forskellige sociale og økonomiske

placeringer i samfundet. De strukturelle sociale determinanter for sundhed har dels direkte indflydelse på børn og unges sundhed, for eksempel i form af adgang til pasningstilbud, skole og sundhedsydelser, regulering af markedsføring og priser med videre, og dels indirekte ved at skabe den sociale og økonomiske ulighed i samfundet. Dermed skabes også de forskellige socioøkonomiske vilkår, som børn og unge vokser op under.

De socioøkonomiske vilkår, som børn og unge vokser op under, påvirker sundheden gennem *de mellemliggende sociale determinanter for sundhed*, som især følger tre veje: materielle, psykosociale og adfærdsmæssige veje. Rapporten gennemgår disse veje til ulighed i sundhed og giver empiriske eksempler på hver vej. Rapporten beskriver desuden, hvordan vejene til social ulighed i sundhed kan virke hver for sig, gennem hinanden, ophobes og virke gennem et livsforløb.

Materielle veje handler grundlæggende om materielle ressourcer, som er nødvendige for, at børn kan leve og udvikle sig sundt. Dette gælder for eksempel forhold som en god bolig, mad, tøj, fodtøj og hjælpemidler til skolen. Mangel på sådanne nødvendige ressourcer kan svække børns forudsætninger for at klare sig godt helbreds- og uddannelsesmæssigt. Det handler også om økonomiske muligheder for at deltage i diverse sociale aktiviteter, og om adgang til attraktive fysiske og sociale omgivelser. Forskellige materielle vilkår påvirker boligsegregering og sammensætningen af resourcesvage og ressourcestærke børn og familier i boligområder, pasningsordninger og skoler. Denne påvirkning har indflydelse på børns sundhed.

Psykosociale veje: Sociale omgivelser har indflydelse på menneskers følelser. Det kan handle om følelser af mindreværd, underlegenhed eller manglende kontrol, som opstår på grund af social ulighed. Det kan også handle om de stressfaktorer, der er forbundet med at have trange socioøkonomiske vilkår, og hvordan disse stressorer igen kan indvirke på helbredet – både direkte og gennem sundhedsskadelig adfærd. Endelig kan psykosociale veje fra børn og unges socioøkonomiske vilkår til ulighed i sundhed virke gennem mobning, diskrimination eller lav grad af praktisk eller emotionel social støtte.

Adfærdsmæssige veje går i første omgang gennem forældres og omsorgspersoners opdragelse

og sundhedsrelaterede adfærd (herunder rygning under graviditet, amning af spædbørn, bevægelse, deltagelse i vaccinationsprogrammer med videre) og senere gennem barnets egen sundhedsadfærd, som også vil være påvirket af søskende og venner. Sundhedsadfærd vil være påvirket af de socioøkonomiske vilkår. U hensigtsmæssig sundhedsadfærd kan ofte være en følge af psykosociale eller materielle ulighedsforhold, og normer for adfærd i forskellige socioøkonomiske grupper kan videreføres som social praksis gennem generationer.

Sundhedsvæsenet kan også betragtes som en særlig mellemliggende vej til ulighed i sundhed. Forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kan forbedre folkesundheden generelt og modvirke social ulighed i sundhed, ligesom behandlingssystemet kan forbedre befolkningens sundhed. Denne forbedring af sundheden kan dog også være ulige socialt fordelt og dermed betragtes som en forøgelse af uligheden i sundhed.

De socioøkonomiske vilkår har betydelig indflydelse på helbredet tidligt i livet – allerede under moderens graviditet – og må også forstås i et *livsforløbsperspektiv*. Effekten af ugunstige og gunstige vilkår ophobes over tid og "sætter sig i kroppen". Tidlige helbredsproblemer eller uhensigtsmæssig sundhedsadfærd kan derfor påvirke helbred og adfærd senere i livet. Ulige socioøkonomiske vilkår under børn og unges opvækst har således indflydelse gennem hele livsforløbet, og bevirker ulighed i belastende fysiske og sociale påvirkninger, ulighed i risikoen for at blive syg af disse påvirkninger, ulighed i effekter af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, ulighed i konsekvenser af sygdom og dårligt helbred, samt ulighed i risikoen for at disse konsekvenser yderligere forringer barnets eller den unges socioøkonomiske vilkår og fremtidige muligheder. Livsforløbsperspektivet er derfor med til at understrege potentialet i indsatser for at fremme en positiv udvikling tidligt i livet, hvor børn er særligt følsomme for påvirkninger.

Hvad betyder dette for indsatser mod social ulighed i sundhed?

Ved indsatser overfor social ulighed i sundhed, er det vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er de sociale determinanter for sundhed i sig selv (for eksempel levestandard, påvirkninger fra miljøet, sundhedsadfærd eller stress), der skaber den sociale ulighed i sundhed. Det er i den ud-

strækning disse determinanter og deres effekter er ulige fordelt mellem forskellige socioøkonomiske grupper i samfundet, at der skabes social ulighed i sundhed. Indsatser, der er vigtige overfor udbredte sundhedsproblemer, er således ikke nødvendigvis vigtige overfor social ulighed i sundhed.

Den sociale ulighed i sundhed bliver umiddelbart synlig som forskelle, der opstår gennem de mellemliggende veje til ulighed i sundhed. Derfor er det nærliggende at rette indsatser mod disse veje for at forebygge eller reducere uligheden i sundhed. Det er i første omgang også vigtigt at identificere de områder, hvor sundheds-, skole-, institutions- og andre systemer kan sætte ind for at modvirke effekter af ugunstige socioøkonomiske vilkår. Her er det værd at bemærke, at de mellemliggende determinanter for sundhed kan ligge på forskellige trin i årsagskæden og virke gennem hinanden. U hensigtsmæssig sundhedsadfærd kan for eksempel være den mest synlige årsag til ulighed i et sundhedsproblem, men kan have psykosociale og materielle årsager. En indsats mod en sådan adfærd vil eventuelt kunne have en gavnlig effekt på sundheden generelt, men ikke nødvendigvis på uligheden i sundhed.

Ved at skelne mellem strukturelle og mellemliggende sociale determinanter for sundhed, bliver det imidlertid klart, at indsatser og politikker, der skal mindske den sociale ulighed i sundhed, ikke kan nøjes med at rette sig mod de mellemliggende sociale determinanter for sundhed. Det er også nødvendigt med politikker, der retter sig mod de mekanismer, der skaber den ulige fordeling af determinanter for sundhed mellem befolkningsgrupper.

Overordnet gælder det, at jo senere i et livs-helbredsforløb, der sættes ind imod ulighed i sundhed, jo vanskeligere er det at rette op. Dette understreger betydningen af tidlige indsatser i børns liv, samt betydningen af strukturelle indsatser, der retter sig mod blandt andet sundhedssystemet, uddannelses-, arbejds- og boligforhold samt barsels- og pasningsvilkår og dermed også langsigtet mod børns opvækstvilkår.

Indledning

Det er et faktum, at sundhed er systematisk og socialt skævt fordelt i samfundet. Menneskers socioøkonomiske position har betydning for levevilkår, somatiske og psykiske sygdomme samt for midlelivetiden. I de dårligst stillede socioøkonomiske grupper i befolkningen er der en større andel af personer, der bliver syge og oplever større konsekvenser af sygdom i en tidligere alder end i de mere privilegerede socioøkonomiske grupper (1). Det gælder også for børn og unge, som vokser op under forskellige vilkår, der blandt andet er formet af deres forældres socioøkonomiske position, og som påvirker deres sundhed. Børns tidlige udvikling har betydning for, hvordan de klarer sig senere i livet med hensyn til uddannelse, social funktion og helbred, og forskning har dokumenteret, at socioøkonomiske vilkår påvirker børns tidlige udvikling. Forældrenes uddannelse, arbejde og økonomi spiller således en vigtig rolle, ligesom ressourcer i nærmiljøet, for eksempel grønne områder og dagtilbud, også er vigtige for børns udvikling, trivsel og sundhedsadfærd. Helt fra fødslen ses der sociale forskelle i børns sundhed – forskelle, som ofte vokser med tiden, og som følger børnene op gennem livet (2, 3). Det er derfor afgørende at stille skarpt på hvilke veje, der fører til social ulighed i sundhed med et særligt fokus på børn og unges sundhed.

Denne rapport har fokus på teoretiske forståelser af veje til social ulighed i børns sundhed. Social ulighed i sundhed skal her forstås som ulighed i forhold til børns *socioøkonomiske vilkår*. Det vil især sige forældrenes uddannelse, indkomst og erhverv, men også øvrige sociale forhold, som er med til at forme de vilkår, som børn vokser op under. Rapporten inddrager ikke ulighed i sundhed relateret til for eksempel køn, alder og etnicitet.

I rapporten bruges ordet sundhed som overordnet betegnelse for både godt og dårligt helbred samt god og dårlig udvikling, velbefindende og funktionsevne. Rapportens sundhedsbegreb omfatter således ikke livsstil og sundhedsadfærd, da disse betragtes som medvirkende forklaringer.

Mange politikere, forskere og praktikere mener, at social ulighed i sundhed er uacceptabelt, da det er i modstrid med samfundets humanistiske idealer og med velfærdsstatens indsats for at skabe et retfærdigt samfund (4), og derudover har Danmark underskrevet FN's børnekonvention, der blandt andet i artikel 24 fastslår alle børns ret til sundhed (5). Der er således et bredt ønske om at mindske den sociale ulighed i sundhed, hvilket også omfatter et

ønske om at mindske social ulighed i børn og unges sundhed. Det bunder blandt andet i et ønske om, at alle mennesker bør have de samme muligheder for at leve et liv med frihed til at gøre de ting, de sætter pris på (6, 7), og hvor sundhed er en af forudsætnin-gerne herfor.

Det er ikke ny viden, at der i Danmark er social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Adskillige danske undersøgelser har med udgangspunkt i forskellige børne- og ungepopulationer vist dette, blandt andet i store børne- og ungebefolkningsundersøgelser som for eksempel Bedre sundhed i generationer (8), Skolebørnsundersøgelsen (9), Databasen Børns Sundhed (10) og Børneforløbsundersøgelsen (11). En rapport fra Sundhedsstyrelsen fra 2020 belyser den sociale ulighed i sundhed og sygdom blandt børn, unge og voksne i den danske befolkning, og den bekræfter, at forældrenes uddannelsesmæssige baggrund har betydning for forekomsten af en lang række sundhedsudfald hos børn og unge (7). Rapporten viser blandt andet, at uligheden allerede starter tidligt i livet, og at andelen af børn, der fødes for tidligt og for små, er lavere, jo højere uddannelsesniveau forældrene har. Samme ulighed gør sig gældende for en række andre udfald blandt børn og unge, herunder gennemførelse af børnevaccinationsprogrammet, tandsundhed, overvægt, livstilfredshed og self-efficacy (troen på egen formåen). Rapporten viser desuden, at andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen, er lavere, jo højere uddannelsesniveau forældrene har, og at denne ulighed har været stigende i perioden 2000-2016 (7). Barndommen er en sensitiv periode med vigtige udviklingsprocesser, såsom hjernens udvikling og fysiologisk vækst. En opvækst præget af fattigdom og afsavn kan have alvorlige konsekvenser af social og helbredsmæssig karakter både i barndommen og senere i livet (12-14). Børnefattigdom øger risikoen for mentale helbredsproblemer i barndommen og for både mentale og fysiske helbredsproblemer som voksen. Et stort dansk registerstudie fra 2020 blandt mere end en million børn født i Danmark mellem 1980 og 1998 har vist, hvordan ophobning af belastninger i barndommen i form af fattigdom, sygdom og problemer i familien er forbundet med en markant øget risiko for tidlig død af alle årsager (12).

En række studier har med afsæt i Skolebørnsundersøgelsen belyst udviklingen i social ulighed i sundhed og sundhedsadfærd over tid blandt børn og unge i alderen 11-15 år. Disse studier har vist, at den sociale ulighed i sundhed målt ved for eksem-

pel overvægt, søvnproblemer, lavt selv vurderet helbred og livstilfredshed, i det store hele er uændret over de seneste 30 år (15-19). I samme periode er den sociale ulighed i ensomhed og emotionelle symptomer til gengæld reduceret, men dog af den kedelige årsag, at forekomsten af ensomhed og symptomer har været stigende i de høje socialgrupper (20, 21). Der eksisterer således social ulighed i sundhed blandt børn og unge i Danmark, og denne ulighed er ikke blevet mindre i de seneste årtier trods politiske intentioner herom.

Teoretisk baggrund

Sammenhænge mellem menneskers materielle vilkår og deres helbred har været kendt længe, men i sidste halvdel af 1900-tallet steg interessen for ulighederne i sundhed mellem forskellige grupper i samfundet – især i England, men også i Danmark og andre lande. Dette skete på baggrund af den økonomiske vækst efter anden verdenskrig, hvor den generelle velfærd og levestandard i befolkningen blev betydeligt forbedret, ligesom sygehusvæsenet blev kraftigt udbygget. Alligevel blev det påvist, at uligheden i dødelighed mellem personer i forskellige stillingskategorier reelt var stigende (22). Det medførte en øget produktion af dokumentation for uligheder i sundhed mellem forskellige socioøkonomiske grupper samt af videnskabelige studier af de forhold eller *sociale determinanter*, der kunne forklare denne ulighed i sundhed. Et vigtigt fund fra denne periode var også, at uligheden viser sig som en *gradient* i helbred. Det vil sige, at sundhed er gradvist ulige fordelt afhængigt af forskelle i uddannelse, erhverv og økonomi mellem befolkningsgrupper og ikke blot som en forskel i sundhed mellem fattige eller særligt udsatte grupper og resten af befolkningen. For eksempel blev der påvist en gradvis faldende dødelighed med stigende stillingsrang blandt regeringsekskursionsmænd i London (23).

Bestræbelser på at forklare social ulighed i sundhed bygger i høj grad på den mængde af empirisk dokumentation, som har påvist uligheder i helbred mellem socioøkonomiske grupper – uanset om de inddeles efter indkomst, uddannelse eller erhverv. Mange teoretiske forklaringer har derfor taget udgangspunkt i de forskellige socioøkonomiske forskelle og påpeget, hvordan disse forskelle udmønter sig i forskelle i sundhed gennem

forskellige veje. For eksempel ved, at personer i lavere socioøkonomiske grupper generelt har mere usunde adfærdsmønstre, eller at selve oplevelsen af éns personlige status i et ulige samfund kan føre til stress og hjerte-kar-sygdomme gennem psykologiske påvirkninger af biologiske processer (24). Det sidste er et eksempel på det, som kaldes en *psykosocial* teoretisk tilgang.

Andre teoretiske retninger har lagt vægt på de samfundsmæssige økonomiske og politiske årsager til sundhed og ulighed i sundhed. Fortalere for disse *strukturelle* retninger afviser ikke negative, psykosociale konsekvenser af ulighed i for eksempel indkomst, men de påpeger, at forklaringen på sammenhængen mellem ulighed i for eksempel indkomst og ulighed i sundhed skal søges i de samfundsmæssige eller strukturelle årsager til indkomstulighed og ikke blot i oplevelsen af denne ulighed. Ifølge denne forståelse er de sundhedsmæssige følger af ulighed i indkomst en afspejling både af manglende ressourcer hos enkeltpersoner og af systematisk underinvestering i offentlig infrastruktur som for eksempel uddannelse, sundhedsvæsen, transport, fysisk miljø, fødevarer, arbejdsmiljø og boligforhold (25).

Social ulighed i sundhed må imidlertid også forstås i et *livsforløbsperspektiv*, som er endnu et teoretisk perspektiv på ulighed i sundhed. Moderens sociale vilkår, adfærd og miljø påvirker allerede i foster-tilstanden barnets udvikling og dermed helbred og sårbarhed senere i livet. Børns opvækstforhold og tidlige udvikling er med til at forme hvilken uddannelse og sociale position, de opnår, og deres helbred senere i livet. Livsforløbsperspektivet handler således om, hvordan de socioøkonomiske vilkår tidligt i livet og gennem barndommen og ungdommen spiller sammen, ophobes og har forskellig betydning i forskellige perioder af barnets udvikling hen over tid. Livsforløbsperspektivet er derfor også med til at understrege potentialet i indsatser imod en negativ udviklingsbane tidligt i livet, hvor børn er særligt følsomme for påvirkninger.

De forskellige teoretiske perspektiver på social ulighed i sundhed udelukker ikke hinanden, men komplementerer hinanden. Det vil sige, at de bidrager alle til at forklare de mange veje, hvorigennem sociale processer kan lede til ulighed i sundhed.

Formål

Forståelsen af veje til social ulighed i sundhed er en vigtig forudsætning for arbejdet med at fremme lighed i sundhed blandt børn og unge. Rapporten giver en sammenfattet oversigt over udbredte teoretiske forståelser af veje, der fører til social ulighed i børn og unges sundhed, illustreret med danske, empiriske eksempler. Der er ikke tidligere lavet en lignende samlet gennemgang af teoretiske perspektiver på veje til social ulighed i sundhed, hvor fokus er på børn og unge i Danmark. Formålet med rapporten er således at give en større forståelse af de forskellige veje, der kan føre til social ulighed i sundhed blandt børn og unge.

Rapporten har fokus på, hvordan den sociale ulighed i sundhed fremkommer tidligt i livet, fordi det er i børne- og ungdomsårene, at grundlaget etableres for uligheder i sundhed senere i livet og for videreførelse af dårlige vilkår til næste generation. Rapporten handler derfor primært om de forhold, der tidligt skaber ulighed i sundhed. Rapporten henvender sig til alle, der beskæftiger sig med børn og unges sundhed indenfor forskellige fagområder.

Fremgangsmåde

Denne rapport koncentrerer sig om centrale teoretiske perspektiver og empiriske studier af veje til social ulighed i børn og unges sundhed i Danmark inden for det folkesundhedsvidenskabelige felt. En gruppe af forskere med viden inden for forskningsfeltet har indledningsvist bidraget med forslag og synspunkter til disse teoretiske perspektiver og empiriske studier og har haft mulighed for at kommentere rapporten undervejs. Der er dernæst foretaget en bredere litteratursøgning efter yderligere relevante teoretiske perspektiver og empiriske studier. De empiriske studier omhandler som udgangspunkt børn og unge i Danmark i aldersgruppen 0-18 år inkl. fostertilværelsen. Hvor det har været relevant, har vi dog inddraget studier om andre aldersgrupper for at beskrive forhold i børns livsforløb. Det er så vidt muligt tilstræbt at favne den brede gruppe af børn og unge i Danmark, men der indgår også enkelte studier om børn fra socialt belastede hjem. For at skabe relevans har der været

fokus på empiriske studier blandt børn og unge i Danmark, men der inddrages også enkelte internationale komparative studier, der inkluderer danske børn og unge.

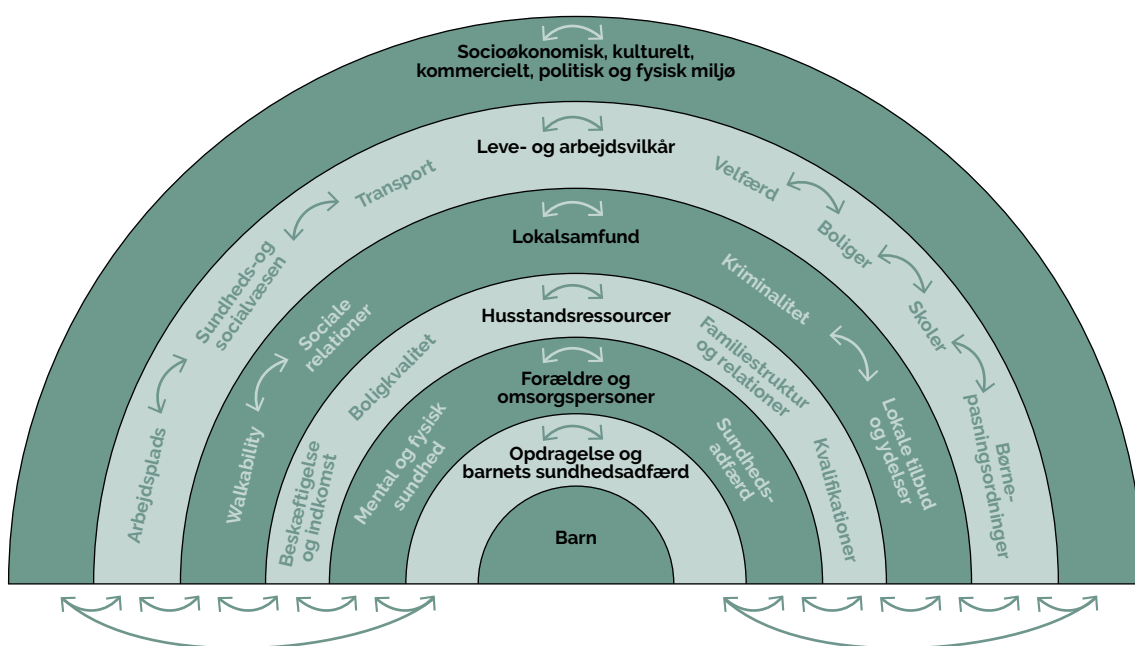
Hensigten med den løbende præsentation af danske empiriske studier igennem rapporten er at illustrere og eksemplificere de teoretiske perspektiver på veje til social ulighed i børn og unges sundhed. Der er et varierende antal eksempler på empiriske studier for de forskellige veje. Det er ikke et udtryk for, at nogle veje er vigtigere end andre, men derimod et udtryk for, hvad der har været tilgængeligt af relevante danske studier med dette fokus. De empiriske studier er udvalgt på baggrund af tilgængelighed og relevans

Teoretiske perspektiver på social ulighed i sundhed

I de følgende afsnit vil forskellige teoretiske perspektiver på de veje, der fører til social ulighed i sundhed hos børn og unge, blive beskrevet nærmere, og de teoretiske beskrivelser vil blive illustreret med empiriske eksempler fra Danmark, som er opsat i separate tekstbokse. Udgangspunktet er det, som kaldes *de sociale determinanter for sundhed*: forhold i samfundet, i lokalområdet og i familien, som har indflydelse på menneskers sundhed, samt forhold, som medvirker til, at mennesker opnår forskellige sociale og økonomiske positioner i samfundet. Til sidst gengives en begrebslig model, der har til formål at sammenfatte de forskellige veje, hvorigennem den sociale ulighed i børns sundhed dannes.

Sociale determinanter for børn og unges sundhed

Sammenhængen mellem socioøkonomiske vilkår og børns og unges sundhed er veldokumenteret, men de veje, hvorigennem sammenhængen løber, er komplekse. Pearce et al. (26) har forsøgt at illustrere kompleksiteten i det, som kaldes de sociale determinanter for sundhed, med den såkaldte regnbuemodel i figur 1. Figuren er en sammenstilling fra Bronfenbrenners økologiske systemteori om børns udvikling (27) og The Social Model of Health af Dahlgren og Whitehead (28), hvor barnet er blevet sat i centrum.



Figur 1. Sociale determinanter for børns sundhed (Pearce et al. (26) efter Bronfenbrenner og Dahlgren & Whitehead)

Barnet er omkredset af en række lag af sociale faktorer eller determinanter, som har indflydelse på barnets sundhed, og som det potentielt er muligt at ændre på. Det inderste lag i modellen består af barnets sundhedsadfærd og levevis, men indeholder især interaktionen mellem barnet og dets forældre og omsorgspersoner (for eksempel tilknytning og opdragelse), som direkte påvirker sundhedsadfærd, trivsel og udvikling i den tidlige barndom. I det næste lag i figuren indgår forældre og omsorgspersoner, hvor fokus er på disse personers mentale og fysiske sundhed samt deres sundhedsadfærd. Herover er næste lag med husstandsressourcer (for eksempel boligkvalitet, beskæftigelse, indkomst, familiestruktur) og derover ressourcer og karakteristika ved det lokalsamfund, som barnet bor i (for

eksempel sociale relationer og netværk, kriminalitet og de fysiske rammer som for eksempel adgang til oplyste stisystemer og natur). Ud over dette er der de mere strukturelle forhold, som påvirker sundheden i form af leve- og arbejdsvilkårene, der direkte påvirker børns sundhed (for eksempel dagtilbud, skoler og sundhedsvæsen) og indirekte via deres forældre (for eksempel politikker på arbejdspladsen omkring fleksibel arbejdstid og forældreorlov). Det yderste lag repræsenterer de politiske, kulturelle, kommercielle og økonomiske forhold på makro-niveau, som påvirker sundheden (for eksempel socialpolitik, regler for markedsføring af fødevarer, alkohol og tobak, afgifter, landets økonomi og arbejdsledighed).

Eksempel på sociale determinanter for helbred og udvikling i den tidlige barndom (2)

En gruppe forskere har udarbejdet et systematisk review for at identificere de vigtigste sociale determinanter på husstands-, nabolag/nærområde- og landeniveau, der bidrager til den sociale ulighed i helbred og udvikling blandt 0-8-årige. I studiet indgår 201 studier fra 32 lande i Europa – deriblandt 19 danske studier af småbørn – som er udgivet mellem 2004 og 2014. De inkluderede studier undersøger sammenhængen mellem adskillige typer af sociale determinanter på tre forskellige niveauer (husstand, lokalområde og land) og helbred og udvikling blandt børn. Overordnet konkluderer studiet, at det at bo i ressourcefattige boligområder, at have forældre med lav indkomst/velstand, lavt uddannelsesniveau og lav social gruppe, en høj arbejdsbelastning hos forældre, arbejdsløshed hos forældre, at bo til leje og at være i en familie med svage økonomiske ressourcer er blandt de mest centrale sociale determinanter for en lang række uhen-sigtsmæssige helbreds- og udviklingsudfald blandt børn fra 0-8 år.

Eksempel på sociale determinanter for dødsulykker blandt børn (29)

I et europæisk studie af 26 lande, herunder Danmark, har forskere undersøgt sammenhængen mellem indkomstulighed på landeniveau, boligforhold og børnedødelighed på grund af skader og ulykker. Studiet omfatter 20 højindkomstlande og seks middelindkomstlande. Karakteristika ved boligforhold og omgivelser er hentet fra European Union Income Social Inclusion and Living Conditions Database i 2006 (n=203.000 husstande). Oplysninger om årsagsspecifik børnedødelighed blandt børn i alderen 1-14 år kommer fra World Health Organization Mortality Database. Belastende boligforhold er målt som for eksempel manglende muligheder for at holde hjemmet tilstrækkeligt varmt, utætheder og fugt i boligen samt økonomiske udfordringer. Studiet viser en sammenhæng mellem landenes indkomstulighed og belastende boligforhold – jo højere indkomstulighed på landeniveau, jo større grad af belastende boligforhold. Børnedødelighed på grund af skader og ulykker hænger sammen med både indkomstulighed og belastende boligforhold, hvor der ses en stigning i børnedødelighed med henholdsvis stigende indkomstulighed og højere grad af belastende boligforhold.

Determinanter for sundhed og determinanter for ulighed i sundhed

Alle de sociale determinanter for sundhed er indbyrdes relaterede både inden for og mellem lagene i regnbuemodellen (forsøgt illustreret med de mange pile i figur 1). For eksempel afhænger barnets sundhedsadfærd både af faktorer, der er tæt på barnet – som for eksempel forældrenes sundhedsadfærd – og af faktorer, der er relateret til levevilkår for forældrene, for eksempel uddannelse og arbejdsmiljø eller de fysiske rammer, hvor barnet bor og lever. Levevilkårene påvirkes igen af den måde, samfundet er organiseret på.

Der er således tale om komplekse processer på forskellige niveauer mellem sociale faktorer, der har indflydelse på sundheden, men også faktorer, der bevirker, at mennesker opnår forskellige sociale positioner i samfundet. Imidlertid bruges udtrykket *sociale determinanter for sundhed* om alle disse årsager, det vil sige både om de faktorer, der har indflydelse på sundheden, og om de faktorer, der medvirker til at skabe den sociale stratifikation eller lagdeling i samfundet. Den sociale stratifikation er udtryk for, at mennesker opnår forskellig adgang til ressourcer som uddannelse, velstand, indflydelse og anseelse. Dette betyder, at mennesker er underlagt forskellige levevilkår og dermed har forskellige muligheder eller livschancer. Det er således ikke de sociale determinanter for sundhed i sig selv (for eksempel levestandard, påvirkninger fra miljøet, sundhedsadfærd, stress), der skaber ulighed i sundhed. Det er den ulige fordeling og den forskellige effekt af disse faktorer mellem forskellige socioøkonomi-

ske grupper i samfundet, der medvirker til uligheder i sundhed. Derfor fremhæver nogle teoretikere betydningen af at skelne mellem de sociale, økonomiske og politiske processer, der især frembringer den socioøkonomiske ulighed i samfundet – de strukturelle determinanter – og de processer, der bevirker, at personer i forskellige socioøkonomiske positioner er under forskellig risiko for sygdom og dårligt helbred – også kaldet de *intermediære* eller *mellemliggende sociale determinanter for sundhed* (25, 30). Selv om grænserne mellem strukturelle og mellemliggende determinanter kan være flydende, vil disse betegnelser blive anvendt i de følgende beskrivelser – også for at angive, at de forskellige determinanter for sundhed befinder sig på forskellige trin i årsagskæderne.

Strukturelle sociale determinanter for børn og unges sundhed

De strukturelle sociale determinanter er repræsenteret ved de ydre lag i regnbuemodellen i figur 1. Yderst er de socioøkonomiske, politiske, kulturelle og kommercielle strukturer, som påvirker kontrol, fordeling og adgang til magt, ressourcer og serviceydelser på tværs af befolkningen. Disse strukturelle determinanter er med til at skabe den socioøkonomiske ulighed i samfundet og derigennem også den sociale ulighed i sundhed.

De strukturelle sociale determinanter for børn og unges sundhed omfatter også de næste lag i regnbuemodellen, som udgør levevilkår og lokalsamfund, for eksempel sundhedstilbud, dagtilbud,

skoler og (belastede) boligområder. Til strukturelle sociale determinanter for sundhed medregnes også kollektive fænomener som kulturelle værdier og sociale normer, som har betydning for sundhed (se eksempelboks om social kapital i skolen). Sådanne strukturelle faktorer kan påvirke børn og unges sundhed både direkte og gennem mellemliggende sociale determinanter for sundhed (materielle, psykosociale og adfærdsmæssige veje). For eksempel kan strukturelle forhold i børn og unges lokalsamfund, såsom mulighed for fysisk aktivitet, antal legepladser, adgang til grønne områder og udbud af sunde fødevarer, være betydende faktorer i relation til børn og unges sundhed og social ulighed i sundhed (4). Determinanter, der umiddelbart påvirker voksne – for eksempel arbejdsmiljø – påvirker også børnene ved at påvirke forældrenes materielle og psykosociale ressourcer. For eksempel kan fleksible arbejdstider og barselspolitik understøtte forældre og børns mentale sundhed og understøtte amning af spædbørn, som har betydning for børns udvikling (31).

Strukturorienterede teoretikere fremhæver, at de strukturelle determinanter (især det yderste lag i regnbuen i figur 1) er de grundlæggende årsager til ulighed i sundhed. Dette skyldes, at disse politiske, økonomiske og kommercielle kræfter ud over deres stærke indflydelse på sundhed også er med til at skabe de socioøkonomiske forskelle i befolkningen, da de har afgørende indflydelse på den sociale fordeling af determinanterne i regnbuemodellens indre lag (figur 1) (25). Det strukturorienterede perspektiv indebærer også, at selv om en indsats over for determinanter på et lavere niveau lykkes (for eksempel en indsats for at ændre unges sundhedsadfærd), så vil de socioøkonomiske vilkår i mange tilfælde kunne sætte sig igennem ad andre veje (for eksempel i form af en anden sundhedsskadelig adfærd). Resultatet er, at den sociale ulighed i sundhed opretholdes (32).

Eksempel på strukturelle sociale determinanter for selvrapporteret helbred (33)

Flere studier blandt voksne viser, hvordan en ulige indkomstfordeling påvirker helbred og dødelighed negativt. Med udgangspunkt i spørgeskemadata fra 11-, 13- og 15-årige skoleelever i 27 lande på tværs af Europa og Nordamerika, herunder også Danmark, har en gruppe forskere undersøgt sammenhængen mellem et lands gennemsnitsindkomst og indkomstulighed og selvrapporteret helbred blandt børn og unge. Forskerne konkluderer, at børn og unge, der vokser op i et land med høj grad af økonomisk ulighed (forskelle mellem rige og fattige familier), er i højere risiko for at have dårligt selvvurderet helbred end børn og unge, som vokser op i lande med høj grad af økonomisk lighed – også efter man har kontrolleret for familiens egen velstand og ressourcer.

Eksempel på strukturelle sociale determinanter: Social kapital i skolen (34)

Risikoen for, at børn og unge udvikler mentale helbredsproblemer, stiger med lavere socialgruppe. Et dansk tværseksstudie har undersøgt, om sammenhængen mellem socioøkonomisk position og psykiske symptomer er modificeret af social kapital i skolen. Data kommer fra en delundersøgelse af Skolebørnsundersøgelsen i 2012 og omfatter 3.549 skolebørn i alderen 11-15 år. Tillid i skoleklassen er brugt som en indikator for social kapital i skolen. Forekomsten af psykiske symptomer er højere blandt elever i skoleklasser med et lavt niveau af tillid end i skoleklasser med et højt niveau af tillid. Graden af tillid i klassen har også betydning for de sociale forskelle i psykiske symptomer, da den sociale ulighed i psykiske symptomer er mindre udtalt i skoleklasser med et højt niveau af tillid end i skoleklasser med et lavt niveau af tillid. Der er flere forhold, der taler for, at tillid kan spille en rolle i symptomniveau og sociale forskelle i symptomer. Tillid i en klasse er udtryk for, at elevernes indbyrdes forhold er støttende og respektfuldt, hvilket kan have en direkte indvirkning på sundheden for eksempel ved at øge trivsel og reducere stress. Derudover har alle elever i en klasse som udgangspunkt adgang til den sociale kapital i klassen uafhængig af deres egen sociale baggrund. Det kaldes en kompenationseffekt, hvor gunstige omstændigheder i en sammenhæng (for eksempel skolen) kan kompensere for ugunstige omstændigheder i en anden (for eksempel familien) eller omvendt.

Mellemliggende sociale determinanter for børn og unges sundhed

En stor del af socialepidemiologisk forskning har haft fokus på de mellemliggende determinanter for sundhed for at forklare ulighed i sundhed mellem socioøkonomiske grupper. De mellemliggende sociale determinanter for børn og unges sundhed (de indre lag i regnbuemodellen i figur 1) tager udgangspunkt i de vilkår, der er knyttet til familiens socioøkonomiske placering i samfundet, og handler derfor om, hvordan disse sociale og økonomiske vilkår har indflydelse på barnets sundhed. Disse vilkår er især formet af strukturelle (politiske, økonomiske, kulturelle og kommercielle) processer. Således er familiens socioøkonomiske position et resultat af de strukturelle processer, der skaber den sociale lagdeling i samfundet (25).

Der er foreslået forskellige veje, hvorigennem de socioøkonomiske vilkår kan påvirke sundheden. De fleste tilgange skelner mellem materielle, psykosociale og adfærdsmæssige veje. Nogle teoretikere betragter også sundhedsvæsenet som en særlig mellemliggende determinant. Selv om nogle veje kan føre direkte fra vilkår til sundhed (for eksempel kan lav indkomst medføre uhensigtsmæssig ernæring med helbreds-konsekvenser for barnet),

er der ikke én vej fra socioøkonomiske vilkår til sundhed, som udgør den vigtigste forklaring. De mellemliggende determinanter for sundhed kan virke hver for sig eller samtidig. De er forbundet til hinanden og spiller sammen på mange måder hen over et livsforløb med konsekvenser for sundheden (35). Materielle forholds betydning for sundheden kan ligge før de andre mellemliggende faktorer, idet negative psykosociale og adfærdsmæssige påvirkninger af sundheden ofte kan begrundes i de materielle vilkår. Ligeledes kan uhensigtsmæssig sundhedsadfærd nogle gange begrundes i psykosociale forhold.

De fleste teoretiske bidrag er hovedsageligt udviklet med henblik på voksnes sundhed. I de følgende afsnit vil de materielle, psykosociale og adfærdsmæssige veje til social ulighed i sundhed blive beskrevet med henblik på børn og unge. Desuden vil sundhedsvæsenets rolle også blive inddraget som en særlig determinant.

Materielle veje

En families materielle vilkår vil for det meste være begrundet i familiens indkomst. Et vist minimum af materielle ressourcer er nødvendige for, at børn (og voksne) kan leve og udvikle sig sundt. Dette gælder helt grundlæggende materielle forhold som en god bolig, mad, tøj, fodtøj og hjælpemidler til skolen. Mangel på sådanne nødvendige res-

sourcer kan svække børns forudsætninger for at klare sig godt helbreds- og uddannelsesmæssigt. Det kan derudover være vanskeligt at deltage i de samme aktiviteter som kammeraterne, hvis forældrene ikke har råd til at betale for fritidsaktiviteter, fødselsdagsgaver mv., hvilket kan have sociale og trivselsmæssige konsekvenser. Familier i mere begunstigede socioøkonomiske positioner har større adgang til ressourcer, der understøtter sundhed, for eksempel sikre boliger, sikre boligområder og ernæringsrigtige fødevarer. Socioøkonomisk ringere stillede familier har mindre kontrol over deres fysiske boligforhold og vil oftere bo i boliger af utilstrækkelig størrelse og kvalitet (35). Socioøkonomisk ringere stillede familier har desuden dårligere muligheder for at skaffe en bolig i et område med attraktive fysiske og sociale ressourcer end familier

i mere begunstigede sociale positioner. Det skyldes blandt andet måden, hvorpå arbejds- og boligmarkedet fungerer, hvor økonomiske ressourcer har betydning for, hvor det er muligt at bo (36). Denne boligsegregering påvirker også sammensætningen og andelen af ressourcesvage og ressourcestærke børn i børnepasningsordninger og skoler i forskellige lokalområder. Lokalområdets karakter, sikkerhed og ressourcer har for eksempel også betydning for adgang til natur og grønne områder, og dermed også for børns muligheder for at være fysisk aktive. Således spiller både strukturelle og mellemliggende økonomiske forhold sammen i skabelse af social ulighed i børn og unges sundhed.

Eksempel på den materielle vej: Økonomisk ustabilitet og mentale helbredsproblemer (37)

Bedre sundhed i generationer er en national fødselskohorte, som i perioden 1997-2004 har indsamlet data om 100.000 gravide og deres babyer samt mødre og børn, indtil børnene fyldte 18 år. Et studie anvender data fra kohorten for at undersøge, hvordan forskellige mønstre af fattigdom i familien er associeret med børns mentale helbredsproblemer og stress i en alder af 11 år. Fattigdom er målt årligt fra et år inden fødslen, til barnet er 10 år, og defineret ved, at den samlede husstandsindkomst er mindre end 60 % af den gennemsnitlige nationale indkomst. Analysen er kontrolleret for en række karakteristika i det tidlige liv (for eksempel fødselsvægt, mentale helbredsproblemer hos moderen, enlig mor ved fødslen m.m.). Overraskende viser studiet ingen sammenhæng mellem kronisk fattigdom (det vil sige, at familien levede under fattigdomsgrænsen konstant) og hverken SDQ eller stress. Resultaterne viser derimod, at tilbagevendende fattigdom (det vil sige, at familien oplevede udsving i økonomiske ressourcer og i perioder levede under fattigdomsgrænsen) sammenlignet med ingen fattigdom er forbundet med psykiske vanskeligheder målt med Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) og stress hos barnet. Fattigdom i perioden omkring graviditet og fødsel er ligeledes associeret med symptomer på hyperaktivitet og uopmærksomhed.

Psykosociale veje

Ordet psykosocial bruges overordnet som betegnelse for, hvordan sociale omgivelser har indflydelse på menneskers følelser. Det handler for eksempel om følelser relateret til social eksklusion, diskrimination, stress, lav social støtte og andre psykologiske reaktioner på sociale oplevelser. Under de psykosociale forhold findes flere veje, hvorigennem socioøkonomiske vilkår kan påvirke sundheden. Den første vej handler om de følelser af mindreværd, underlegenhed eller manglende kontrol, som kan opstå på grund af relativ lav social status. Det er mere belastende for helbredet at have lav status i et miljø med stor social ulighed end i en sammenhæng hvor de socioøkonomiske forskelle er mindre. Disse følelser kan påvirke både mentalt og fysisk velbefindende gennem psykologiske og biologiske processer (24). Sådanne processer går gennem kroppens *neuroendokrine* veje, det vil sige gennem samspillet mellem kroppens nerve- og hormonsystemer (74). Spædbørn og småbørn har kun ringe bevidsthed om sociale strukturer og deres families sociale position, ligesom de har begrænset indflydelse på deres sundhed og sundhedsadfærd. Derfor virker sådanne psykosociale forhold hos helt små børn næsten udelukkende gennem deres omsorgspersoners følelser og efterfølgende adfærd. I takt med at børnene vokser, vil

de i løbet af ungdomsårene udvikle en fornemmelse for de sociale strukturer og deres families sociale position samtidig med, at de gradvist bliver mere uafhængige af familien. I overgangen fra barn til ung kan de psykosociale faktorerers indflydelse på sundheden i form af følelsen af manglende kontrol og lavt selvværd gradvist blive mere fremtrædende (26).

En anden psykosocial vej fra socioøkonomiske vilkår til ulighed i sundhed handler om de stressfaktorer, der er forbundet med at have trange økonomiske vilkår og/eller dårligt psykisk arbejdsmiljø, og hvordan disse stressorer igen kan indvirke på helbredet – både direkte og gennem sundhedsskadelig adfærd. Når det drejer sig om forældre, kan deres stresstilstand også påvirke børns helbred (38). Dette kan også betragtes som et eksempel på, hvordan materielle faktorer virker igennem psykosociale veje.

Andre psykosociale veje fra børn og unges socioøkonomiske vilkår til ulighed i sundhed kan virke gennem mobning, diskrimination eller lav grad af praktisk eller emotionel social støtte.

Eksempel på den psykosociale vej: Sociale forskelle i overvægt og betydningen af stressfaktorer (39)

Et studie omfattende 2.879 unge i Danmark har undersøgt, om sammenhængen mellem socioøkonomisk position og overvægt og svær overvægt påvirkes af forskellige psykologiske og følelsesmæssige stressfaktorer blandt forældre og de unge selv. Studiet bruger data Vestliv-kohorten og består af spørgeskemabesvarelser indhentet ved 15-, 18-, 21- og 28-årsalderen. Oplysninger om socioøkonomisk baggrund, herunder moderens højeste uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet samt husstandens indkomst, er indhentet fra registre. Studiet viser, at lavt uddannelsesniveau hos moderen er stærkt forbundet med overvægt og svær overvægt i alderen 15 til 28 år blandt begge køn, herunder op til 4 gange øget risiko for overvægt og svær overvægt. Forældres selvvurderede helbred, uharmonisk familiemiljø og unges mistrivsel (målt som lavt selvvurderet helbred, lavt selvværd og depressive symptomer) forklarer noget af sammenhængen mellem socioøkonomisk position og overvægt/svær overvægt hos piger, mens det for drenge primært er unges egen mistrivsel, der har indflydelse på sammenhængen.

Eksempel på den psykosociale vej: Social ulighed i stress og betydningen af negative livsbegivenheder og coping-stil (40)

Et studie har undersøgt, om sociale ulighed i stress blandt unge kan forklares af 1) negative livsbegivenheder, som for eksempel skilsmisse, sygdom eller død hos forældrene eller misbrugsproblemer i hjemmet, og/eller af 2) de unges coping-stil, hvor der skelnes mellem to typer coping-stil: aktiv, hvor man forsøger at handle på de forhold som stresser, og undvigende coping-stil, hvor man undviger eller ikke handler på stressorerne. Studiet er gennemført blandt 3.054 unge i alderen 14-15 år i den vestjyske fødselskohorte i 2004. Forældres uddannelse og husstandsindkomst er anvendt som mål for socioøkonomisk position. Studiet viser, at lav uddannelse hos forældre samt lav husstandsindkomst er associeret med høj grad af stress for både drenge og piger, men at den sociale gradient er stærkere for piger, når forældres uddannelse er anvendt som mål for socioøkonomisk position, og stærkest for drenge, når husstandsindkomst er anvendt som mål. Resultaterne viser også, at negative livsbegivenheder og coping-stil tilsammen medierer mellem 37 % og 56 % af sammenhængen mellem socioøkonomisk position og stress (afhængigt af køn og indikator for socioøkonomisk position). En forklaring kan være, at en høj eksponering for negative og ukontrollerbare livsbegivenheder kan føre til oplevelsen af kontroltab og magtesløshed, hvilket igen kan reducere sandsynligheden for at mestre udfordringer og have en aktiv coping-stil.

Eksempel på den psykosociale vej: Sociale forskelle i forekomsten af symptomer og betydningen af sociale relationer (41)

Et tværsnitstudie har undersøgt, hvilken rolle forskellige typer af sociale relationer spiller for social ulighed i sundhed blandt unge. Data kommer fra Skolebørnsundersøgelsen og omfatter et repræsentativt udsnit af skoleelever i alderen 11, 13 og 15 år på 55 skoler i Danmark (n=5.205). Familiens socialgruppe er kodet på baggrund af den forældre med højest rangerende erhverv og anvendt som mål for socioøkonomisk position. Forekomsten af fysiske og psykiske symptomer er højere blandt unge fra familier med lav socialgruppe. Et dårligt forhold til forældre, jævnaldrende, lærere og skole er alle forbundet med højere forekomst af psykiske symptomer. En stor del af den sociale ulighed i symptomniveau kan forklares af, at drenge og piger fra lavere socialgrupper har svagere relationer til deres skole og et mere belastet skole-forældre-barn forhold end drenge og piger fra mere velstillede hjem.

Adfærdsmæssige veje

Den adfærdsmæssige forklaring på social ulighed i sundhed handler hos voksne om, at der er social ulighed i forskellige former for sundhedsadfærd som rygning, kost og fysisk aktivitet. I løbet af fostertilstanden, spædbarnsalderen og den tidlige barndom, har børn ingen eller ringe kontrol over, hvad de spiser, eller hvor aktive de er. Den adfærdsmæssige betydning for børns sundhed går således både gennem forældres og omsorgspersoners sundhedsrelaterede adfærd (herunder rygning under graviditet, amning af spædbørn, deltagelse i vaccinationsprogrammer mv.) og gennem børnenes egen sundhedsadfærd. Det er adfærd, som er skævt fordelt mellem socioøkonomiske grupper, og som har direkte indflydelse på børns sundhed (26). Forældres opdragelsesstil kan også have adfærdsmæssig betydning for ulighed i børns sundhed. Socioøkonomiske forskelle i opdragelsesstil som for eksempel forskelle i rammer for måltider og tv under måltider kan bidrage til ulighed i børns overvægt. (42). Når børnene bliver ældre, begynder de at udvikle deres egen sundheds- og risikoadfærd, som i højere grad vil være påvirket af søskendes og venners adfærd, men rammerne vil stadig være sat af de socioøkonomiske vilkår.

Der findes forskellige tilgange til forståelse af sundhedsadfærd. Der er ingen tvivl om, at adfærdsmæssige faktorer har stor betydning for sundheden. Rygning har for eksempel en meget stor andel i forklaringen af levetid samt forekomsten af hjerte-kar- og kræftsygdomme (43). I forhold til social ulighed i sundhed er betydningen af den adfærdsmæssige vej imidlertid mindre klar. Det skyldes blandt andet, at adfærd, der påvirker sundheden, ofte vil være en følge af de andre mellemliggende veje (materielle og psykosociale). Derfor vil fokus på en bestemt sundhedsadfærd ikke tilstrækkeligt kunne forklare social ulighed i sundhed, ligesom en indsats mod en bestemt sundhedsadfærd ikke nødvendigvis

vil nedbringe den social ulighed i sundhed. Det skyldes, at de ulige vilkår ofte vil kunne sætte sig igennem på andre måder. For eksempel vil dårlige økonomiske vilkår kunne føre til flere forskellige former for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd gennem materielle og psykosociale veje (35). Lav indkomst kan for eksempel være årsag til forbrug af mindre ernæringsrigtige fødevarer, men det kan også være årsag til stress og efterfølgende forbrug af alkohol eller tobak.

Adfærd kan således betragtes som strukturelt betinget og ikke blot et resultat af individuelle valg. Individet kan vælge, men valgmulighederne er i høj grad bestemt af de sociale og økonomiske vilkår (44). Det gælder både i forhold til, hvad det er muligt at vælge, og i forhold til de normer for adfærd, der gælder i en bestemt socioøkonomisk gruppe eller familie. Begrebet *social praksis* refererer til, hvordan socialt og kulturelt bestemte adfærdsmønstre indlejres i individerne og videreføres. På denne måde kan adfærdsmønstrene betragtes som et kollektivt eller strukturelt fænomen, idet strukturen opretholdes gennem gentagelsen (45). En sådan forståelse af adfærd kan især være relevant i forhold til børn og unge, fordi den henleder opmærksomheden på vigtigheden af en tidlig indsats for at bryde videreførelsen af sundhedsskadelige praksisser. Forståelsen henleder dog også opmærksomheden på, at det kan være vanskeligt på individuelt niveau at ændre en adfærd, som har rod i strukturelle årsager.

Eksempel på den adfærdsmæssige vej: Mors rygning har betydning for sociale forskelle i graviditetsudfald (46)

En nylig litteraturgennemgang har til formål at undersøge, hvorvidt socioøkonomiske forhold påvirker udfaldet af graviditet i Danmark, og hvilke faktorer der kan forklare en sådan sammenhæng. Gennemgangen er baseret på studier med danske data og viser, at lav fødselsvægt, for tidlig fødsel, dødfødsel og medfødte misdannelser forekommer hyppigere hos lavt uddannede mødre end hos højtuddannede mødre. Kvinder med lav uddannelse er oftere rygere end højtuddannede kvinder, og rygning under graviditeten er en del af forklaringen på sammenhængen mellem lav uddannelse og negative graviditetsudfald.

Eksempel på den adfærdsmæssige vej: Sociale forskelle i kardio-metaboliske risikomarkører blandt 8-11-årige børn kan til dels forklares af kostvaner (47)

Et studie har undersøgt, om der er sociale forskelle i kardio-metaboliske risikomarkører (blodlipider, glukose, insulinresistens, blodtryk og puls) hos børn, og hvorvidt livsstilsrelaterede faktorer er mellemliggende faktorer. Studiet er en tværsnitsundersøgelse på ni skoler med 715 børn i alderen 8-11 år. Potentielle mellemliggende faktorer er fedtmasseindeks, indtag af frugt, grøntsager, kostfibre, fisk og tilsat sukker i fødevarer samt fysisk aktivitet og stillesiddende tid. Forældres uddannelse er brugt som indikator for socioøkonomisk position. Resultaterne viser, at der er sociale forskelle i blodlipider og insulinresistens blandt de 8- til 11-årige børn således, at kortere forældreuddannelse er forbundet med højere insulinresistens og en mere ugunstig lipidprofil. Sammenhængen kan til dels forklares af kropsfedt, fiskeindtag og kostfiberindtag, som er socialt skævt mellem uddannelsesgrupperne.

Sundhedsvæsenet som en mellemliggende vej til ulighed i sundhed

Selv om sundhedsvæsenet og dets institutioner mest nærliggende kan betragtes som en del af de strukturelle, politisk bestemte indsatser for sundhed, betragter nogle teoretikere sundhedsvæsenet som en særlig mellemliggende social determinant, der kan bidrage til uligheden i sundhed mellem forskellige socioøkonomiske grupper (25). Sundhedsvæsenet kan yde vigtige indsatser på det mellemliggende niveau gennem forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter (for eksempel svangreomsorg, sundhedspleje, børnetandpleje, børnevaccination), og dermed modificere effekten af materielle, psykosociale og adfærdsmæssige determinanter på børn og unges sundhed. I den udstrækning disse indsatser er utilsigtet socialt skævt fordelte eller har socialt skæve effekter, kan disse aktiviteter bidrage til social ulighed i sundhed.

De områder af sundhedsvæsenet, der beskæftiger sig med behandling og rehabilitering, spiller en vigtig rolle i forhold til at modvirke eller bidrage til socialt ulige konsekvenser af sygdom. Forhold, der bidrager til social ulighed i sundhed i forhold til sundhedsvæsenet, er for eksempel ulighed i adgang til sundhedsvæsenet, ulige brug af sundhedsvæsenets ydelser, ulige kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser og ulige effekt af sundhedsvæsenets ydelser (22, 48). Sundhedsvæsenet kan bidrage til at forstærke den sociale ulighed i sundhed på det mellemliggende niveau. Sundhedsvæsenet kan også spille en stor rolle i at modvirke eller modificere effekten af den ulige sociale fordeling af determinanter for sundhed. Det er imidlertid et spørgsmål, hvor meget sundhedsvæsenet kan ændre på de rammer for social ulighed, der allerede er sat gennem de socioøkonomiske forudsætninger, som brugeren kommer med (for eksempel adfærdsmønstre, begrænsninger i ressourcer, samt allerede svækket helbred). Sundhedsvæsenet er således ikke en hoveddeterminant for frembringelse af social ulighed i sundhed og kan ikke være arena for en indsats mod de grundlæggende kræfter, der skaber den sociale ulighed i sundhed.

Livsforløbsperspektiv på social ulighed i børn og unges sundhed

Når det handler om børn og unge, er det særligt relevant at se på den sociale ulighed i et livsforløbsperspektiv. Livsforløbsbetragtningen inddrager de forskellige veje til social ulighed i sundhed, som er beskrevet ovenfor, og handler om, hvordan disse faktorer kan variere, virke og interagere hen over et individs liv og fra generation til generation (49). Mulighederne for godt eller dårligt helbred fastlægges for en stor del allerede i livmoderen og i den tidlige barndom. Effekten af ugunstige og gunstige vilkår ophobes over tid og sætter sig i kroppen (embodiment), og får dermed betydning for helbredet.

Inden for livsforløbsforskningen fremhæves især tre modeller for påvirkninger af helbredet: kritiske perioder, akkumulering og årsagskæder. *En kritisk periode* er en bestemt tidsperiode i livsforløbet, hvor bestemte påvirkninger kan være særligt skadelige eller gavnlige for barnets udvikling og sundhed. Forstertilværelsen og de første leveår anses som kritiske perioder. Et eksempel på en kritisk periode er første trimester af graviditeten, hvor sygdommen røde hunde hos den gravide kvinde kan have alvorlige og irreversible konsekvenser for udviklingen af barnets kredsløb og nervesystem (50). *Akkumulering* betyder, at det er ulige ophobninger af belastningsfaktorer, der medfører social ulighed i sundhed. Ophobninger kan være samtidige (for eksempel at man på én gang er både fattig, udstødt, syg og har et misbrug) eller opbygges over tid. Den samme belastning kan også ophobes gennem lang tid (for eksempel at have ringere forældretilknytning eller voksenkontakt gennem mange år). *Årsagskæder* betyder, at en belastning leder til andre belastninger, som så igen leder til dårligere helbred. Et tænkt eksempel kan være, at børn, der vokser op i økonomisk pressede familier, har ringere mulighed for at deltage i fritidsaktiviteter og derfor bevæger sig mindre og har lavere selvværd. Et andet tænkt eksempel kan være, at økonomiske problemer skaber problemer i parforholdet, som kan føre til skilsmisse og dermed risiko for endnu større økonomiske problemer med risiko for helbredskonsekvenser for barnet.

Livsforløbsbetragtningen fremhæver betydningen af det tidlige liv for forståelsen af, hvordan social ulighed i sundhed opstår og/eller videreføres. Tidlige helbredsproblemer eller uhenigtsmæssig sundhedsadfærd kan påvirke helbred og adfærd senere i livet – uanset valgmuligheder eller ændrede vilkår (51). Begrebet *tracking* henviser til, hvordan tidlige vilkårs effekt på helbred og adfærd trækker spor eller fortsætter ind i voksenlivet. Dårlige helbredstilstande og adfærdsformer tidligt i livet kan således videreføres, og det gælder i alle socioøkonomiske grupper. Men i The Adolescent Pathway Model påpeger Due et al. (3) med begrebet *social differential tracking*, hvordan en sådan videreførelse af helbredsproblemer eller adfærd i sig selv kan være social skæv. Det vil sige, at børn og unge fra lavere socioøkonomiske vilkår vil have sværere ved at løsrive sig fra en uheldig helbreds- eller adfærdsmæssig start end børn og unge fra bedre stillede vilkår. Modellen fremhæver desuden, at teenageårene er en vigtig men overset periode for udvikling af social ulighed i sundhed. De betydelige biologiske, sociale, adfærdsmæssige og relationelle ændringer, der foregår i disse år, gør denne periode særlig sårbar over for forhold, der tracker ind i voksenlivet.

Livsforløbsperspektivet handler også om det, som kaldes social arv, det vil sige, at forældrenes ressourcer, værdier, adfærdsmønstre og socioøkonomiske forhold som uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning overføres til næste generation. Der er dermed tale om, at både sociale, økonomiske og kulturelle vilkår i den enkelte familie på den ene side og generelle samfundsmæssige strukturer og processer på den anden side kan få betydning for børnenes chancer for eksempel for uddannelse, erhverv og social status senere i livet (52). Udtrykket *intergenerational transmission* dækker også over en sådan videreførelse af vilkår fra tidligere generationer, som kan få konsekvenser for barnets sundhed livet igennem. Forskningen inden for dette område inddrager også *epigenetiske* perspektiver. Dette indebærer, at transmissionen af belastede vilkår kan foregå gennem en slags programmering af barnets risiko for helbredsproblemer gennem biologi, fysiologi og gener. Der er stadig sparsom viden på dette område, men det tyder på, at barnets aktuelle opvækstmiljø spiller den største rolle i samspillet mellem genetik og miljø (53). Derfor vil der stadig være god grund til at sætte ind over for belastende sociale vilkår allerede under graviditeten.

Eksempel på livsforløbsperspektivet: Sociale problemer i den gravide kvindes barndom har betydning for sociale forskelle i graviditetsudfald (54)

Et dansk studie har undersøgt, hvorvidt sociale problemer i den gravide kvindes barndom kan spille en rolle for graviditetsudfald. Sociale problemer i barndommen er målt som inddragelse af sociale myndigheder, hvilket dækker bredt over anbringelser uden for hjemmet, forebyggende foranstaltninger som økonomisk støtte til kostskoler samt støttende foranstaltninger til barn eller familie inden eller uden for hjemmet for enten den gravide kvinde selv eller hendes søskende, inden de fyldte 22 år. Studiet omfatter alle registrerede graviditeter i Danmark i perioden 2000 til 2009, der resulterede i spontan abort, planlagt abort, dødfødsel eller levende fødsel (n = 786.054). Uddannelse er anvendt som mål for socioøkonomisk position. Resultaterne viser, at kvinder med lavere uddannelsesniveauer har en højere risiko for induceret abort, dødfødsel og for tidlig fødsel og en lavere risiko for spontan abort end kvinder med højere uddannelsesniveauer. Disse sammenhænge kunne til dels forklares med sociale problemer i den gravide kvindes barndom. Studiet viser også, at sociale problemer i den gravide kvindes barndom forstærker sammenhængen mellem lav uddannelse og forekomsten af tidlig fødsel. Det kommer til udtryk ved, at sociale problemer i barndommen er associeret med højere risiko for tidlig fødsel blandt kvinder i de to lave uddannelseskategorier, mens sociale problemer i barndommen kun har en lille betydning for kvinder i de to høje uddannelseskategorier. Analysen er dog ikke kontrolleret for typen eller graden af sociale problemer i barndommen.

Eksempel på livsforløbsperspektivet (social arv): Sociale forskelle i forældreinvesteringer og børns kognitive udvikling (55)

Forældreinvesteringer kan forstås som de investeringer, som forældre foretager i deres børn for at øge deres livschancer. Det kan for eksempel være lektiehjælp, organisering af børns fritidsaktiviteter eller sproglig stimulering gennem højtlesning eller samtale. Med afsæt i Socialforskningsinstituttets børneforløbsundersøgelse, der følger en tilfældig stikprøve af børn født i 1995, har forskere undersøgt, om der er sociale forskelle i forældreinvesteringer, og om forældreinvesteringer har betydning for børns skolefærdigheder i Danmark. Analysen omfatter 3.362 børn, hvis mødre blev interviewet, da børnene var 7 år. Sprogtest ved 11-årsalderen er brugt som indikator på barnets kognitive udvikling og moderens højest fuldførte uddannelsesniveau samt husstandsindkomst blev brugt som mål for socioøkonomisk position. Resultaterne viser, at der er sociale forskelle i forældreinvesteringer, hvor et højere niveau af uddannelse og indkomst er forbundet med højere grad af forældreinvestering. Resultaterne viser også, at et højere niveau af forældreinvesteringer hænger sammen med bedre sproglige færdigheder hos barnet i 11-årsalderen.

Eksempel på livsforløbsperspektivet (differentiel tracking): Sociale forskelle i tracking af motionsvaner (56)

Fysisk aktivitet er godt for børn og unges fysiske, psykiske og sociale udvikling. Et longitudinelt studie har undersøgt, om niveauet af hård fysisk aktivitet i en alder af 15 år kan forudsige niveauet af hård fysisk aktivitet som 19- og 27-årig, og om dette afhænger af socioøkonomisk position. Studiepopulationen omfatter 561 unge, som besvarede spørgeskema, da de var henholdsvis 15, 19 og 27 år. De unges socioøkonomiske position er målt på baggrund af forældrenes beskæftigelse. Graden af hård fysisk aktivitet er afgrænset til udenfor skolen/arbejdet. Studiet viser, at lav grad af hård fysisk aktivitet som 15-årig øger risikoen for lav grad af hård fysisk aktivitet som 19 og 27-årig. Socioøkonomisk position ser ikke ud til at spille en rolle for niveauet af hård fysisk aktivitet fra 15 til 19 år, hvorimod lav grad af hård fysisk aktivitet som 19-årig øger risikoen for lav grad af hård fysisk aktivitet som 27-årig blandt unge med lav socioøkonomisk position, men ikke blandt unge med høj socioøkonomisk position.

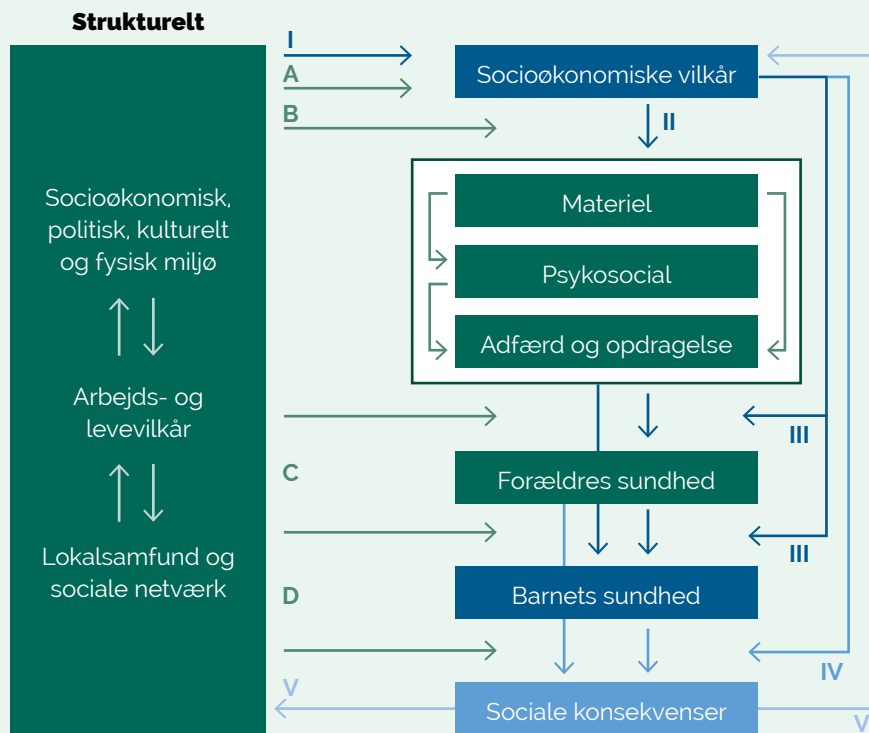
En samlet model for veje til ulighed i børn og unges sundhed

En anerkendt begrebslig model for udvikling af ulighed i sundhed er Diderichsens model (57), som tager udgangspunkt i, at samfundet skaber forskellige socioøkonomiske positioner, som personerne indgår i afhængigt af opvækstvilkår og individuelle kendetegn som for eksempel genetisk arv, etnicitet og helbred. Modellen beskriver, hvordan ulighedsskabende processer – såkaldte *mekanismer* – bevirker, at menneskers socioøkonomiske vilkår løbende sætter sig igennem i risikoen for at blive udsat for skadelige påvirkninger, i risikoen for at blive syg af disse påvirkninger og i risikoen for negative konsekvenser af sygdomme. Med denne opdeling i udskilningsmekanismer forskellige steder i et livshelbredsforløb anviser modellen samtidig de punkter, hvor der potentielt kan sættes ind mod disse mekanismer. Diderichsens model for ulighed i sundhed, der blandt andet har været anvendt af WHO og i nordiske ulighedsrapporter, er tidligere beskrevet i publikationer fra Sundhedsstyrelsen (7, 22) og WHO (25).

Pearce et al. (26) har sammenfattet de forskellige veje til ulighed i børns sundhed i en tilpasset udgave af Diderichsens model (figur 2). Modellen er en syntese af flere af de teoretiske perspektiver, som er blevet præsenteret tidligere i dette kapitel, og illustrerer, hvordan vejene til social ulighed i sundhed kan forløbe igennem fem forskellige mekanismer i et livs-helbredsforløb (I-V). Figur 2 viser også, hvordan uligheden kan forsøges reduceret gennem fire indsatspunkter (pilene A-D). Her vil kun blive beskrevet de fem ulighedsskabende mekanismer. Det store rektangel til venstre i figur 2 repræsenterer de strukturelle determinanter for sundhed, svarende til de ydre lag i regnbuemodellen i figur 1.

Modellen tager sit udgangspunkt i *social stratifikation* (mekanisme I). Det er de processer, hvor de grundlæggende strukturelle forhold i samfundet betinger, hvilke socioøkonomiske vilkår børn og unge vokser op under. Børn har ikke deres egen socioøkonomiske position, men er underlagt forskellige socioøkonomiske vilkår, som er bestemt af deres forældres socioøkonomiske position, husstanden og lokalområdet. Dette svarer til de indre lag i regnbuemodellen (figur 1). Det øverste rektangel til højre i modellen repræsenterer disse socioøkonomiske vilkår. For eksempel er børns og unges opvækstvilkår stærkt påvirket af familiens økonomiske, sociale og psykologiske forhold samt af hvilke institutioner og skoler, de går i. Det har betydning for børnenes muligheder i stratificeringsprocessen og deres helbred senere i livet.

Differentiel eksponering (mekanisme II) handler om, hvordan børns og unges risiko for at blive udsat for sundhedsskadelige påvirkninger varierer afhængigt af, hvilke socioøkonomiske vilkår de vokser op under. Det drejer sig om de determinanter for sundhed, der er beskrevet i de foregående afsnit. I figur 2 er vist, hvordan eksponeringen kan forløbe gennem de forskellige mellemliggende determinanter (materielle, psykosociale og adfærdsmæssige veje). Børn i velstillede hjem er for eksempel mere begunstigede med beskyttende faktorer som bedre og sunde boliger og trygge omgivelser, mens børn fra lavere socioøkonomiske grupper er mere udsat for belastende faktorer som mindre og usunde boliger og belastende psykosociale forhold.



Mekanismer

- I. Social stratifikation
- II. Differentiel eksponering
- III. Differentiel sårbarhed
- IV. Differentielle konsekvenser af sygdom
- V. Yderligere social stratifikation

Indsatsmuligheder

- A. Politikker der påvirker den sociale stratifikation
- B. Politikker der påvirker differentiel eksponering
- C. Politikker der påvirker differentiel sårbarhed
- D. Politikker der påvirker differentielle sociale konsekvenser af sygdom

Figur 2. Model for veje til ulighed i børns sundhed
(Pearce et al. (26) efter Diderichsen et al.)

Eksempel på differentiell eksponering: Sociale forskelle i bemærkninger til forældre-barn relation i barnets første leveår (58)

Relationen mellem børn og forældre har stor betydning for barnets udvikling og trivsel. Med afsæt i Databasen Børns Sundhed har forskere set nærmere på forældre-barn relationen i barnets første leveår, blandt andet med fokus på, om der ses en sammenhæng mellem socioøkonomiske vilkår og forældre-barn relationen. Rapporten er baseret på sundhedsplejerskernes journaldata om 20.953 børn født i 2016 og viser, at der er en øget risiko for, at sundhedsplejersken har en bemærkning til forældre-barn relationen i barnets første leveår, jo lavere en uddannelse barnets forældre har og ved forældrenes manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Studiet er et eksempel på, hvordan der er en differentiell eksponering i problemer med forældre-barn relationen, da børn i familier med lavere socioøkonomisk position i højere grad udsættes for problemer med forældre-barn relationen end børn i familier med højere socioøkonomisk position.

Eksempel på differentiell eksponering: Sociale forskelle i udsættelse for tobaksrøg (59)

Eksponering for tobaksrøg i hjemmet er en vigtig risikofaktor for sygelighed og dødelighed blandt børn og unge. I et gentaget tværsnitstudie med målinger i 2007 og 2010 er det undersøgt, om der er sociale forskelle i udsættelse for tobaksrøg i hjem med hjemmeboende børn. Undersøgelsen omfatter voksne mellem 25 og 64 år, der bor sammen med børn op til 15 år. Studiepopulationen består af 9.289 i 2007 og 12.696 i 2010. Studiet viser, at der er store og signifikante socioøkonomiske forskelle i at blive udsat for tobaksrøg både i 2007 og 2010. I 2010 var det mere end 11 gange mere sandsynligt for et barn at være eksponeret for tobaksrøg derhjemme, hvis forældrene havde meget lav uddannelse, end hvis de var højtuddannede.

Differentiel sårbarhed (mekanisme III) handler om, at børn, der vokser op under ringe socioøkonomiske vilkår, er mere sårbare overfor en given risikofaktor end børn der lever under bedre socioøkonomiske vilkår. Det skyldes blandt andet, at de er udsat for flere risikofaktorer samtidig (akkumulering af og interaktion mellem risikofaktorer), men det hænger også sammen med ulige ressourcer og muligheder for at modvirke eller tilpasse sig de u hensigtsmæssige påvirkninger. Figur 2 viser, at både barnets og forældrenes sundhed påvirkes direkte af de mellemliggende

determinanter, men at barnets sundhed også påvirkes af forældrenes sundhedstilstand. Som nævnt under beskrivelsen af de mellemliggende sociale determinanter for sundhed kan sundhedsvæsenet også spille en vigtig rolle over for denne ulighed i sårbarhed gennem forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Effekten kan dog også være en ulige forbedring af sundheden.

Eksempel på differentiell sårbarhed: Sociale forskelle i risiko for depression som ung voksen efter graden af mobning i skolen (60)

Et longitudinelt studie har undersøgt, om der er differentiell sårbarhed i mobning i forhold til at udvikle depression. Det vil sige, om socioøkonomisk position modificerer sammenhængen mellem mobning i ungdommen og senere symptomer på depression. Undersøgelsen omfatter spørgeskemabesvarelser fra 614 unge i Danmark, som er fulgt, fra de var 15 til 27 år. Socioøkonomisk position er målt ud fra forældres socialgruppe. Resultaterne viser, at unge med lav socioøkonomisk position er i højere risiko for at udvikle depressive symptomer, hvis de har været udsat for mobning, sammenlignet med unge med høj socioøkonomisk position. Dette tyder på, at unge fra mindre velstillede familier oplever mere alvorlige, langsigtede konsekvenser af mobning sammenlignet med unge fra velstillede familier, og at mobning i ungdommen kan være medvirkende til at skabe social ulighed i sundhed i voksenlivet.

Differentielle konsekvenser af sygdom (mekanisme IV) bevirker, at de socioøkonomiske vilkår, som børn og unge vokser op under, påvirker konsekvenserne af deres eventuelle sygdom forskelligt. Det kan for eksempel skyldes forskellig adgang til og brug af sundhedsvæsenet, forhold i mødet med sundhedsvæsenet samt forhold i sundhedsvæsenet, som nævnt under beskrivelsen af sundhedsvæsenet som mellemliggende determinant for sundhed og ulighed i sundhed.

Eksempel på differentielle konsekvenser: Social ulighed i negative konsekvenser af højt alkoholindtag (61)

I 2019 udgav Vidensråd for Forebyggelse en rapport, der belyser unges alkoholkultur i Danmark, herunder hvorfor unge drikker så meget, og hvordan det høje alkoholforbrug kan forebygges. I rapporten fremgår det, at der er social ulighed i negative konsekvenser af alkoholforbrug, såsom ulykker, vold, konflikter og handlinger, der fortrydes. Den sociale ulighed i negative konsekvenser ses stadig, når der tages højde for mængden af indtaget alkohol, hvilket tyder på, at de negative konsekvenser er større for unge af forældre i lavere socialgrupper end dem i høje socialgrupper. Yderligere fremgår det af rapporten, at unge med tidlig debut i forhold til alkohol, rygning eller sex, og som samtidig er fra lav socialgruppe, har en øget risiko for at blive kriminel, indlagt eller arbejdsløs sammenlignet med unge fra høj socialgruppe, som også har tidlig debut i fornævnte. Kombinationen af høj risikoadfærd og lav socialgruppe giver således en endnu større risiko for at opleve negative livsbegivenheder end lav socialgruppe alene.

Eksempel på differentielle konsekvenser af sygdom: Social ulighed i metabolisk kontrol blandt børn med diabetes 1 (62)

Metabolisk kontrol er en afgørende faktor for, om der opstår komplikationer af sygdommen hos børn med type 1-diabetes. Et landsdækkende longitudinelt studie blandt 4.079 børn med type 1-diabetes har undersøgt, om der er social ulighed i glykæmisk kontrol. Moderens højeste fuldførte uddannelse er brugt som mål for socioøkonomisk position. HbA1c (langtidsblodsukker) og antallet af daglige blodsukkermålinger er målt fra diagnose og fem år frem. Resultaterne viser, at niveauet af HbA1c er højere blandt børn af lavtuddannede mødre end blandt børn af højtuddannede mødre. En del af sammenhængen mellem mors uddannelse og niveauet af HbA1c kan forklares med, at antallet af daglige blodsukkermålinger er højere blandt børn af højtuddannede mødre end blandt børn af lavtuddannede mødre.

Eksempel på differentielle konsekvenser af sygdom: Social ulighed i undersøgelse og behandling af børn med astma (63)

Astma er en hyppigt forekommende kronisk sygdom i barndommen. En vigtig forudsætning for et godt forløb er, at behandlingen sker i henhold til internationale og nationale retningslinjer. Et dansk kohortestudie blandt 36.940 6-14-årige børn med astma har blandt andet undersøgt kontakter til sundhedsvæsenet og overholdelsen af retningslinjerne. Forældrenes uddannelse og indkomst er brugt som indikator for socioøkonomisk position. Studiet viser, at der er sociale forskelle i behandlingen af børn med astma. Den diagnostiske lungefunktionsundersøgelse og 1. opfølgning, som anbefales i henhold til retningslinjerne, bliver oftere foretaget blandt børn fra familier med høj indkomst end blandt børn fra familier med lav indkomst.

Til sidst viser mekanisme V, *yderligere social stratifikation*, hvordan de differentielle sygdomskonsekvenser igen påvirker børn og unges socioøkonomiske vilkår og potentielt kan være med til at forstærke den sociale ulighed i sundhed. For eksempel vil de negative konsekvenser for skole-

præstationer og senere socioøkonomisk position på grund af sygdom i barndommen eller ungdommen ofte være større for børn og unge i lav socialgruppe end i høj (64). Sygdomskonsekvenserne kan således forværre disse børns senere socioøkonomiske position og den sociale ulighed i sundhed.

Sammenfattende om teoretiske perspektiver

Der er flere teoretiske bud på de veje, der fører til social ulighed i sundhed. Der er også mange empiriske studier, der undersøger, hvordan en bestemt faktor medierer (er en bidragende årsag til forklaring af) sammenhængen mellem socioøkonomiske vilkår og ulighed i sundhed. Der er imidlertid overvejende enighed om, at der ikke er én bestemt vej, der forklarer den sociale ulighed i sundhed, men at der er tale om et komplekst netværk af årsagsveje. De teoretiske bidrag er ikke som sådan udviklet til børn og unge, men det fremgår, at den tidligste periode i livet er særlig vigtig – både for de forhold, der viderefører negative konsekvenser af socioøkonomiske vilkår, og for de forhold, der kan sættes ind på for at ændre en udvikling i negativ retning. Det er imidlertid kendetegnende, at en stor del af de teoretiske bidrag har taget udgangspunkt i de tydeligt observerbare forskelle i sundhed mellem socioøkonomiske grupper og er fokuseret på det, som kaldes mediatorer eller mellemliggende determinanter som forklaringer på social ulighed i sundhed og som mulige indsatsområder imod denne ulighed. Tilbage står imidlertid også en anerkendelse af, at den sociale og økonomiske lagdeling i samfundet har strukturelle årsager, og at politiske og stærke kommercielle kræfter har stor indflydelse på formningen af de socioøkonomiske vilkår og dermed også på den ulige fordeling af de mellemliggende determinanter. De strukturelle kræfter sætter derfor rammer for mulighederne for at ændre på den sociale ulighed i sundhed i det mellemliggende niveau. Disse kræfter bliver ofte nævnt, men er ikke nær så undersøgt og detaljeret forklaret i den epidemiologiske litteratur om social ulighed i sundhed som de mere nærliggende determinanter.

Implikationer

Implikationer for forskning

Finn Diderichsen et al. opstiller fire typer af viden, som er relevant for at kunne identificere og prioritere indsatser mod ulighed i sundhed: epidemiologisk evidens, sociologisk evidens, interventionsevidens og implementeringsevidens (65).

Med hensyn til den første type af viden, epidemiologisk evidens, så findes der en stor mængde artikler og rapporter, som dokumenterer og beskriver forekomsten af sociale forskelle i sundhed og helbred blandt børn og unge i Danmark. Generelt har forskningen været stærk i at *beskrive* ulighed og mindre stærk i at *forklare* ulighed (52). I litteratursøgningen til denne rapport har vi erfaret, at der er relativt få studier blandt børn og unge i Danmark, som søger at belyse vejene til social ulighed i sundhed ved at studere mellemliggende eller medierende faktorer i sammenhængen mellem børn og unges socioøkonomiske position og sundhed. Det er derfor vores vurdering, at mere viden om, hvordan forskellige materielle, psykosociale, adfærdsmæssige, kommercielle og politiske determinanter skaber ulighed i sundhed, vil være vigtig i det fremtidige arbejde med at identificere og prioritere indsatser mod ulighed i sundhed blandt børn og unge i Danmark.

Den sociologiske evidens handler om at forstå, hvad og hvem der former den socialt ulige fordeling af årsagerne. Denne viden er ifølge Diderichsen et al. vigtig for, at samfundet opnår en fælles forståelse af og fortælling om, hvorfor sundhedsudviklingen i befolkningens forskellige grupper ser ud, som den gør (65). Formålet med nærværende rapport har været at belyse udvalgte teoretiske perspektiver på veje, der kan føre til social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Det har dog ligget uden for denne rapport at komme grundigt ind på, hvordan den skæve fordeling i samfundet i udgangspunktet opstår. Som tidligere beskrevet handler det om historiske, kulturelle, økonomiske og politiske drivkræfter, der former børnelivet, arbejdslivet, boligmarkedet, socialpolitikken, fødevareproduktionen, sundhedsvæsenet m.m. (26). Fremtidig forskning kan bidrage med indblik i den – primært samfundsvidenskabelige – viden om, hvad der former politikudvikling og dermed også fordelingen af determinanter for sundhed med særligt fokus på børn og unge. Viden om interventioner og imple-

mentering ligger også uden for denne rapport's fokus, men er bestemt relevante fokusområder for fremadrettet forskning, der skal bidrage til at øge viden om, hvordan social ulighed i sundhed blandt børn og unge kan reduceres.

Arbejdet med rapporten har derudover givet indsigt i andre områder, hvor der fortsat mangler viden. Der mangler et samlet overblik over, i hvor høj grad udbredte sygdomme er socialt skævt fordelt blandt børn og unge i Danmark, og hvorvidt der er forskellige konsekvenser af sygdom for børn fra forskellige socioøkonomiske vilkår. Det kunne være relevant at samle viden om social ulighed i sygdomsudfald blandt børn og unge. Det kunne for eksempel gøres med afsæt i de ti største sygdomsgrupper målt ud fra sygdomsbyrde blandt børn og unge i Danmark. Denne viden kunne bidrage til at styrke indsatsen mod social ulighed i sundhed ved også at have et særligt fokus på de børn, der potentielt rammes dobbelt af både sygdom og sociale konsekvenser, blandt andet på grund af de socioøkonomiske vilkår, som de vokser op under (66).

Det kunne ligeledes være relevant at sætte fokus på brugen af sundhedsvæsenet og mødet mellem sundhedsvæsenet og børn fra forskellige socioøkonomiske baggrunde. Uligheder i forbedring af sundheden, som opstår i mødet mellem behandlingssystemet og patienter, kan være vanskelige at udrede, da det ikke kun handler om mulig forskelsbehandling fra systemets side, men også om de begrænsninger i helbred, ressourcer og adfærdsmønstre, som patienten har med sig, og som blandt andet er formet af vilkår i opvæksten. Blandt voksne ses sociale forskelle i brugen af sundhedsvæsenet (7). Disse er også gældende blandt børn og unge, da det er forældre eller andre omsorgspersoner, der er ansvarlige for fremmøde. Eksempelvis peger et dansk studie på, at brugen af almen praksis inden cancerdiagnose blandt børn under 15 år er forskellig afhængigt af forældrenes indkomst (67), og et komparativt studie i de nordiske lande antyder, at organiseringen af sundhedsvæsenet kan have betydning for de observerede sociale forskelle i at følge vaccinationsprogrammet for børn og unge (68).

Implikationer for praksis og policy

Denne rapport har givet et indblik i et udsnit af teoretiske perspektiver på veje, der kan føre til social ulighed i sundhed blandt børn og unge. De teoretiske perspektiver peger hver især på forskellige forhold, som er med til at skabe og fastholde social ulighed i sundhed blandt børn og unge. De enkelte veje kan, som tidligere nævnt, ikke stå alene, men vejene bidrager sammen til en ramme for forståelse af den sociale ulighed i sundhed blandt børn og unge i Danmark. Denne forståelsesramme kan være et indledende og vigtigt bidrag til det politiske og forebyggende arbejde med at reducere social ulighed i sundhed blandt børn og unge.

Ved indsatser overfor social ulighed i sundhed, er det vigtigt at være opmærksom på, at det ikke er de sociale determinanter for sundhed i sig selv (for eksempel levestandard, påvirkninger fra miljøet, sundhedsadfærd eller stress), der skaber den sociale ulighed i sundhed. Det er i den udstrækning disse determinanter og deres effekter er ulige fordelt mellem forskellige socioøkonomiske grupper i samfundet, at der skabes social ulighed i sundhed. Indsatser, der er vigtige overfor udbredte sundhedsproblemer, er således ikke nødvendigvis vigtige overfor social ulighed i sundhed.

Den sociale ulighed i sundhed bliver umiddelbart synlig som forskelle, der opstår gennem de mellemliggende veje til ulighed i sundhed. Derfor er det nærliggende at rette indsatser mod disse veje for at forebygge eller reducere uligheden i sundhed. Det er i første omgang også vigtigt at identificere de områder, hvor sundheds-, skole-, institutions- og andre systemer kan sætte ind for at modvirke effekter af ugunstige socioøkonomiske vilkår. Her er det værd at bemærke, at de mellemliggende determinanter for sundhed kan ligge på forskellige trin i årsagskæden og virke gennem hinanden. U hensigtsmæssig sundhedsadfærd kan for eksempel være den mest synlige årsag til ulighed i et sundhedsproblem, men kan have psykosociale og materielle årsager. En indsats mod en sådan adfærd vil eventuelt kunne have en gavnlig effekt på sundheden generelt, men ikke nødvendigvis på uligheden i sundhed.

Ved at skelne mellem strukturelle og mellemliggende sociale determinanter for sundhed, bliver det imidlertid klart, at indsatser og politikker, der skal mindske den sociale ulighed i sundhed, ikke kan nøjes med at rette sig mod de mellemliggende sociale determinanter for sundhed. Det er også nødvendigt med politikker, der retter sig mod de mekanismer, der skaber den ulige fordeling af determinanter for sundhed mellem befolkningsgrupper.

Overordnet gælder det, at jo senere i et livs-helbredsforløb, der sættes ind imod ulighed i sundhed, jo vanskeligere er det at rette op. Dette understreger betydningen af tidlige indsatser i børns liv, samt betydningen af strukturelle indsatser, der retter sig mod blandt andet sundhedssystemet, uddannelses-, arbejds- og boligforhold samt barsels- og pasningsvilkår og dermed også langsigtet mod børns opvækstvilkår.

Det ligger uden for denne rapports fokus at komme med anbefalinger for konkrete indsatser til reduktion af social ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen har tidligere udgivet en rapport om indsatser mod ulighed i sundhed, der også har forslag til indsatser, som forventes at have en effekt i forhold til social ulighed i børn og unges sundhed (65). Der er dog derudover behov for at skabe overblik over tiltag, der kan have betydning for social ulighed i sundhed blandt børn og unge i forskellige aldersgrupper.

Begreber og måling

Social ulighed i sundhed, socioøkonomiske vilkår og socioøkonomisk position

Der anvendes mange forskellige begreber inden for litteraturen om social ulighed i sundhed. I det følgende redegøres kort for brugen af begreber i denne rapport.

Social ulighed i sundhed beskriver det forhold, at forekomst og konsekvenser af sundhed er systematisk skævt fordelt mellem socioøkonomiske grupper (65). Social ulighed i sundhed kan således forstås som en stigende forekomst af sundhedsproblemer med ringere socioøkonomiske vilkår. Andre typer af social ulighed, for eksempel regionale uligheder eller uligheder relateret til køn eller etnicitet, behandles ikke i denne rapport.

Socioøkonomisk position er et udtryk for individets position i samfundsstrukturen (69) og kan forstås som en samlet betegnelse for individets ressourcer og prestige (70). Socioøkonomisk position blandt voksne kan for eksempel måles som beskæftigelsesstatus, socialgruppe (personers indplacering i et hierarki på arbejdsmarkedet), højest gennemførte uddannelse eller husstandsindkomst. Der findes også mere subjektive målinger, som kan bruges til at afspejle en persons opfattelse af sin placering inden for et socialt hierarki. Valget af mål for socioøkonomisk position har betydning for, hvordan den sociale ulighed kommer til udtryk (4, 71). Børn og unge har endnu ikke deres egen socioøkonomiske position og derfor anvendes som oftest forældrenes socioøkonomiske position som et udtryk for børnenes socioøkonomiske position og vilkår.

Socioøkonomiske vilkår skal forstås bredere end socioøkonomisk position. Socioøkonomiske vilkår beskrives i denne rapport som de forhold, børn og unge vokser op i, som blandt andet er præget af forældrenes socioøkonomiske position. Når børn kommer til verden, har de ikke deres egen socioøkonomiske position (26). De fødes ind i nogle socioøkonomiske vilkår, som er formet af en række forhold: deres forældre (for eksempel forældrenes uddannelse, erhvervs-mæssige status eller oplevelse af social status), husstanden mere bredt (for eksempel familiestruktur, boligforhold eller husstandsindkomst) og de socioøkonomiske forhold, som kendetegner det lokalområde, de bor i (for eksempel sammensætning af beboere eller adgang til gode institutioner). I takt med at børnene vokser,

udvides deres sociale verden, og de socioøkonomiske vilkår bliver også påvirket af for eksempel skole, venner og det omgivende samfund.

Måling af socioøkonomisk position og socioøkonomiske vilkår blandt børn og unge

Da børn ikke har deres egen socioøkonomiske position, måles deres socioøkonomiske vilkår oftest med forskellige mål for forældrenes socioøkonomiske position. Forældrenes socioøkonomiske position kan ses som et aspekt af de socioøkonomiske vilkår, som børnene vokser op i, og dermed som en form for proxy (stedfortræder) for de socioøkonomiske vilkår (26). Måden, hvorpå social ulighed og socioøkonomisk position måles, er mangfoldig og ofte forskellig imellem studier (72). Ofte anvendte mål til måling af socioøkonomisk position blandt børn er blandt andet forældres uddannelse, forældres arbejdsmarkedstilknytning, position på arbejdsmarkedet (socialgruppe), husstandsindkomst og materiel velstand i familien. Disse indikatorer spiller sammen, men er alligevel forskellige. Social ulighed i sundhed kan tage sig forskelligt ud alt efter hvilket mål for socioøkonomisk position, der anvendes. Mønstret og størrelsen af den sociale ulighed i sundhed vil afhænge af, hvilket mål for socioøkonomisk position man vælger eller har adgang til (73). De forskellige mål kan knyttes til den teoretiske fortolkning af social ulighed i sundhed. For eksempel er forældres uddannelse især knyttet til fortolkninger, som lægger vægt på, at viden og kulturel kapital i familien er årsag til social ulighed i sundhed, og de økonomiske mål (husstandsindkomst, materiel velstand) er især knyttet til fortolkninger, som lægger vægt på, at social ulighed i sundhed er knyttet til familiens økonomiske ressourcer. Andre anvendte mål til at beskrive socioøkonomiske vilkår blandt børn og unge er for eksempel gennemsnitindkomst i lokalområdet.

Sundhed

I denne rapport opereres med et bredt sundhedsbegreb, som rummer en række dimensioner, der er særligt relevante for børn og unge: helbred (for eksempel sygdom, skader), udvikling (for eksempel kognitiv udvikling, fysisk vækst), velbefindende (for eksempel oplevelse af livstilfredshed) og funktions-ejne (for eksempel social kompetence). Sundhedsadfærd og livsstil indgår ikke i det sundhedsbegreb, som anvendes i denne rapport.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2021 <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed>
2. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatric Research* 2014;76(5):418-24.
3. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Trab Damsgaard M, Graham H, Holstein BE. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011;39(6_suppl):62-78.
4. Johansen A, Holstein BE, Andersen AMN. Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
5. Børnerådet. FN's børnekonvention. Alle børn har rettigheder. København: Børnerådet, 2020.
6. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press, 1999.
7. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. København: Sundhedsstyrelsen, 2020.
8. Statens Serum Institut. Bedre sundhed i generationer, 2021. www.bsig.dk.
9. Skolebørnsundersøgelsen, 2021. www.hbsc.dk
10. Statens Institut for Folkesundhed. Databasens Børns Sundhed, 2021 https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed
11. Børneforløbsundersøgelsen, 2021. <https://www.vive.dk/da/temaer/aargang-95-forloebundersoegelsen-af-boern-foedt-i-1995/>
12. Rod NH, Bengtsson J, Budtz-Jorgensen E, Clipet-Jensen C, Taylor-Robinson D, Andersen AN, Dich N, Reickmann A. Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2020;396(10249):489-97.
13. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-58.
14. Østergaard SD, Larsen JT, Petersen L, Smith GD, Agerbo E. Psychosocial adversity in infancy and mortality rates in childhood and adolescence: A birth cohort study of 1.5 million individuals. *Epidemiology*. 2019;30(2):246-55.
15. Johnsen N, Toftager M, Melkevik O, Holstein BE, Rasmussen M. Trends in social inequality in physical inactivity among Danish adolescents 1991-2014. *SSM Population Health*. 2017;3:534-8.
16. Rasmussen M, Damsgaard MT, Morgen CS, Kierkegaard L, Toftager M, Rosenwein SV, Krølner RF, Due P, Holstein BE. Trends in social inequality in overweight and obesity among adolescents in Denmark 1998-2018. *International Journal of Public Health*. 2020;1-10.
17. Holstein BE, Ammitzbøll J, Damsgaard MT, Pant SW, Pedersen TP, Skovgaard AM. Difficulties falling asleep among adolescents: Social inequality and time trends 1991-2018. *Journal of Sleep Research*. 2020;29(1):e12941.
18. Holstein BE, Damsgaard MT, Madsen KR, Rasmussen M. Persistent social inequality in low life satisfaction among adolescents in Denmark 2002-2018. *Children and Youth Services Review*. 2020;105097.
19. Holstein BE, Jørgensen SE, Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M. Persistent social inequality in poor self-rated health among adolescents in Denmark 1991-2014. *European Journal of Public Health*. 2018;28(6):1114-6.
20. Due P, Damsgaard MT, Madsen KR, Nielsen L, Rayce SB, Holstein BE. Increasing prevalence of emotional symptoms in higher socioeconomic strata: Trend study among Danish schoolchildren 1991-2014. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019;47(7):690-4.
21. Madsen K, Holstein B, Damsgaard M, Rayce S, Jespersen L, Due P. Trends in social inequality in loneliness among adolescents 1991-2014. *Journal of Public Health*. 2019;41(2):e133-e40.
22. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
23. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death - specific explanations of a general pattern? *The Lancet*. 1984;323(8384):1003-6.
24. Marmot M. Status syndrome: How your place on the social gradient directly affects your health. London: Bloomsbury, 2015.
25. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization, 2010.
26. Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. *Archives of Disease in Childhood*. 2019;104(10):998-1003.
27. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
28. Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: What can we learn from what has been tried? Working paper prepared for The King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Ditchley Park, Oxfordshire, September 1993. London, King's Fund. I: Dahlgren G, Whitehead M (red.). *European strategies for tackling social inequalities in health: Levelling up. Part 2*. København: WHO, 2007.
29. Sengoelge M, Hasselberg M, Ormandy D, Laflamme L. Housing, income inequality and child injury mortality in Europe: a cross-sectional study. *Child: Care, Health and Development*. 2014;40(2):283-91.
30. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*. 2004;82:101-24.
31. Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatrica*. 2015;104(S467):1-2.
32. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010;51 Suppl:S28-40.
33. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Samdal O. Country material distribution and adolescents' perceived health: multilevel study of adolescents in 27 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;60(2):156-61.

34. Nielsen L, Koushede V, Vinther-Larsen M, Bendtsen P, Ersbøll AK, Due P, Holstein BE. Does school social capital modify socioeconomic inequality in mental health? A multi-level analysis in Danish schools. *Social Science & Medicine*. 2015;140:35-43.
35. Benzeval M, Bond L, Campbell M, Egan M, Lorenc T, Petticrew M, Popham F. How does money influence health? York: Joseph Rowntree Foundation, 2014.
36. Caspersen S, Frier AT, Pedersen ST. Børn bor i opdeltte nabolag. København: AE-Rådet, 2019.
37. Pryor L, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM, Hulvej Rod N, Melchior M. Trajectories of family poverty and children's mental health: Results from the Danish National Birth Cohort. *Social Science & Medicine*. 2019;220:371-8.
38. Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D, Barr B. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Lancet Public Health*. 2017;2(3):e141-e8.
39. Poulsen PH, Biering K, Winding TN, Nohr EA, Petersen LV, Uljaszek SJ, Andersen JH. How does psychosocial stress affect the relationship between socioeconomic disadvantage and overweight and obesity? Examining Hemmingsson's model with data from a Danish longitudinal study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1475.
40. Glasscock DJ, Andersen JH, Labriola M, Rasmussen K, Hansen CD. Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):532.
41. Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(9):692-8.
42. Parkes A, Sweeting H, Young R, Wight D. Does parenting help to explain socioeconomic inequalities in children's body mass index trajectories? Longitudinal analysis using the Growing Up in Scotland study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016;70(9):868-73.
43. Eriksen L, Davidsen M, Jensen H, Ryd J, Strøbæk L, White E. Sygdomsbyrden i Danmark. Risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2016.
44. Cockerham WC. Sociological theory in medical sociology in the early twenty-first century. *Social Theory & Health*. 2013;11(3):241-55.
45. Frohlich KL, Potvin L. Collective lifestyles as the target for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*. 1999;90 Suppl 1(Suppl 1):S11-4.
46. Aabakke AJM, Mortensen LH, Krebs L. Socioøkonomiske faktorer har betydning for graviditet og fødsel. *Ugeskrift for Læger*. 2019;181(V08180590).
47. Hauger H, Groth MV, Ritz C, Biltoft-Jensen A, Andersen R, Dalskov SM, Hjorth MF, Sjödin A, Astrup A, Michaelsen KF, Damsgaard CT. Socio-economic differences in cardiometabolic risk markers are mediated by diet and body fatness in 8- to 11-year-old Danish children: a cross-sectional study. *Public Health Nutrition*. 2016;19(12):2229-39.
48. Andersen I, Diderichsen F, Brønnum-Hansen H. Social ulighed i sundhed. I: Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L (red.) *Medicinsk sociologi - sociale faktorerets betydning for befolkningens helbred*. København: Munksgaard, 2020.
49. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(10):778-83.
50. Kuo AA. Life Course Health Development. I: Kuo AA, Collier RJ, Stewart-Brown S, Blair M, editors. *Child Health A Population Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2016.
51. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. 2015;8(1):27106.
52. Ploug N. Social arv og social ulighed. København: Hans Reitzels Forlag, 2017.
53. Scorza P, Duarte CS, Hipwell AE, Posner J, Ortin A, Canino G, Monk C. Research Review: Intergenerational transmission of disadvantage: epigenetics and parents' childhoods as the first exposure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019;60(2):119-32.
54. Hegelund ER, Poulsen GJ, Mortensen LH. Educational attainment and pregnancy outcomes: A Danish register-based study of the influence of childhood social disadvantage on later socioeconomic disparities in induced abortion, spontaneous abortion, stillbirth and preterm delivery. *Maternal and Child Health Journal*. 2019;23(6):839-46.
55. Hjorth-Trolle A, Brieholt A. Forældreinvesteringer og social ulighed. I: Ploug N (red.) *Social arv og social ulighed*. København: Hans Reitzels Forlag, 2017.
56. Suppli CH, Due P, Henriksen PW, Rayce SL, Holstein BE, Rasmussen M. Low vigorous physical activity at ages 15, 19 and 27: childhood socio-economic position modifies the tracking pattern. *European Journal of Public Health*. 2013;23(1):19-24.
57. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. I: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. (red.) *Challenging inequities in health: From ethics to action*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
58. Databasen Børns Sundhed PT, Weber SP, Holstein BE, Ammitzbøll J, Due P. Sundhedsplejerskers bemærkninger til forældre-barn relationen i første leveår. Temarapport. Børn født i 2016. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
59. Pisinger C, Hammer-Helmich L, Andreasen AH, Jørgensen T, Glümer C. Social disparities in children's exposure to second hand smoke at home: a repeated cross-sectional survey. *Environmental Health*. 2012;11:65.
60. Due P, Damsgaard MT, Lund R, Holstein BE. Is bullying equally harmful for rich and poor children?: a study of bullying and depression from age 15 to 27. *European Journal of Public Health*. 2009;19(5):464-9.
61. Tolstrup J DJ, Grønbaek M, Møller SP, Pedersen MU, Pisinger V. Unges alkoholkultur – et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2019.
62. Nielsen NF, Gaulke A, Eriksen TM, Svensson J, Skipper N. Socioeconomic Inequality in metabolic control among children with type 1 diabetes: A nationwide longitudinal study of 4,079 Danish children. *Diabetes Care*. 2019;42(8):1398-405.
63. Moth G, Schiøtz PO, Vedsted P. A Danish population-based cohort study of newly diagnosed asthmatic children's care pathway – adherence to guidelines. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):130.
64. Graham H, Power C. Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research. *Child: Care, Health and Development*. 2004;30(6):671-8.

65. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2020.
66. Taylor-Robinson DC, Smyth R, Diggle PJ, Whitehead M. A longitudinal study of the impact of social deprivation and disease severity on employment status in the UK cystic fibrosis population. *PLoS One*. 2013;8(8):e73322.
67. Abrahamsen CF, Ahrensberg JM, Vedsted P. Utilisation of primary care before a childhood cancer diagnosis: do socioeconomic factors matter?: A Danish nationwide population-based matched cohort study. *BMJ Open*. 2018;8(8):e023569.
68. Arat A, Norredam M, Baum U, Jónsson SH, Gunlaugsson G, Wallby T, Hjern A. Organisation of preventive child health services: Key to socio-economic equity in vaccine uptake? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2020;48(5):491-4.
69. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;60(1):7-12.
70. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual Review of Public Health*. 1997;18:341-78.
71. Vallgård S. Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed? København: Informations Forlag, 2019.
72. Bartley M. *Health Inequality – an introduction to theories, concepts and methods*. Cambridge: Polity Press, 2004.
73. Elgar FJ, McKinnon B, Torsheim T, Schnohr CW, Mazur J, Cavallo F, Currie C. Patterns of socioeconomic inequality in adolescent health differ according to the measure of socioeconomic position. *Social Indicators Research*. 2016;127(3):1169-80.
74. Whitehead M, Pennington A, Orton L, et al. How could differences in 'control over destiny' lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health & Place*. 2016;39:51-61.

Sundhed for alle ♥ + ●