

Sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager:

Hovedresultater fra den 7. runde af
European Social Survey

Hovedresultater
fra ESS

6
Nummer

Adgang til data og dokumentation fra European Social Survey

European Social Survey European Research Infrastructure Consortium (ESS ERIC) tilbyder fri adgang til alle data og dokumentation. De kan ses på og downloades fra www.europeansocialsurvey.org.

Der er udviklet særlige tiltag for at fremme adgang til og brug af den voksende datamængde, inklusive EduNet og NESSTAR, som er til rådighed via ESS-hjemmesiden.

EduNet

ESS e-læringsværktøjet EduNet blev udviklet til brug inden for videregående uddannelse. Det indeholder praktiske eksempler og øvelser, der vejleder brugere igennem forskningsprocessen fra et teoretisk problem til fortolkning af statistiske resultater. Der er nu ti emner til rådighed med data fra ESS.

NESSTAR

ESS Online analysepakke anvender NESSTAR - et redskab til analyse online. Dokumentation til støtte for NESSTAR er til rådighed fra Norsk senter for forskningsdata. (www.nesstar.com).

European Social Survey har til formål at belyse de europæiske befolkningers holdninger og sociale forhold. Denne rapport fokuserer på et af de vigtigste aspekter i vores liv - sundhed - og fremhæver de store uligheder, der eksisterer både inden for og mellem landene i Europa.

Medtagelse af dette modul i ESS har muliggjort en af de mest omfattende undersøgelser på tværs af lande af (rapporteret af personerne selv) sundhedsmæssige uligheder, der bliver sat i en bredere sociologisk sammenhæng. Resultaterne er relevante for forskere og beslutningstagere.

Modulet indeholder desuden nyskabelser såsom en ny metode til måling af alkoholforbrug på tværs af lande. Samtidig giver modulet vigtige data både om forskelle i udbredelsen af sundhedsforhold i de enkelte lande og om adgang til sundhedsydelser.

Jeg ser frem til at kunne byde velkommen til mange flere brugere af disse data fra ESS og til at se resultaterne af deres analyser baseret på dette spændende nye modul.

Rory Fitzgerald, direktør for ESS ERIC
City, University of London. England

Forfattere i denne udgave:

Terje Andreas Eikemo, professor i sociologi, Norges Tekniske Universitet (NTNU), Trondheim, Norge.

Tim Huijts, Senior Lecturer i sociologi ved University of York, England.

Clare Bamba, professor i folkesundhedsgeografi, Durham University, England.

Courtney McNamara, postdoc ved NTNU, Trondheim, Norge.

Per Stornes, PhD-kandidat på NTNU, Trondheim, Norge.

Mirza Balaj, PhD-kandidat på NTNU, Trondheim, Norge.

Eikemo, Huijts og Bamba stod bag udformningen af spørgeskemaet (Questionnaire Design Team, QDT) og udviklede modulet om »Sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager«. Øvrige QDT medlemmer omfatter:

Olle Lundberg, Center for Health Equity-studier, Stockholm, Sverige;

Johan Mackenbach, Afdeling for folkesundhed, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, Holland.

Desuden har følgende medlemmer af det videnskabelige ESS team bidraget til udformningen af modulet: Rory Fitzgerald, Yvette Prestage, Ana Villar, Sally Widdop og Lizzy Winstone.

Sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager: Hovedresultater fra den 7. runde af European Social Survey

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts, Clare Bambra, Courtney McNamara, Per Stornes and Mirza Balaj

Indledning

At der er sociale uligheder inden for sundhed er klart blevet påvist: personer med højere uddannelse, beskæftigelsesmæssig status eller indtægt har lavere sygelighed og dødelighed. Selv om sociale uligheder i sundhed eksisterer i alle samfund over hele verden, varierer omfanget af ulighed geografisk og inden for Europa er der bemærkelsesværdige forskelle.

Undersøgelser, der er offentliggjort på grundlag af data fra European Social Survey (ESS) har bidraget væsentligt til udforskningen af, hvordan sociale uligheder inden for sundhed varierer på tværs af de europæiske lande (Eikemo et al., 2008a; Eikemo et al., 2008b; Huijts, 2011; Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010). Disse studier bygger på tre sundhedsindikatorer (egen vurdering af egen sundhedstilstand, begrænsninger på grund af langvarig sygdom og depression) samt på et begrænset antal sociale determinanter for sundhed, der f.eks. er knyttet til personers socioøkonomiske position. Overordnet viser disse studier en dårligere sundhed hos de lavere socioøkonomiske grupper men med forskellige mønstre for uligheden på tværs af Europa.

For at øge vores forståelse af, hvordan og hvorfor, der fortsat er sociale uligheder inden for sundhed, er der behov for en undersøgelse af mere nuancerede indikatorer for sundhedstilstand og et større antal af mulige årsager eller determinanter til sundhedstilstanden. Mens sundhedsundersøgelser ofte omfatter en række sundhedsindikatorer og determinanter, har ingen endnu haft tilstrækkeligt omfattende data til at belyse betydningen af den sociale lagdeling og forskelle i leveforhold. Ligeledes findes der ingen sociologiske undersøgelser med

tilstrækkelig mange data om varierende adfærd- og livsstilsfaktorer og sundhedstilstand (såsom forskellige kroniske tilstande). Det er baggrunden for, at vi har udviklet et sundheds ulighedsmodul til at indgå i ESS, der i forvejen indeholder de vigtigste variable for social baggrund og position i undersøgelsens faste moduler.

Det roterende modul om »Sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager«, der indgår i den 7. ESS, indeholder en bred vifte af sygdomsindikatorer, herunder flere selvrapporterede fysiske sundhedsproblemer (f.eks. hjertesygdom og vejtrækningsbesvær). Det er også det første tværnationale sundhedsmodul, der indeholder et større udvalg af sociale determinanter for sundhed relateret til adfærdsmæssige og psykosociale faktorer, adgang til sundhedsydelse og arbejds- og beskæftigelsesforhold.

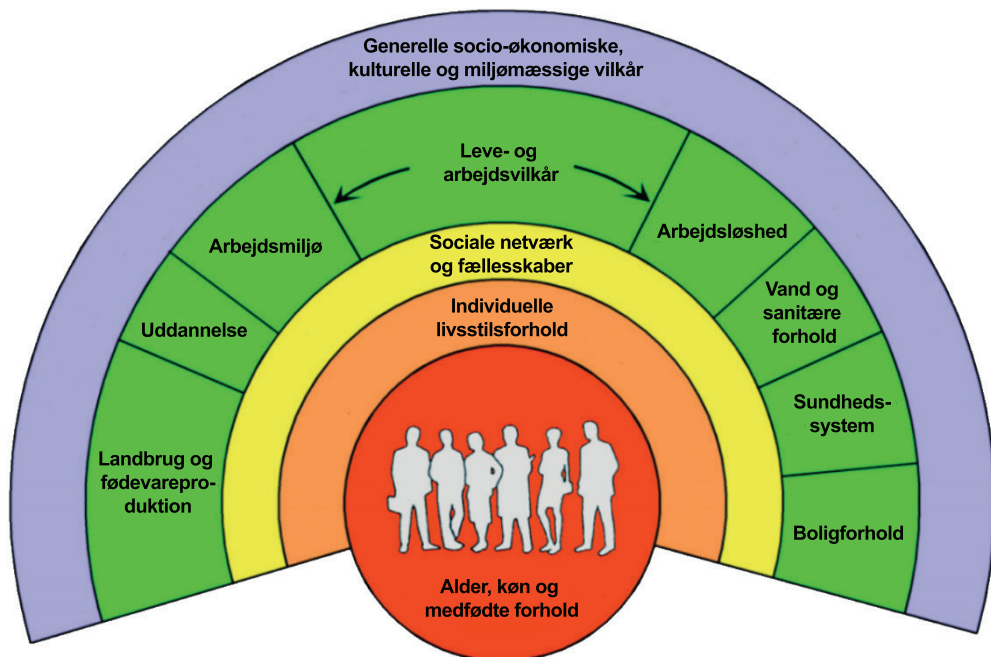
For at afgøre hvilke sundhedsindikatorer og determinanter, der skulle indgå i modulet »Sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager«, anvendte vi Dahlgren & Whiteheads model fra 1991 for sundhedsdeterminanter (se figur 1) og nyere rapporter om sociale forholds betydning for sundhed, såsom Marmot (2008). Vi tillagde potentielt vigtige sundhedsdeterminanter i de nationale undersøgelser vægt, såsom boligforhold, brug af alternative sundhedsydelse og ulønnet pleje. Da sundhedsmodulet højst kunne omfatte 30 spørgsmål prioriterede vi endvidere forhold, der kunne måles ved hjælp af et begrænset antal items. Endelig blev en række forskellige spørgsmål testet for at vurdere deres udbredelse, sociale fordeling og sammenhæng med sundhed (Eikemo et al., 2016). Determinanter med den stærkeste sammenhæng og uden andre måleproblemer blev efterfølgende

medtaget. I tabel 1 findes en oversigt over alle de variable, der blev medtaget.

Data fra 7. runde af ESSⁱ blev indsamlet via en serie timelange, personlige interviews med personer fra 15 år og ældre fra 21 europæiske landeⁱⁱ, hvilket gav lige under 40.200 besvarede skemaer. Deltagerne i undersøgelsen blev udvalgt strengt tilfældigt med en målsætning om en besvarelse på 70 % for at forsøge at sikre repræsentative nationale stikprøver.ⁱⁱⁱ Den høje oversættelseskvalitet af ESS's spørgsmål^{iv} og de systematiske krav til udtrækning af stikprøve mv. øger sandsynligheden for, at der opnås pålidelige sammenligninger mellem landene.

I dette hæfte beskrives de vigtigste resultater af vores foreløbige analyser af disse data, herunder en beskrivelse af, hvordan forskellige sundhedsforhold og vigtige sundhedsdeterminanter varierer på tværs af Europa. Vi har desuden undersøgt hvordan forskellige sociale determinanter, især dem, der er relateret til adfærd, arbejde og leveforhold, bidrager til at forklare de uddannelsesmæssige uligheder i selvvalideret dårlig sundhedstilstand. Undersøgelsen giver en antydning af hvilke dybdegående analyser, der kan foretages med disse nye data, og et første indblik ind i hvilke forhold, der er vigtige til at forklare de uddannelsesmæssige uligheder i selvvalideret dårlig sundhedstilstand i Europa.

Figur 1. Dahlgren og Whitehead (1991) model for sundhedsdeterminanter



Tabel 1. Emner og items (spørgsmål), der indgår i ESS rotationsmodul vedr. sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager

Emner	Items (beskrivelse af anvendte måleenheder)
Forbrug af frugt og grønsager	Hyppighed for indtag af frugt (ikke juice).
	Hyppighed for indtag af grønsager eller salat (ikke kartofler).
Fysisk aktivitet	Antal dage respondenterne gik hurtigt, dyrkede sport eller anden fysisk aktivitet i 30 minutter eller mere inden for de sidste 7 dage.
Rygning	Betegner sig selv som daglig ryger, ryger af og til, tidligere ryger, eller ikke-ryger (cigaretter, rulletobak, ikke pipe, cigar og elektroniske cigaretter).
	Antal cigaretter røget på en typisk dag.
Alkoholforbrug	Hyppighed for alkoholindtag de seneste 12 måneder.
	Antal genstande (som vist på et kort) indtaget sidste gang, der blev drukket alkohol på en mandag, tirsdag, onsdag eller torsdag.
	Antal genstande (som vist på et kort) indtaget sidste gang, der blev drukket alkohol på en fredag, lørdag eller søndag.
	Hyppighed for kraftigt drikkeri i de seneste 12 måneder.
BMI	Højde uden sko. Vægt uden sko.
Brug af sundhedsydelse	Drøftet sundhed med en praktiserende læge i løbet af de seneste 12 måneder.
	Drøftet sundhed med en speciallæge i løbet af de seneste 12 måneder.
	Har ikke kunnet få tid eller nødvendig behandling hos læge de seneste 12 måneder.
	Årsager til ikke at kunne få tid eller nødvendig behandling hos læge de seneste 12 måneder.
	Alternativ behandling de seneste 12 måneder (12 typer behandling på kort).
Ydet ubetalt pleje	Passe eller hjælpe familiemedlemmer, venner, naboer eller andre på grund af langvarig fysik eller psykisk sygdom, funktionsnedsættelse eller aldersbetingede problemer, inkluderer ikke betalt beskæftigelse.
	Timer om ugen med ubetalt pleje.
Dimensioner af mental velvære	Følt deprimeret, alt var anstrengende, urolig søvn, lykkelig, ensom, nød livet, ked af det, kunne ikke komme i gang, i løbet af den sidste uge (8 separate ting).
Selvrapporterede tilstand	Helbredsproblemer (på kort) oplevet de seneste 12 måneder, hjerte- eller kredsløbsproblemer, højt blodtryk, vejtrækningsproblemer, allergier, smerter i ryg eller nakke, muskel- eller ledsmerter i hånd eller arm, muskel- eller ledsmerter i fod eller ben, problemer i forbindelse med mave eller fordøjelse, hudproblemer, alvorlig hovedpine, diabetes.
	Sundhedsproblemer (på kort) har hæmmet daglige aktiviteter i de sidste 12 måneder.
	Har for øjeblikket cancer, har tidligere haft cancer.
Forhold i barndommen	Alvorlig konflikt mellem beboerne i husstanden under opvækst.
	Alvorlige økonomiske problemer under opvækst.
Boligens kvalitet	Er der problemer (angivet på kortet) med boligen.
Arbejdsforhold	Medfører arbejdet: vibrationer fra håndværktøj eller maskiner, trættende eller smertefulde stillinger, manuelle løft eller flytning af personer, manuel bæring eller flytning af tunge byrder.
	Medfører arbejdet: meget voldsom støj, meget høje temperaturer, meget lave temperaturer, stråling f.eks. fra røntgen, håndtering, indånding eller kontakt med kemiske produkter, dampe og stoffer, indånding af andre typer røg, dampe, pulver eller støv.

Bemærk: Den præcise formulering af spørgsmål findes i spørgeskemaet til ESS 7. runde, der kan downloades fra ESS hjemmesiden.

Hvordan er sundhed fordelt over Europa?

For hver sundhedsindikator i modulet beregnede vi aldersstandardiserede udbredelsesrater.^{vi} Vi vægtede aldersgrupper i overensstemmelse med den europæiske standard population i 2013 og grupperede landene efter geografiske regioner^{vii} i tabellerne for at fremhæve de regionale sammenfald af resultater, som vi fandt for en række forhold.

Tabel 2 viser for hvert land andelen med selvrapporterede kroniske tilstande. Overordnet set fremgår det, at alle tilstande påvirker betydelige dele af befolkningen i de fleste lande, men også at der for de fleste tilstande er betydelige forskelle mellem landene. Andelen af besvarelser, der nævner hjerte- og kredsløbsproblemer, er generelt lavere i Nordeuropa (med undtagelse af Finland) og er især høj i Letland og Polen. Der rapporteres især om højt blodtryk i Tyskland, Ungarn, Letland og Slovenien. Udbredelsen af åndedrætsproblemer er især lav i Central- og Østeuropa, og allergier ser ud til at give særlige problemer i Nordeuropa. Smerter i arme, ben og især ryg har været generelt udbredt i alle lande det seneste år, og vi finder ikke noget klart mønster for regionale forskelle. Det samme gælder for maveproblemer, hvor vi også finder betydelige andele med problemer, men ikke nogen klare regionale forskelle. Andelen med hudproblemer er særligt høj i Finland og i forhold til andre områder relativt lave i Central- og Østeuropa. For alvorlig hovedpine er der en stor kønsforskel, idet langt flere kvinder end mænd melder om dette, og procentandelene med alvorlig hovedpine i Tyskland, Frankrig og Portugal er over tre gange højere end i Irland. Der er ikke noget klart mønster på tværs af landene for diabetes, men det er mere udbredt i Israel end andre steder. Kombineres oplysningerne om alle tilstande, kan vi se, at i næsten alle lande, både blandt kvinder og mænd, rapporterer over halvdelen af de udspurgte at have enten en eller to/flere af

de kroniske tilstande i de seneste 12 måneder. Blandt kvinder i Finland, Frankrig og Tyskland var denne andel tæt ved 90 %, hvilket vil sige, at kun et meget lille mindretal ikke havde nogen sygdom på rapportere. I forbindelse med cancer fandt vi ikke noget klart mønster for tværmæssige forskelle, men Norge og Sverige skiller sig ud med lave andele med aktuelle problemer og de højeste procentandele af kvinder, der tidligere har haft cancer.

Tabel 3 viser resultaterne for de øvrige sundhedsindikatorer i undersøgelsen. Andelen med dårlig eller meget dårlig selv vurderet helbred svarer til tidligere studier baseret på ESS med lave andele i Irland og Schweiz, mens de højeste tal findes i Estland, Ungarn og Litauen. Det samme gælder andelen af respondenter, der i det mindste i nogen grad er begrænset i deres daglige aktiviteter af langvarig sygdom, hvor Litauen og Slovenien er de lande, hvor man finder de største andele. Ser man på procentdelen af personer, der melder om alvorlige depressive symptomer,^{viii} finder vi en klar kønsforskel, der svarer til studier af mentalt helbred i Europa baseret på tidligere runder af ESS. Men det er bemærkelsesværdigt, at der i Norge og Finland ikke er nogen afgørende kønsforskel. Den lave procentdel, der rapporterer alvorlige depressive symptomer i Finland, Norge og Schweiz samt den store risiko for alvorlige depressive symptomer i Syd- og Centraleuropa samt Østeuropa, støtter også tidligere resultater fra ESS. Endelig rapporterer mænd oftere end kvinder om overvægt og svær overvægt. Blandt kvinderne er procentandelen af overvægtige og svært overvægtige især høj i Central- og Østeuropa.

Tabel 2. Selvrapporerede kroniske tilstande i 21 europæiske lande (særskilt for mænd og kvinder, procentandele)

		Hjerte	Blodtryk	Ånde- dræt	Allergi	Ryg- smerte	Smerte i arm	Smerte i ben	Mave	Hud	Hoved- pine	Diabetes	1 af disse	2 eller flere	Nu- værende cancer	Tidl. cancer	
Nord																	
Danmark	M	8.4	20.3	9.5	16.2	45.7	21.8	23.9	14	10	7.6	6.7	30.6	52.5	2.8	7	
	K	8.2	19.5	10.5	17.5	50.5	28.4	32.7	22.2	14.4	17.2	5.3	22.9	60.2	4.5	9.6	
Finland	M	11.6	20.1	10.8	14.7	47.4	26	31.8	16.5	13.8	13.9	7.8	28.4	58.2	2.8	4.6	
	K	9.9	21.8	13.5	19	57.8	27.7	34.3	27.2	20.3	23.4	5.4	21.2	70.4	2.1	5.7	
Norge	M	8.6	15.5	10.5	15.7	36.5	23.2	22.2	14.1	10.5	5.1	4	32.3	45.9	2.2	5.1	
	K	7.3	15.1	14.6	23.3	50.4	32.1	33.3	20.7	10.2	15.4	3.7	24.3	60.8	0.7	10.2	
Sverige	M	7.1	17.1	7.8	15.1	42.3	22.9	25	16.2	7.7	6.9	5	29.3	49.6	2.5	5.4	
	K	8.5	18.9	10.9	20.5	51.3	30.1	27.9	27.1	10.5	16.5	4.8	25.2	59.5	2.4	10.2	
Vest																	
Østrig	M	11.1	16.9	5.3	6.9	30.5	13.6	17.8	8.2	6.3	8.5	3.9	22.5	34.9	3.3	8.1	
	K	10.8	15.7	6.7	9.7	34.3	17.3	16.4	12.9	9.6	15	3	18.9	41	3.4	8.7	
Belgien	M	9.1	13.5	9.1	10.6	48	24.7	27.6	15.3	6.8	8.8	5.3	29.2	51.3	2.8	4.4	
	K	8.9	18.7	10	17.1	53.7	31	28.4	24.9	8.3	22.6	4	24	61.6	3.3	6.4	
Frankrig	M	9.3	11.7	11.8	11	43.1	27.5	28	17.2	8.7	14.7	6	29.2	50.8	3.5	4.7	
	K	9.3	16	12	15	52	33	28.5	19	8.2	30.2	5.8	21.1	64	4	6.4	
Tyskland	M	11.5	22	10.9	14.1	49	22	24.8	18.1	12.3	15.6	6.6	26.4	56.7	2.6	6.1	
	K	15.6	23.7	12.2	16.7	59.5	27.2	29.4	25.4	13.7	27.1	6.5	19.7	69	2.9	7.5	
Irland	M	5.8	12.8	6.9	4.4	21.5	9.9	14.2	7.8	5.2	3.8	3.1	21.7	26.5	5.2	3.5	
	K	5.2	11.3	7.4	6.2	22.1	13.2	13.8	9.8	6.4	7.3	2.7	24.9	26.6	3.9	5.1	
Holland	M	12.8	17.5	8.7	11.1	33.7	18	22.1	11.2	9.2	8.2	7.4	30.9	44.5	4	5.8	
	K	8.5	18.5	11.3	14.1	44.9	21.2	24.5	16	10	17.7	4.8	31.7	49.4	3	8.1	
Schweiz.	M	8.7	14.5	5.7	9.5	37	18.2	24.9	12.9	8.4	11.8	3.8	31.3	44.3	7.5	7.2	
	K	7	13.5	7.3	14.9	44.6	22.2	23.5	17.8	10.1	20	3	29.9	49.9	10.1	9	
England	M	7.6	18.5	13.1	8.8	35.3	22.8	26.3	16.4	10	8.2	6.5	30.3	44.8	3.3	5.2	
	K	6.9	18.1	13.7	15	36.2	20.3	27.6	18.2	14.2	15.8	4.6	27.4	51.5	3.2	7.4	
Midt/øst																	
Tjekkiet	M	6.6	17.2	4.8	6.1	20	10.4	13.8	7.8	3.8	5.9	6.3	25.9	26.2	-	-	
	K	7.7	16.1	7	10.1	26.6	13.6	16.1	9.2	4.3	12.5	5.4	23.9	33	-	-	
Estland	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5	5.8	
	K	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.6	6.3	
Ungarn	M	11.3	21.2	6.1	5.3	16.9	11.6	14.8	6.5	1.7	6.7	4.4	17.8	27.4	15.3	5.2	
	K	12.9	22.8	5.4	8.4	17.7	15.9	18.7	8	4.8	14.1	6.5	14.7	33.6	15.4	6.8	
Litauen	M	16.5	18.8	3.7	2	24.9	9.1	12	11.1	0.6	4.8	2.5	23	29.8	5.9	6.8	
	K	21.4	25.8	5.1	5	27.2	11.7	16.3	15.6	3.6	14.8	3.5	21.3	41.1	11.1	9.2	
Polen	M	16.3	17.7	5	8.4	29.5	22.3	22	10.4	4	9	4.9	26.3	39.7	5.2	3.4	
	K	20	20.3	7	11.8	38.7	29.6	25.6	17.1	5.1	18.1	6.4	22.8	51.8	6.1	5	
Slovenien	M	9.4	20.8	7.4	8.6	36.4	19.5	19.4	12.1	3.7	7.7	5	35.9	38.6	3	4.5	
	K	13.7	24.5	9.6	11.7	46.8	24.3	26.2	20.2	4.1	17.8	7.4	27.6	54.1	2.8	5.6	
Syd																	
Israel	M	10.7	15.3	7.1	5.7	20.6	12.9	14	7	4.9	8.9	10.6	18.6	30.1	8.4	5.7	
	K	8.6	15.6	7	6.3	24	13.1	19	11.1	5.1	10.3	9.2	19.5	33	9.4	4.5	
Portugal	M	8.3	20.8	6.9	13.7	45.1	24.9	27.8	16.2	6.9	16.3	8.5	25.7	51.6	1.6	3.9	
	K	15	22.1	12.6	20.6	49.4	41.9	39.3	18	5.3	29.6	9.1	17.5	65.8	2.8	5.9	
Spanien	M	9.1	15	7.9	11	33.9	20.3	23.6	12.8	5.5	9	5.5	31.4	39.8	1.9	4.8	
	K	9.8	17	8.3	12.2	46.5	33.9	31.6	17.1	9.5	22.2	5.2	24.8	53.4	2	4.2	

Kilde: European Social Survey 7. runde, 2014.

Tabel 3. Selvrapporeret generel sundhed, hæmmet af langvarig sygdom, mentalt helbred og overvægt/svær overvægt i 21 europæiske lande (særskilt for mænd og kvinder, procentandele)

		Dårligt/meget dårlig helbred	Hæmmet af sygdom	Depressive symptomer	Overvægt/Svær overvægt
Nord					
Danmark	M	6.1	26.4	8.1	52
	K	6	33.5	12.6	38.9
Finland	M	4.6	29.9	6.7	59.1
	K	5.3	34.8	8.2	47.9
Norge	M	4.6	26.4	6.2	57.4
	K	9.6	32.6	8.9	42.4
Sverige	M	2.8	26.8	6	56.8
	K	6	35.3	14.6	43.5
Vest					
Østrig	M	4.1	21.5	8.5	57.5
	K	4.7	21.9	13.6	38.9
Belgien	M	5	25.3	8.6	51.1
	K	5.8	29.5	14.3	39.5
Frankrig	M	6.4	21.9	8.2	52.8
	K	9.3	27.1	16.5	40.9
Tyskland	M	7.6	29.5	9	60.2
	K	12.4	33.3	20.2	44.4
Irland	M	2	17.3	6.2	56.3
	K	2.7	18.4	9.1	41
Holland	M	4.1	27.3	8.3	51.4
	K	6.1	33.7	10.8	44.5
Schweiz.	M	2.3	20.4	4.7	52.5
	K	3.9	22.3	9.3	29.9
England	M	6.7	24	10.6	58.5
	K	7.5	27	14.7	47.7
Midt/øst					
Tjekkiet	M	4.9	27.5	19.1	67.4
	K	8.3	29.8	28.6	49.4
Estland	M	11.2	28.7	14.8	56.4
	K	12.4	26.6	20.8	48.1
Ungarn	M	13.5	29.5	21.5	63.8
	K	13.8	31.8	27.5	52.8
Litauen	M	12.1	33.3	16.1	60.7
	K	12.8	35.2	22.7	50.8
Polen	M	8.3	27.8	11.3	60.8
	K	12.5	32.3	25.3	44.1
Slovenien	M	9.8	31.2	8.7	61.2
	K	12.2	38.5	15.6	50.6
Syd					
Israel	M	9.2	25	12	55.9
	K	11.3	25.5	19.1	47.8
Portugal	M	8.3	17.4	15.8	56
	K	12.1	21.9	30.9	49.8
Spanien	M	8.8	14.8	12.8	60.4
	K	14.9	19.3	24.7	43.3

Kilde: European Social Survey 7. runde, 2014.

Hvordan fordeler sociale og adfærdsmæssige sundhedsdeterminanter sig i Europa?

Vi har også beregnet en aldersstandardiseret udbredelse af hver af de sociale og adfærdsmæssige sundhedsdeterminanter, der er medtaget i modulet. Vi fandt, at en betydelig andel af europæerne er udsat for sociale og adfærdsmæssige risikofaktorer i forhold til helbredsproblemer. Desuden varierer omfanget af disse forhold mellem landene.

Tabel 4 indeholder oplysninger om adgang til og brug af sundhedsydelse i hvert land. Der er en betydelig variation i omfanget af udækkede behov mellem landene med specielt høje procentandele i Finland, Frankrig, Tyskland, Estland, Polen, Israel og Portugal. Når man ser på de angivne årsager til udækkede behov, nævnes specielt ventelister i Estland, Polen og Israel, og mangel på tilgængelig behandling, der hvor de bor, ser ud til at være alvorligst i Finland, Polen og Israel. Vedrørende brug af sundhedssystemet har tre fjerdedele af de udsurgte i de fleste af landene været hos deres praktiserende læge inden for det seneste år, om end det er færre f.eks. i Sverige. Procentandelen, der har været hos en speciallæge eller som benytter alternativ behandling, er generelt højere blandt kvinder end blandt mænd. I nogle lande kan høje andele afspejle, at patienter selv kan gå direkte til speciallæge. Interessant nok er procentandelen, der benytter alternativ behandling, i flere lande lige så høj eller endog højere end andelen, der konsulterer en speciallæge. Der er ikke noget klart mønster i de regionale forskelle i brug af sundhedsydelser, og det skal understreges, at der ikke er taget hensyn til omfanget af helbredsproblemer eller behov for sundhedsydelser.

I tabel 5 viser vi den tværnationale variation i risikoadfærd. Med udgangspunkt i rygning er procentandelen af nuværende rygere langt lavere i Nordeuropa, England og Irland, mens

den er betydelig højere blandt mænd i Central- og Østeuropa, hvor (også i Sydeuropa) der er en betydelig kønsforskel i rygeadfærd. Procentandelen af tidlige rygere er imidlertid betydeligt højere i Nordeuropa. Blandt nuværende rygere er procentandelen, der typisk ryger 20 eller flere cigaretter om dagen, særligt høj i Østrig, Polen og Israel. Der er stor variation på tværs af landene i procentandelen, der fortæller om jævnligt indtag af alkohol, med specielt lave procentandele i Israel og Central- og Østeuropa (især blandt kvinder). Ser vi på mængden af alkohol, der indtages i alle de lande, der deltog i 7. ESS, ser vi generelt, at mænd indtager næsten dobbelt så mange genstande i forhold til kvinder, og at indtaget i weekenden er næsten dobbelt så stort som på hverdage. Antallet af genstande er specielt højt i Irland. Jævnlig kraftigt drikkeri er specielt højt i England og Portugal. Jævnlig kraftigt drikkeri er sjældent i Nordeuropa og blandt kvinder i Central- og Østeuropa. Der er ingen klare regionale forskelle eller kønsforskelle i fysisk aktivitet. Den daglige indtagelse af frugt og grønsager er væsentligt højere blandt kvinder end blandt mænd, især i Nordeuropa.

Endelig viser tabel 6 estimater for andre sociale determinanter for sundhed, som var del af det roterende modul i ESS. Udsættelse for fysiske farer og farlige stoffer i forbindelse med jobbet var lavest i Tjekkiet og Israel, og i alle lande løb mænd en betydelig større risiko for at blive udsat for risici end kvinder. I forhold til børns opvækst kan vi se, at konflikter i hjemmet under opvæksten tilsyneladende er sjældnere i Spanien og Central- og Østeuropa, mens økonomisk vanskelige forhold under opvæksten er særligt udbredt i Syd-, Central- og Østeuropa. Vi ser ikke noget klart mønster for regional variation inden for boligproblemer, selv om det rammer en betydelig del af deltagerne i undersøgelsen. Endelig er procentandelen af deltagerne, der yder ulønnet pleje, generelt højere i Nordeuropa. Men andelen af personer, der yder mere end 10 timers hjælp om ugen, er især høj i Sydeuropa.

Tabel 4. Adgang til og brug af sundhedsydelse i 21 europæiske lande (særskilt for mænd og kvinder, procentandele)

		Udækket behov generelt	Udækket behov: Venteliste	Udækket behov: Ingen ledige tider	Besøgt prakt. læge	Besøgt speciallæge	Anvendt alternativ behandling
Nord							
Danmark	M	5.8	2	2.2	75.9	35.6	35.3
	K	8	2.9	1.8	83.2	41.4	44.8
Finland	M	16.9	6.5	5.9	68.1	35	39.3
	K	22	7.5	9.7	71.5	44.6	51.8
Norge	M	11.3	4.6	4.1	75	24.8	33.7
	K	16.1	5.9	4.8	85	30	42.9
Sverige	M	8.2	1.6	2	51.6	27.6	36.2
	K	12.9	2.8	3	63.1	37.4	45.9
Vest							
Østrig	M	4.1	1.8	2.3	72.4	41.5	35.4
	K	6	1.8	3.1	82	55.1	44.7
Belgien	M	9	2.3	2	77.4	38.3	30
	K	11.5	4	1.5	85.7	51	37.2
Frankrig	M	15	4.1	3.7	80.2	40.1	35.9
	K	21.7	5.2	5.8	85.9	51.1	46.9
Tyskland	M	13.4	4.3	4.6	80.1	55.3	38.9
	K	19	5.9	7.4	83.3	69.3	54.7
Irland	M	5.6	1.9	1.5	61.7	18.4	21.9
	K	7.8	3.4	2.2	74.2	20	29.7
Holland	M	3.8	1.1	0.5	65.2	39.3	34.1
	K	4	0.7	0.6	76.1	46.7	39
Schweiz.	M	4.8	0.4	0.9	66.4	36.2	39.7
	K	8.1	1.3	1.8	74.9	45.7	56.7
England	M	10.9	2.2	4.9	72.8	29.9	24.3
	K	14.9	3.2	10.3	78.9	33.9	32.1
Midt/øst							
Tjekkiet	M	6.2	1.3	1.5	70	31.8	24.9
	K	6.3	2.2	1.1	76.5	39	33.4
Estland	M	15.4	9.7	4.6	65.6	39.7	29.8
	K	19.9	10.7	8.3	77.6	57	46.3
Ungarn	M	4.6	1.6	1.6	59	26.7	10.3
	K	6.7	3.2	2.2	69.6	33.3	14.6
Litauen	M	11.3	5.2	5.1	52.4	21.1	29
	K	15.1	6	7.6	71.7	29.4	45
Polen	M	18.6	10.1	7.2	63.6	40.7	16.3
	K	25.8	10.3	12	77.2	48.4	19.7
Slovenien	M	7.9	4.5	0.2	75	37.3	27.9
	K	8.4	4	0.8	79.9	42	32.6
Syd							
Israel	M	15.9	10.8	7.5	76.3	55.1	22.3
	K	22.2	13.1	11.1	85.2	64.3	27.8
Portugal	M	18.7	6.9	4.7	77.9	35.1	22.9
	K	18.6	3.2	7.1	83.4	38.2	19.8
Spanien	M	11.7	4.1	3	74.5	42.2	22.3
	K	13.1	5.1	3.8	83.9	52.7	29.9

Kilde: European Social Survey 7. runde, 2014.

Tabel 5. Risikoadfærd i 21 europæiske lande (særskilt for mænd og kvinder, procentandele)

		Rygning (aktuel %)	Rygning (tidligere %)	20 eller flere cigaretter pr. dag	Alkohol > en gang om ugen (%)	Genstande på hverdage (gns.)	Genstande på dage i weekenden (gns.)	Kraftigt drikkeri mindst ugentligt (%)	Fysisk aktivitet 3-4 dage (%)	Frukt og grønsager mindst en gang om dagen (%)
Nord										
Danmark	M	27.1	61.4	37	38.6	4.5	9.3	3.3	20.9	53.5
	K	22.4	64.7	19.1	22.4	3.1	6.2	1.4	25.7	74.2
Finland	M	28.6	61.8	29.3	16.9	3.9	9.3	1.4	28.9	56.9
	K	22.9	62.3	20.4	6.1	2.4	5.8	0.4	25.9	72.5
Norge	M	22.1	66.4	20.6	20	4.7	9.7	1.1	25.8	58.9
	K	19	71.6	18.8	8.9	2.9	5.9	0.4	25.9	73.5
Sverige	M	15.1	77.8	18.5	22	4	8.4	2.2	24.4	49.8
	K	14.8	76.2	10.7	10.6	2.7	5.4	0.8	25.9	70.4
Vest										
Østrig	M	33.1	46	56.8	37.8	4.2	6.7	9.2	23.8	44.1
	K	28.3	44.7	41.7	13.4	2.6	4.3	2.4	24.6	56.9
Belgien	M	28.2	55.6	33.6	38.9	3.7	6.5	3.1	19.4	58.3
	K	23.9	52.1	33	23.6	2	3.8	2.1	18.2	68.9
Frankrig	M	31	54.6	32.8	41.7	2.6	5.1	2.9	18.7	59.2
	K	26.5	53.4	18.7	17.4	1.6	2.9	0.9	14.7	71.7
Tyskland	M	34.2	52.9	38.4	36.9	3.2	6.1	4.4	23.5	49.9
	K	29.2	52.5	19.4	15.1	1.9	3.6	1.7	23.1	65.9
Irland	M	24.6	51.5	40	22.8	6.3	12.5	5.1	25.9	67
	K	21.5	52.8	27.3	10.7	4	8	2.4	25.4	76.9
Holland	M	31.4	52.9	22.1	44.8	3.1	6.1	4.9	24	55.7
	K	22.3	61.5	23.7	29.2	1.8	3.4	5.1	24.4	68.6
Schweiz.	M	28.5	52.5	37.6	39.8	3.3	5.3	5.5	22.1	62.6
	K	24.9	53.8	16.7	20.8	1.9	3.2	1.8	23.3	81.2
England	M	22.9	60.4	24.7	38.3	5.7	9.5	11.2	18.9	65.3
	K	20.4	59.7	18.1	25.3	3.6	6.4	4	22.1	74.1
Midt/øst										
Tjekkiet	M	34.8	41	25.4	24.8	6.4	10	4.6	21.2	33.3
	K	20.2	47.5	13.8	6.7	4.3	6.3	0.6	21.8	50.8
Estland	M	37.4	50.2	38.3	17.4	3.9	8.7	3.4	21.2	52.1
	K	21	57.6	14	3.7	2.1	4.1	1.1	17.9	65.6
Ungarn	M	41.3	34.2	47.9	22.1	6	11.6	7.2	14.7	28.3
	K	26.2	41.7	20.7	2.4	3	6.9	1.6	10.5	31.6
Litauen	M	45.8	42.3	32.7	19.7	7	13.4	7.5	20.8	45.9
	K	16.7	57.9	11.2	3.3	3.5	5.9	1.1	20.5	58.7
Polen	M	34.2	52.9	48.5	17.4	4.9	8.5	3.1	15	55.8
	K	21.7	52.3	29.2	3.5	2	4.3	2.5	15.6	69.6
Slovenien	M	29.7	51.5	50.6	27.1	3.4	4.7	3	16.5	66
	K	26.8	46.1	20.9	9.5	2	2.5	1.6	19.9	78.2
Syd										
Israel	M	31.5	36	51.9	10.2	4.3	5.3	4.5	20.3	66.8
	K	17.7	38.2	32.1	3.1	3.2	3.8	1.3	17.8	72
Portugal	M	33	53.6	41.4	47.5	3.8	5	17.5	13.1	76.2
	K	14.7	51.1	14.5	15.3	1.9	2.9	5.2	11.5	82.7
Spanien	M	31.3	51.7	30	40.1	2.2	4.9	6.5	17.8	56.2
	K	26.3	48.6	22.5	16.7	1.2	2.9	3.2	14.7	69.1

Kilde: European Social Survey 7. runde, 2014.

Table 6. Sociale sundhedsdeterminanter i 21 europæiske lande: arbejdsforhold, opvækst, bolig, ydelse af ulønnet omsorg (særskilt for mænd og kvinder, procentandele)

		Ergonomiske farer	Farlige materialer	Ofte/altid konflikter under opvækst	Ofte/altid økonomiske problemer under opvækst	Problemer med bolig	Yder ulønnet omsorg	>10 timer ulønnet omsorg/uge
Nord								
Danmark	M	68.4	63.3	12.2	11.8	12.4	40	16.2
	K	60.6	48	19.1	13.7	19.5	46.1	16.6
Finland	M	80.8	77.3	7.3	14.5	10.4	39.7	10.5
	K	75	56.7	15.3	20	12.8	45.5	12.6
Norge	M	64.3	62.8	5.6	6.2	10.2	34.9	8.2
	K	54.4	40.9	11.2	10	11.6	45.1	11.8
Sverige	M	72.4	69.8	9.6	11.7	9.3	39.5	7.1
	K	66.6	48.9	16	14.7	10.1	39.4	16.5
Vest								
Østrig	M	62.9	55.2	7.1	13.6	8.9	18.1	22
	K	41.8	27.4	13.2	15.7	9.4	25.4	31
Belgien	M	65.1	63.6	11.6	13.7	17	36.3	15.7
	K	49.8	33.4	15.4	13.8	17.5	39.4	21.1
Frankrig	M	72.7	68.4	12.7	15.7	19	37.4	14.6
	K	58.6	40.4	19.4	23.4	24	39.8	20.4
Tyskland	M	70.5	66.6	12.3	12.8	13	32.1	15.2
	K	56.5	39.2	19	16.6	16.8	37.1	19.9
Irland	M	51	44.5	6.2	18.4	8.4	21.7	29
	K	28.2	25.6	7.6	15.8	9.4	30.1	41.3
Holland	M	58.4	55.6	10.3	14.4	13.3	31.9	20.8
	K	46.8	29.2	15.1	13.2	14.8	38.1	18.2
Schweiz.	M	54.7	51.8	10.2	11.9	8.3	32.8	13
	K	41.1	29.7	15.3	13.4	11.7	41.8	16.9
England	M	60.9	60.5	11.8	16.2	18.2	29.4	33
	K	38.9	29.6	14.5	20.7	18.3	31	30.1
Midtøst								
Tjekkiet	M	46.7	44.8	7	15.1	9	31.6	16.5
	K	33.1	25.3	6.5	17.8	9.7	37.1	37.7
Estland	M	71.7	64	8.7	25	16.2	26.5	25.1
	K	53.8	45.6	15	24.9	20.7	35.8	39.1
Ungarn	M	60.3	44.9	12.3	24.6	15.2	5.4	28.6
	K	40	30.7	11.9	24.4	15	9.9	38.4
Litauen	M	67	48.3	11.9	22.9	18	16.7	27.8
	K	45.9	36.9	9.7	26.4	19.9	25.1	46.5
Polen	M	69.7	72.3	6.3	17.2	12.1	32.8	18.2
	K	55.4	44.7	7	19.1	11.1	38.5	37.6
Slovenien	M	67.4	68.7	5.7	15.5	16	30	18
	K	56.2	46	12.9	25.6	19.3	34.6	18.7
Syd								
Israel	M	71.7	70.2	7.2	25.7	13.3	35	33.1
	K	66.1	45.2	11.9	24.2	16.2	33.1	43.3
Portugal	M	45.2	44.7	10.3	18.4	16.2	35.5	19.2
	K	31.3	23	11.1	24.6	17.6	38.7	31.4
Spanien	M	72	66.2	4.4	15.4	16.9	23.3	29.4
	K	58.6	43.1	6.1	14.7	21.5	32.5	42.2

Hvad er de vigtigste mekanismer til at forklare uddannelsesmæssige uligheder i sundhed på tværs af Europa?

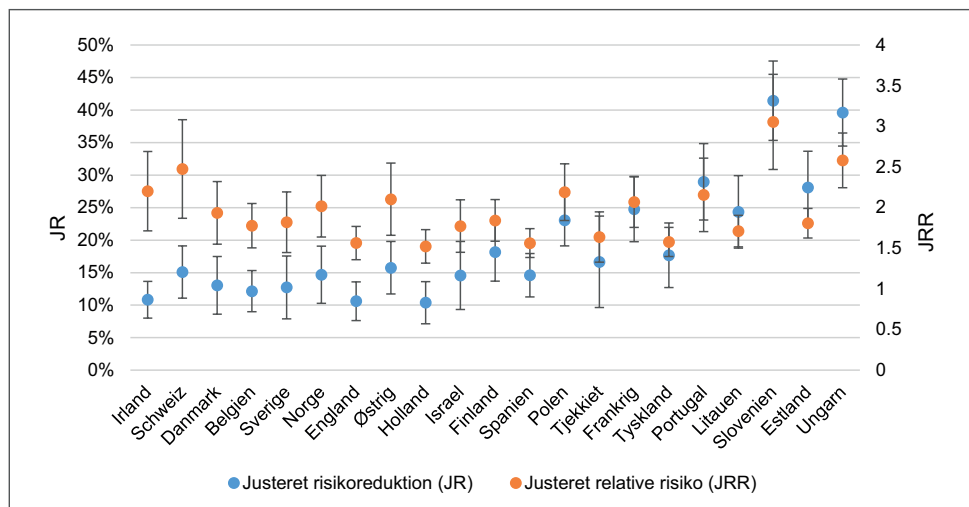
Modulet de »Sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager« i 7. ESS giver en sjælden mulighed for sammenlignende at undersøge flere forskellige faktors bidrag til at forklare socioøkonomiske uligheder i sundhed. Der er klare forskelle mellem socioøkonomiske gruppers sundhedstilstand, men hvordan kan forskellene mellem grupperne forklares? De fleste eksisterende undersøgelser peger på, at sociale uligheder inden for sundhed i europæiske lande primært drejer sig om adfærdsmæssige risikofaktorer, og de har konkluderet, at socioøkonomiske forskelle i forbindelse med rygning og fysisk inaktivitet er hovedårsagerne bag ulighederne og de geografiske forskelle. Der er gode grunde til denne teori udbredelse - disse nærliggende risikofaktorer er relativt nemme at måle, der er en rimelig veldokumenteret årsagssammenhæng, og man kan gøre

noget for at ændre dem. Men dette perspektiv forsømmer dels de underliggende individuelle, kollektive og strukturelle mekanismer, der fører til den dårlige risikoadfærd, dels de ikke-adfærdsmæssige risikofaktorer (såsom boligforhold, adgang til sundhedsydelse og arbejdsforhold), som har indflydelse på udbredelsen af sundhedsproblemer. Med den brede vifte af sociale og adfærdsmæssige determinanter for sundhed, der indgår i dette modul, kan vi sammenligne betydningen af adfærdsmæssig og ikke-adfærdsmæssige risikofaktorer til at forklare sociale uligheder i sundhed.

I sidste sektion vil vi fokusere på hovedgrupper af mekanismer, der forklarer uligheder i sundhed mellem uddannelsesgrupper på tværs af Europa som et eksempel på, hvad denne fremgangsmåde kan bringe frem i lyset.

Som første trin undersøgte vi de uddannelsesmæssige uligheder i selvvurderet dårligt helbred og vi fandt signifikante

Figur 2. Absolutte og relative uligheder efter uddannelse i 21 europæiske lande



Kilde: European Social Survey 7. runde, 2014. Bemærk: Anslået JR og JRR er baseret på en basismodel justeret for alder, køn og permanent sygdom/invaliditet. Alle værdier er statistisk signifikante ved $p < 0.01$.

forskelle mellem grupper med høj og lav uddannelse i alle lande i ESS. Disse forskelle er vist i figur 2, der viser såvel absolutte som relative uddannelsesmæssige uligheder målt som absolut risikoreduktion (på engelsk 'risk difference', RD) og relativ risiko ('relative risk', RR). Disse mål for ulighed blev beregnet ud fra en binær logistisk regressionsmodel ved brug af marginal standardisering til at forudsige sandsynligheder.^{ix} I overensstemmelse med tidligere forskning i ESS (f.eks. Eikemo et al., 2008a) fandt vi betydelig variation på tværs af lande i størrelsen af såvel absolut som relativ ulighed i sundhed mellem uddannelsesgrupper. Selv om de absolutte uligheder i selvvrurderet sundhed mellem uddannelsesgrupper var størst i Central- og Østeuropa (specielt i Ungarn og Slovakiet) fandt vi ikke noget klart regionalt mønster i de relative uligheder.

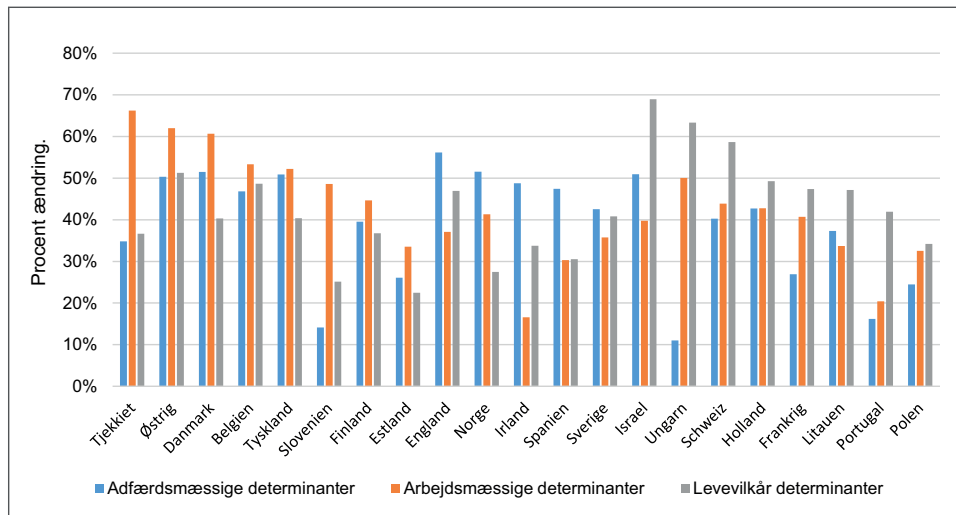
Vi undersøgte derefter bidraget fra forskellige sociale determinanter for sundhed for at forklare disse uligheder. For hvert land blev kun sociale determinanter, der svækkede den relative ulighed med mere end 5 %, medtaget i den endelige model. Vi organiserede derefter de sociale determinanter for sundhed i modulet i tre kategorier: Adfærdsmæssige, arbejdsmæssige og levevilkår (se kasse 1). Vi fandt, at ved at justere separat for disse tre sæt af determinanter, reducerede vi signifikant de observerede uligheder i selvvrurderet sundhed mellem uddannelsesgrupper (se figur 3). Det betyder, at disse typer af sundhedsdeterminanter fortsat er vigtige bidragsydere til de sundhedsmæssige uligheder mellem uddannelsesgrupperne.

Nærmere bestemt viste det sig, at de arbejds- og beskæftigelsesmæssige determinanter kunne forklare den største del af de uddannelsesmæssige uligheder i sundhed i 8 ud af de 21 lande. I Tjekkiet, Østrig, Danmark, Belgien og Tyskland var de arbejdsmæssige determinanter ikke alene den største bidragsyder, de forklarede også

over halvdelen af de uddannelsesmæssige uligheder i sundhed. De vigtigste af de arbejds- og beskæftigelsesmæssige determinanter var ergonomiske risikoforhold og jobkontrol, som hver bidrog til ca. 30 % af den uddannelsesmæssige ulighed i sundhed. Ligesom arbejdsforhold kom også levevilkår ud som den vigtigste bidragsyder til at mindske uddannelsesmæssig ulighed i sundhed i 8 ud af de 21 lande. På tværs af disse lande var økonomisk belastning den vigtigste enkeltårsag, der forklarer ca. 50 % af den uddannelsesmæssige ulighed i sundhed i Schweiz, Ungarn og Israel. Adfærdsfaktorerne viste sig derimod at være den vigtigste gruppe af determinanter i Irland, England, Norge, Sverige og Spanien, idet adfærdsdeterminanterne i disse lande forklarer mellem 43 % og 56 % af den uddannelsesmæssige ulighed i sundhed.

For de fleste lande konstaterede vi, at de relative uligheder enten blev betydeligt reduceret eller blev ubetydelige, når en kombination af to sæt af determinanter blev inddraget. Konstateringen af, at de adfærdsmæssige determinanter betød mindre for at forklare uligheder i sundhed i de fleste lande i sammenligning med arbejds- og beskæftigelsesdeterminanter og levevilkår-determinanterne understreger, at udbredelsen af risikabel sundhedsadfærd ikke er tilstrækkelig i sig selv til at forklare, hvorfor grupper med højere uddannelse rapporterer om bedre sundhed end grupper med lavere uddannelse. Samlet set antyder disse resultater, at det måske ikke er muligt helt at reducere udbredelsen af kroniske sygdomme - og deres sociale mønstre - alene ved at hæve tobakpriser eller at fremme fysisk aktivitet. Sundhed og ulighed i sundhed har dybe rødder i den sociale lagdeling i moderne samfund. Omfordeling af indkomster eller tiltag for at forbedre fysiske arbejdsforhold i manuelle erhverv kan være lige så effektive veje til at opnå sundere liv.

Figur 3. Procent ændring (dvs. forklaring) af uddannelsesmæssige uligheder i sundhed fra individuelt bidrag af adfærdsmæssige og arbejdsmæssige og livsvilkår determinanter



Kilde: European Social Survey 7. runde, 2014. Bemærk: Alle estimater, der er anvendt til at beregne den procentvise ændring, er statistisk signifikante ved $p < 0.1$.

Kasse 1. Adfærdsmæssige, arbejdsmæssige og levevilkårssæt af sociale determinanter

<u>Adfærd</u>	<u>Arbejde</u>	<u>Levevilkår</u>
<ul style="list-style-type: none"> • BMI • Fysisk aktivitet • Forbrug af frugt og grønsager • Rygning • Alkoholforbrug 	<ul style="list-style-type: none"> • Farlige materialer • Fysisk fare • Jobkontrol • Arbejdsmarkedsstatus 	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomiske problemer under opvækst Konflikter i hjemmet under opvækst Boligens kvalitet Økonomisk belastning Socialt netværk

Konklusioner

ESS-modulet om »Sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager« og den tværnationale datasammenligning, giver en værdifuld mulighed for at få en større forståelse af de sociale uligheder i sundhed. Denne rapport giver en prøve på nogle vigtige foreløbige resultater fra disse data, som kan udnyttes til en bred vifte af mere omfattende analyser.

Samlet set fremgår det klart, at en væsentlig andel af Europas indbyggere er belastet af fysiske og psykiske helbredsproblemer. Det fremgår også klart, at et betydeligt antal europæere er udsat for sociale og adfærdsmæssige risikofaktorer, der er forbundet med disse problemer. Men i hvilket omfang personer rapporterer om sundhedsproblemer og sundhedsrisikofaktorer, afhænger meget af, hvilket land de bor i. Fremtidig forskning bør kaste yderligere lys over sammenhænge mellem sundhedsforhold og sociale sundhedsrisikofaktorer samt videreudvikle og afprøve forklaringer på de tværnationale

forskelle, der er omtalt her. Det kunne bidrage til yderligere udvikling af politiske tiltag i de europæiske lande for at reducere omfanget af ikke-smitsomme sygdomme og de sociale uligheder i sundhed.

Endelig peger vores foreløbige analyser på, at mekanismerne, der fører til sammenhæng mellem socioøkonomisk position og selvrapporteret sundhed varierer på tværs af lande, og at ulighed i sundhed er resultatet af et komplekst samspil af nationale, adfærdsmæssige, arbejds- og beskæftigelsesmæssige og levevilkårsmæssige forhold. F.eks. synes en forbedring af sund livsstil ikke alene at være tilstrækkelig til at mindske ulighed i sundhed, så længe der fortsat er store uligheder i levevilkår. ESS -modulet om »Sociale uligheder inden for sundhed og deres årsager« giver os spændende muligheder for at udfolde denne kompleksitet på en måde, som ikke har været mulig med tidligere undersøgelser.

Henvisninger

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts, T. & Fitzgerald, R. (2016). The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *European Sociological Review*, Advance Access online: doi: 10.1093/esr/jcw019.
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008a). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565-582.
- Eikemo, T. A., Kunst, A. E., Judge, K., & Mackenbach, J. P. (2008b). Class-related health inequalities are not larger in the East: a comparison of four European regions using the new European socioeconomic classification. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1072-1078.
- Huijts, T. (2011). Social ties and health in Europe. Individual associations, cross-national variations, and contextual explanations. Radboud University Nijmegen / ICS, Nijmegen.
- Marmot, M. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organisations Commission on Social Determinants of Health.
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71, 35-313.

Endnotes

ⁱ ESS7-2014 Edition 2.0, udgivet 26. maj 2016, se www.europeansocialsurvey.org.

ⁱⁱ Belgien, Danmark, England, Estland, Finland, Frankrig, Holland, Irland, Israel, Litauen, Norge, Polen, Portugal, Schweiz, Slovenien, Spanien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ungarn, Østrig. Der blev også udført feltarbejde i forbindelse med den 7. ESS i Letland, men på grund af forsinkelser i forbindelse med indsamling og aflevering blev de endelige data ikke klar til denne rapport.

ⁱⁱⁱ Yderligere oplysninger om metode i forbindelse med den europæiske sociale undersøgelse findes på:
www.europeansocialsurvey.org.

^{iv} Opnået ved brug af standardiserede procedurer specificeret ESS Core Scientific Team.

^v Hvis ikke andet er angivet, er analyserne baseret på alle de indsamlede 40.200 besvarelser. Der er anvendt ESS post-stratifikationsvægte til analyser på landeniveau. Både post-stratifikationsvægte og populationsvægte er anvendt i analyser, hvor data fra alle lande indgår, eller hvor lande er regionalt grupperet, for at give alle lande en vægt, der er proportional til befolkningsstørrelsen. Resultaterne omfatter ikke "Ved ikke" svar og ubesvarede.

^{vi} For at gøre resultaterne sammenlignelige, måtte vi vide, hvordan resultaterne ville se ud, hvis vi antog, at aldersfordelingen var den samme i alle lande. Det har vi gjort ved at anvende en epidemiologisk standardteknik til direkte aldersstandardisering, der involverer op- og nedvægtning af de rå prævalensrater femårsaldersgrupper i hvert land i forhold til en fælles standard. Vi har vægtet aldersgrupperne i overensstemmelse med den europæiske standard befolkning (ESP) i 2013 (Eurostat 2013).

^{vii} Nordeuropa omfatter Danmark, Finland, Norge og Sverige. Vesteuropa omfatter Belgien, England, Frankrig, Holland, Irland, Schweiz og Tyskland. Central- og Østeuropa omfatter Estland, Litauen, Polen, Slovenien, Tjekkiet og Ungarn. Sydeuropa omfatter Israel, Portugal og Spanien.

^{viii} Deltagerne blev vurderet til at have alvorlige depressive symptomer, hvis de scorede 10 eller mere ud af et maksimum på 24 point på depressionsskalaen, der er baseret på 8 spørgsmål, der måler den psykiske tilstand, og er vist i tabel 1 (på hvert af disse 8 spørgsmål kan der scores fra 0 til 3).

^{ix} Denne statistiske metode har flere fordele: Den afspejler på korrekt vis fordelingen i den undersøgte population med inferens til den totale population. Sammen med poststratifikations vægtning giver det mulighed for pålidelig sammenligninger på tværs af modeller, stikprøver og grupper og er i sammenligning med odds ratio estimater mere pålidelige især for ikke-sjældne resultater. Der blev konstrueret en basismodel for hvert land for at analysere sammenhængen mellem SES og SRH med justering for køn, alder og permanent sygdom/invaliditet.

Om ESS

European Social Survey er et European Research Infrastructure Consortium (ESS ERIC), der stiller tværnationale data om befolkningens holdninger og adfærd over tid til rådighed for alle.

ESS er en videnskabeligt drevet undersøgelse, der er udført på tværs af Europa siden 2001. Den ligger inde med data fra næsten 350.000 gennemførte interviews, der udføres hvert andet år på grundlag af nye, repræsentative stikprøver. Undersøgelsen måler holdninger, overbevisninger og adfærd i forskellige befolkningsgrupper i over 30 lande.

ESS emner:

- Tillid til institutioner
- Politisk engagement
- Socio-politiske værdier
- Moralske og sociale værdier
- Social kapital
- Social eksklusion
- National, etnisk og religiøs identitet
- Velbefindende, sundhed og sikkerhed
- Demografisk sammensætning
- Uddannelse og beskæftigelse
- Økonomiske forhold
- Forhold omkring husstanden
- Holdning til velfærd
- Tillid til strafferetsplejen
- Udtryk for og oplevelser med aldersdiskrimination
- Medborgerskab, deltagelse og demokrati
- Immigration
- Familie, arbejde og velbefindende
- Økonomisk moral
- Organiseringen af livsfasen

Se mere om ESS ERIC og adgang til data på:
www.europeansocialsurvey.org

Se mere om de europæiske niveauer for velbefindende på det specielt oprettede ESS websted: www.esswellbeingmatters.org

Følg ESS på Twitter @ESS_Survey

Synes om ESS på Facebook @EuropeanSocialSurvey



Denne publikation har fået støtte fra EU Horizon 2020 forsknings- og innovationsprogram med tilskud nr. 676166.

Udgivet af European Social Survey ERIC
City, University of London
Northampton Square, London
EC1V 0HB, England

Dansk oversættelse leveret af Intertranlations
Juli 2017
Design og tryk leveret af Rapidity

ESS fik i 2013 European Social Survey Research Infrastructure Consortium (ERIC) status. Under den 7. runde havde ESS ERIC 14 medlemslande og 2 observatørlande.

Medlemmer:

Belgien, England, Estland, Frankrig, Holland, Irland, Litauen, Polen, Portugal, , Slovenien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Østrig.

Observatører:

Norge, Schweiz.

Andre deltagere:

Danmark, Finland, Israel, Letland, Slovakiet, Spanien, Ungarn.

Multinationale rådgivende grupper til ESS ERIC's generalforsamling er Methods Advisory Board (MAB), Scientific Advisory Board (SAB) og Finance Committee (FINCOM).

ESS ERIC hovedkvarter, hvor direktør Rory Fitzgerald er baseret, ligger i City, University of London, England.

ESS ERIC Core Scientific Team omfatter GESIS - Leibniz Institute for the Social Sciences (Germany); Katholieke Universiteit Leuven (Belgium); NSD - Norwegian Centre for Research Data (Norway); SCP - The Netherlands Institute for Social Research (Netherlands); Universitat Pompeu Fabra (Spain); University of Ljubljana (Slovenia).

National Coordinators' (NC) Forum omfatter ESS koordinatører fra alle deltagende lande.

