

Social ulighed i sundhed blandt børn: Hvor står vi i dag?

Sunde Børn konferencen 2025

Katrine Rich Madsen

Seniorforsker og forskningsleder for børn og unges sundhed
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

krma@sdu.dk

Social ulighed – hvad er det?

Børn kan tilhøre mange forskellige **socialle grupper** - fx ift. køn, alder, seksualitet, etnicitet, religion og økonomi

- Kønsulighed: store variationer mellem køn
- Ulighed efter familieform: børn i eneforsørger-familier er mest udsat
- Ulighed efter herkomst: indvandrere og efterkommere er typisk mest udsatte
- Socialgruppe: jo lavere socialgruppe, desto mere udsat
- Store variationer mellem skoler
- Ulighed mellem land og by

Valget af social kategori har betydning for, hvilken ulighed man ser, hvordan man forklarer den og hvordan man handler på den

Børns socioøkonomiske vilkår

Børn og unges socioøkonomiske vilkår kan være bestemt af:

- Forældrenes vilkår (fx indkomst, uddannelse, stilling, arbejdsmarkedstilknøytning)
- Familiens vilkår (fx samlet husstandsindkomst, type af bolig)
- Lokalområdets vilkår (fx sociale belastninger i lokalområdet, kriminalitet, lokalområdets socioøkonomiske sammensætning)
- Regionale/nationale vilkår (fx gennemsnitsindkomst i landet, indkomstulighed målt ved forskellen mellem rige og fattige familier)



Hvordan forstår vi uligheden?

Dikotomi

Sundhedsproblemer

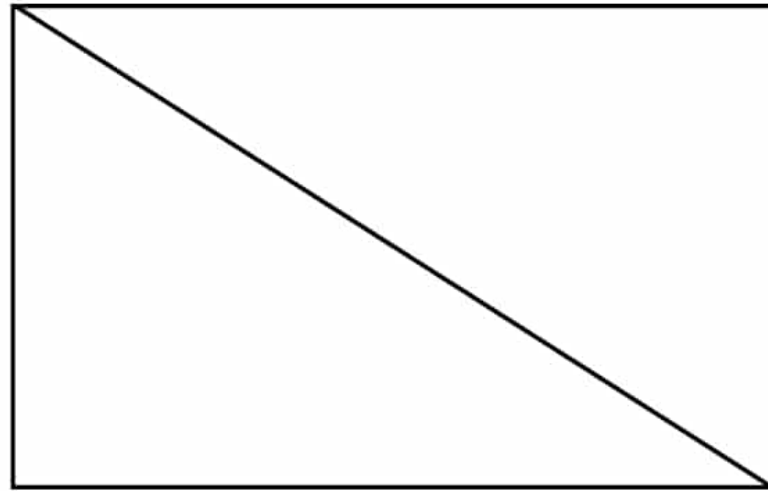


De udsatte

Resten

Gradient

Sundhedsproblemer



Socialgruppe V

IV

III

II

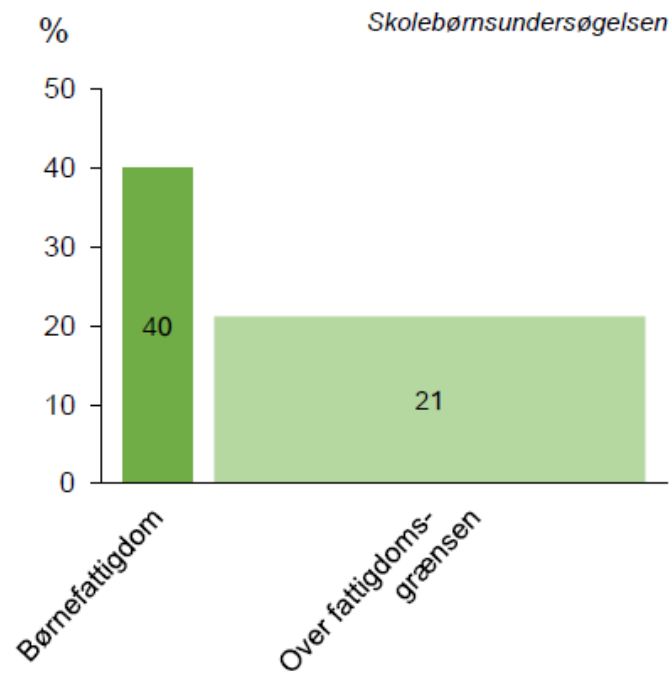
I

Hvordan ser den sociale
ulighed i børns sundhed ud
i Danmark i dag?

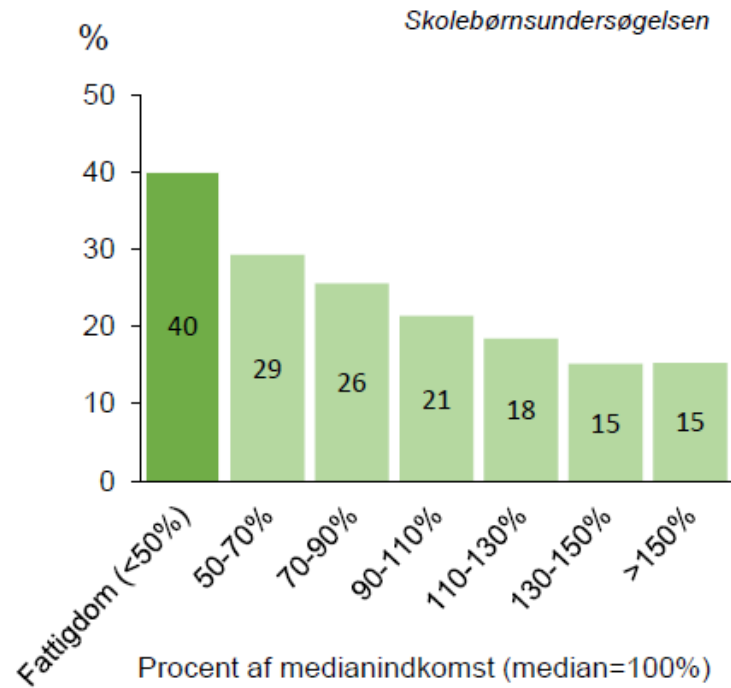


Familiens indkomst og morgenmad

Figur 4.6.1 Andel, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.6.2 Andel, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)

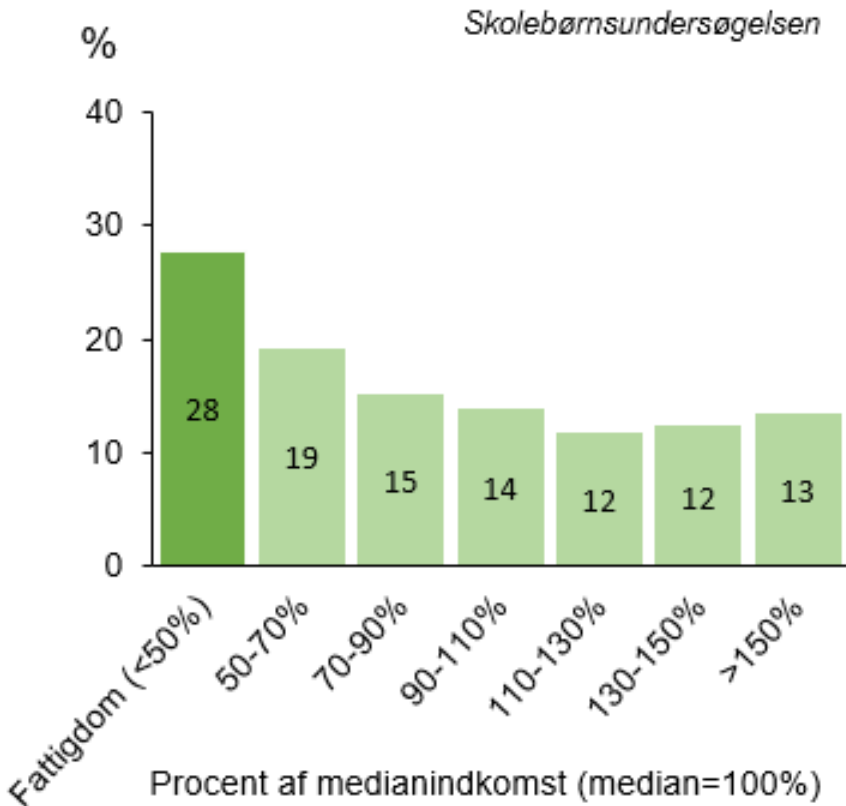




Børn, som lever i fattigdom, har på **27 ud af 53 indikatorer** om deres sundhed, relationer og skoleliv, det dårligere end deres jævnaldrende.

Familiens indkomst og fastfood mindst to gange ugentligt

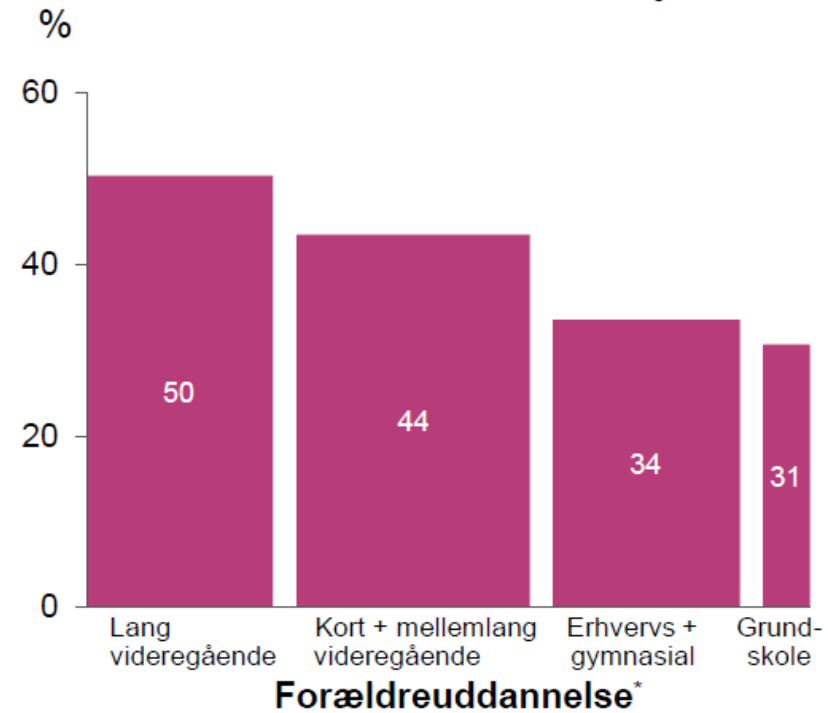
Figur 5.5.11 Andel, som spiser fastfood mindst to gange ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Forældres uddannelse og dagligt indtag af grøntsager

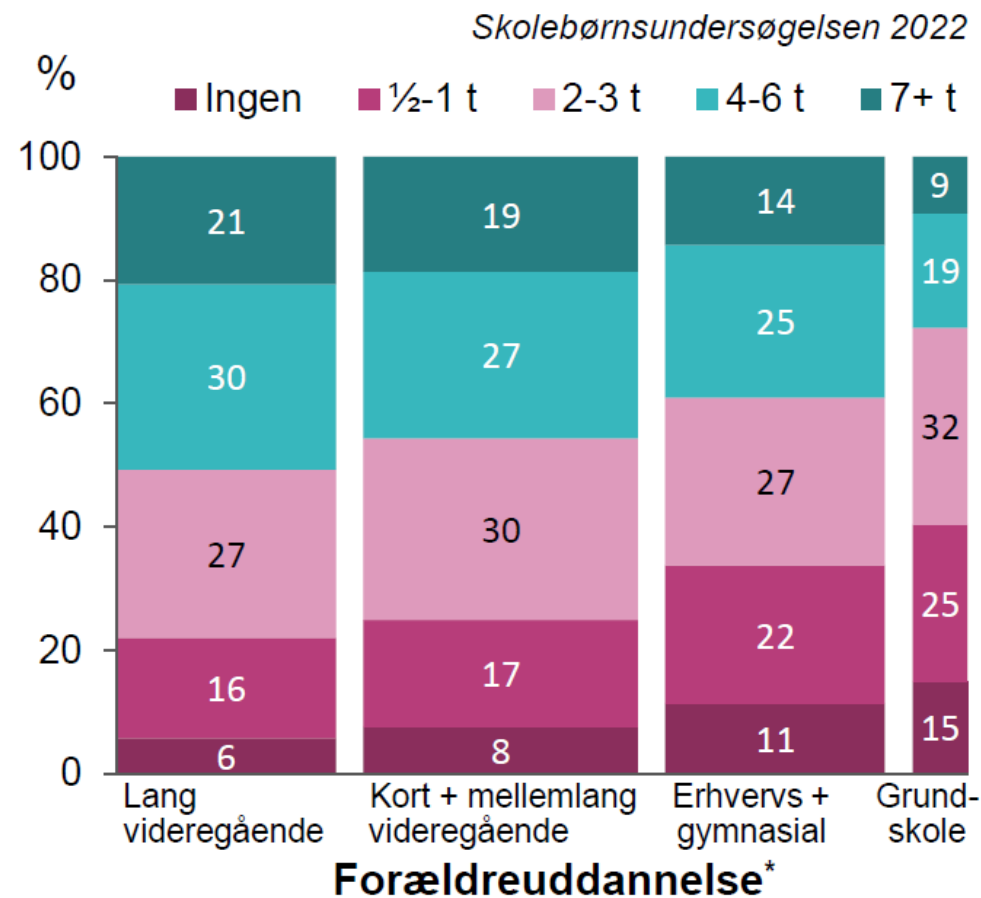
Figur 6.9.7 Andel, som spiser grøntsager dagligt,
efter forældres uddannelse (%)

Skolebørnsundersøgelsen 2022



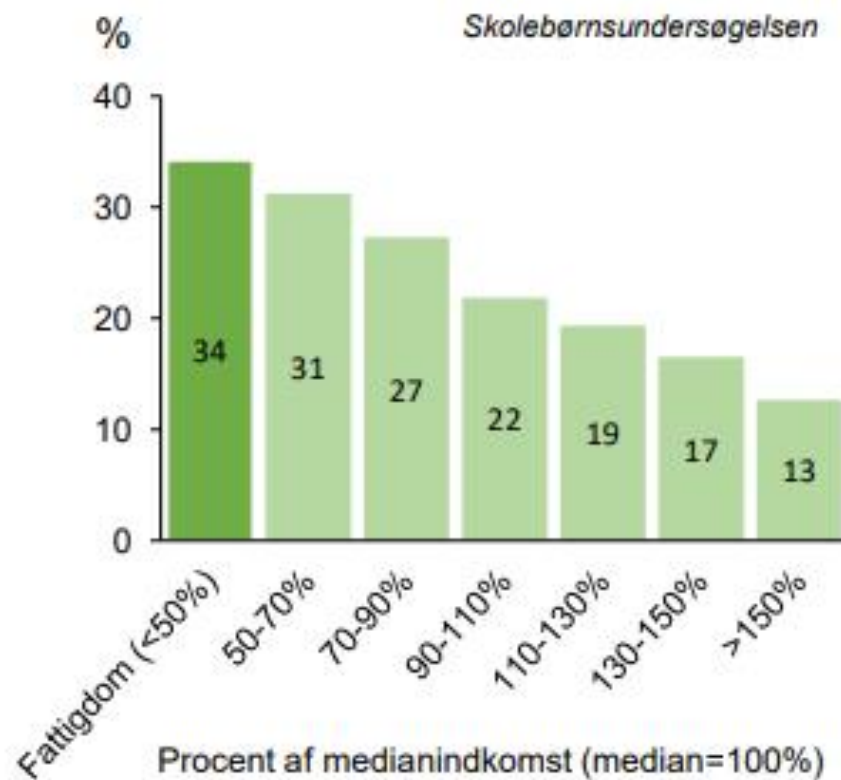
Forældres uddannelse og ugentlig hård fysisk aktivitet

Figur 6.8.2 Procentvis fordeling af antal timer med hård fysisk aktivitet om ugen efter forældres uddannelse



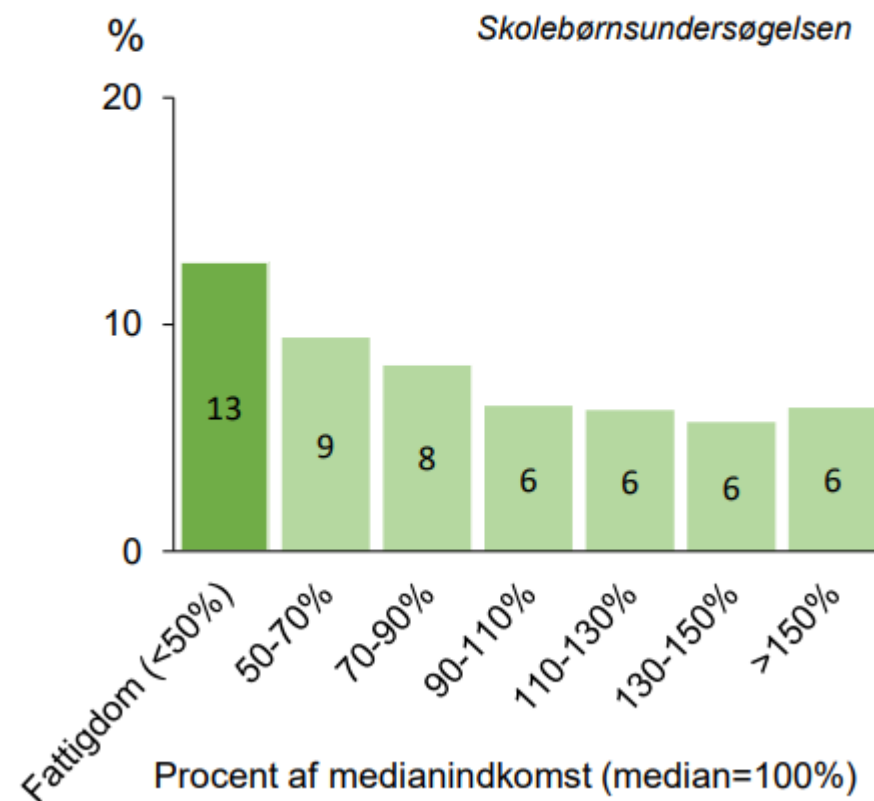
Familiens indkomst og deltagelse i organiseret idræt

Figur 4.4.8 Andel, som ikke går til organiseret idræt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Familiens indkomst og ensomhed

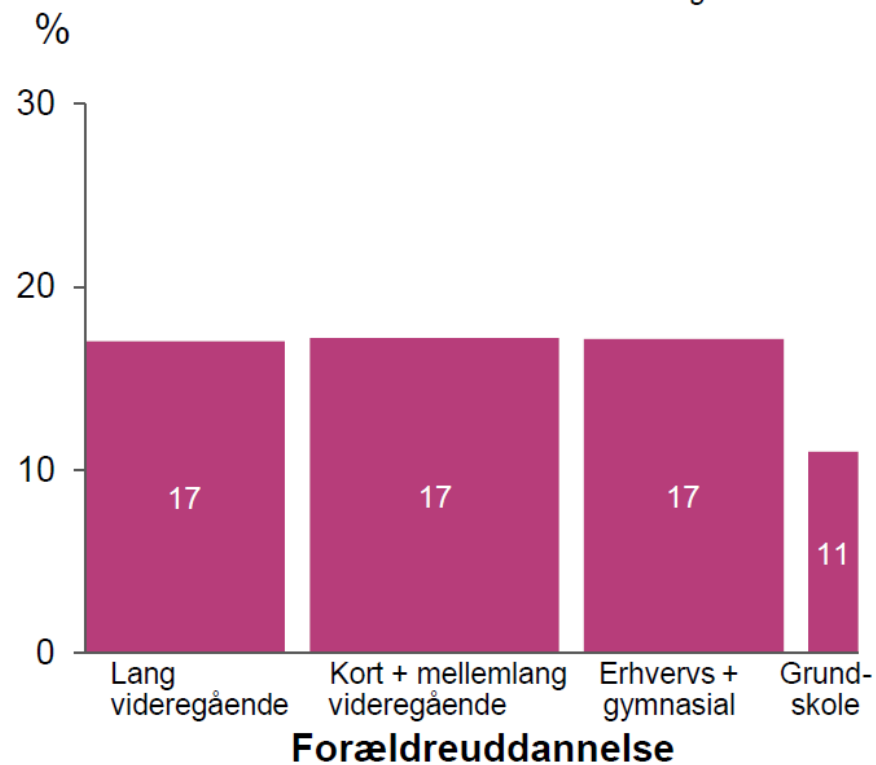
Figur 3.6.2 Andel, som ofte eller meget ofte føler sig ensom, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Forældres uddannelse og fuldskab

Figur 6.4.8 Andel, som har været fuld mindst to gange, efter forældres uddannelse (%)

Skolebørnsundersøgelsen 2022

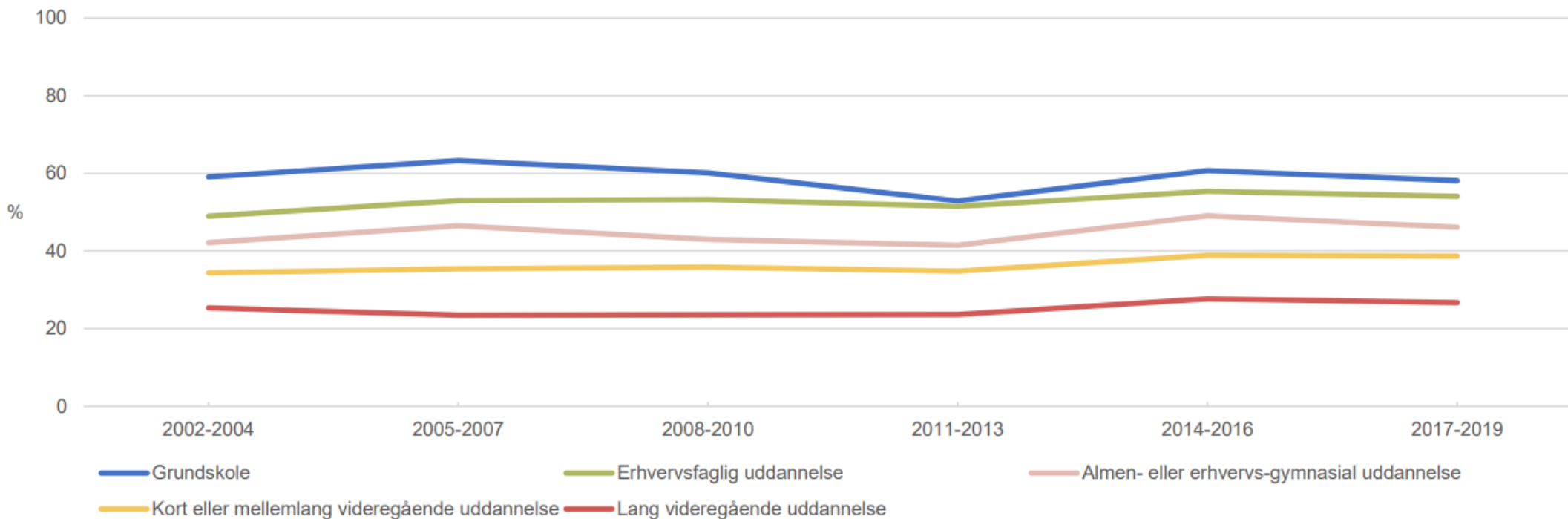


Har uligheden i børns sundhed ændret sig over tid?



Det første leveår: Amning

Figur 6. Andel af børn, der ikke fuldammes i mindst fire måneder, fordelt på forældrenes uddannelsesniveau i 2002-2019

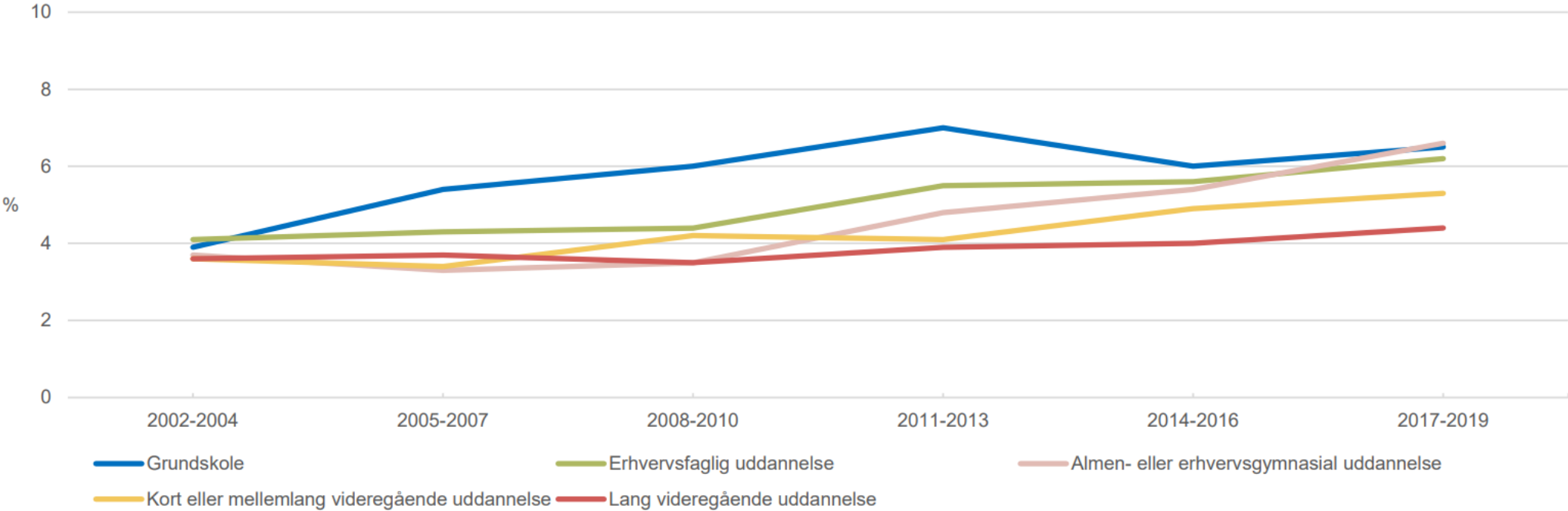


Overvægt fra første leveår til udskolingsalderen



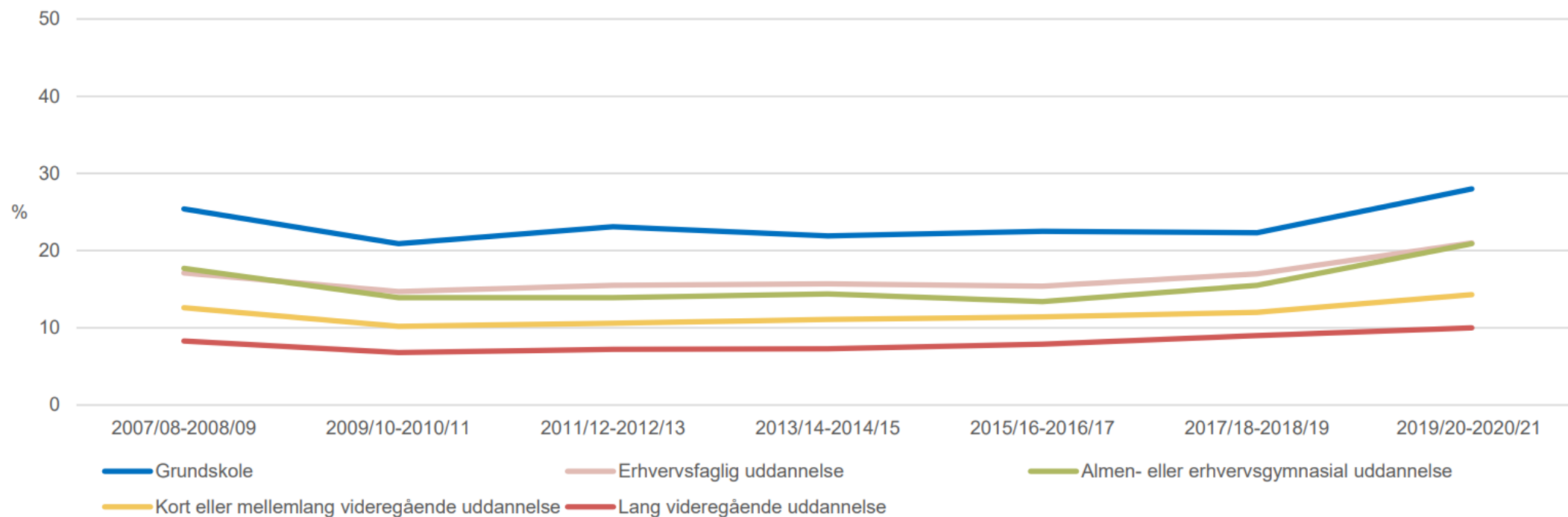
Første leveår: Overvægt

Figur 11. Andel af børn med overvægt i seks- til timånedersalderen fordelt på forældrenes uddannelsesniveau i 2002-2019



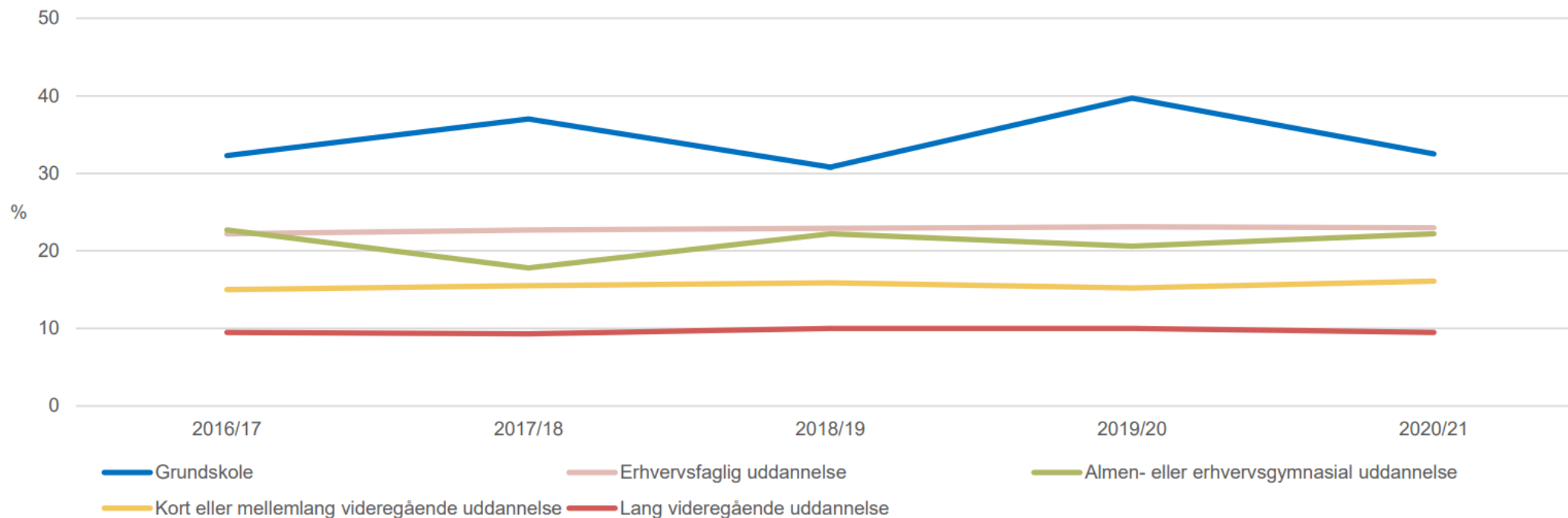
Indskoling: Overvægt/svær overvægt

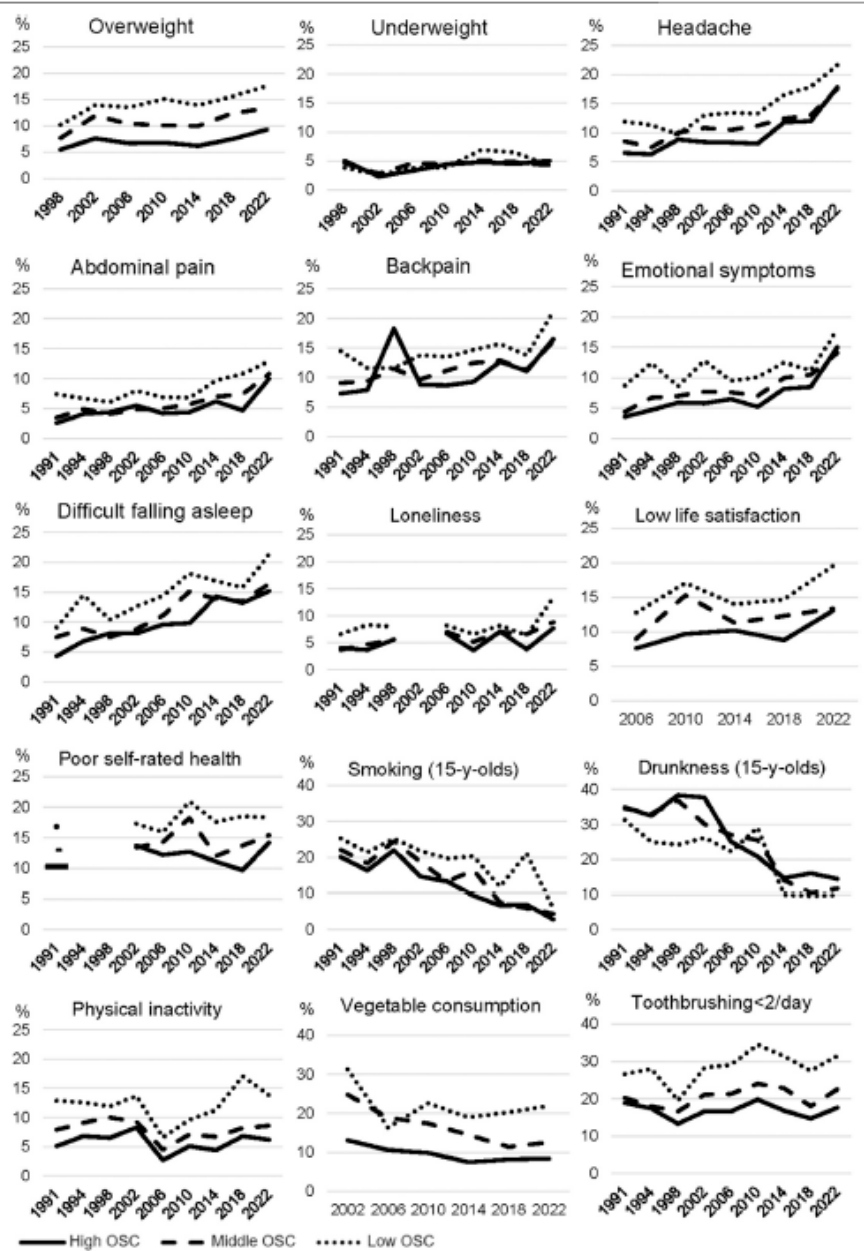
Figur 18. Andel af børn med overvægt (inklusive svær overvægt) ved indskolingsundersøgelsen fordelt på forældrenes uddannelsesniveau i skoleåret 2007/08-2020/21



Udskoling: Overvægt/svær overvægt

Figur 22. Andel af unge med overvægt (inklusive svær overvægt) ved udskolingsundersøgelsen fordelt på forældrenes uddannelsesniveau i skoleåret 2016/17-2020/21





----- Høj socialgruppe
- - - - Middel socialgruppe
..... Lav socialgruppe

Så vi ved altså...

- Der er social ulighed i langt de fleste mål for børn og unges sundhed (der findes dog undtagelser)
- Den sociale ulighed i sundhed blandt børn har været nærmest konstant de sidste 20-40 år
- Den sociale ulighed starter tidligt i livet og øges på flere parametre gennem barndommen
- Uligheden er oftest graderet, det er ikke kun en 90-10-problematik
- En sådan ulighed er meget svær at ændre



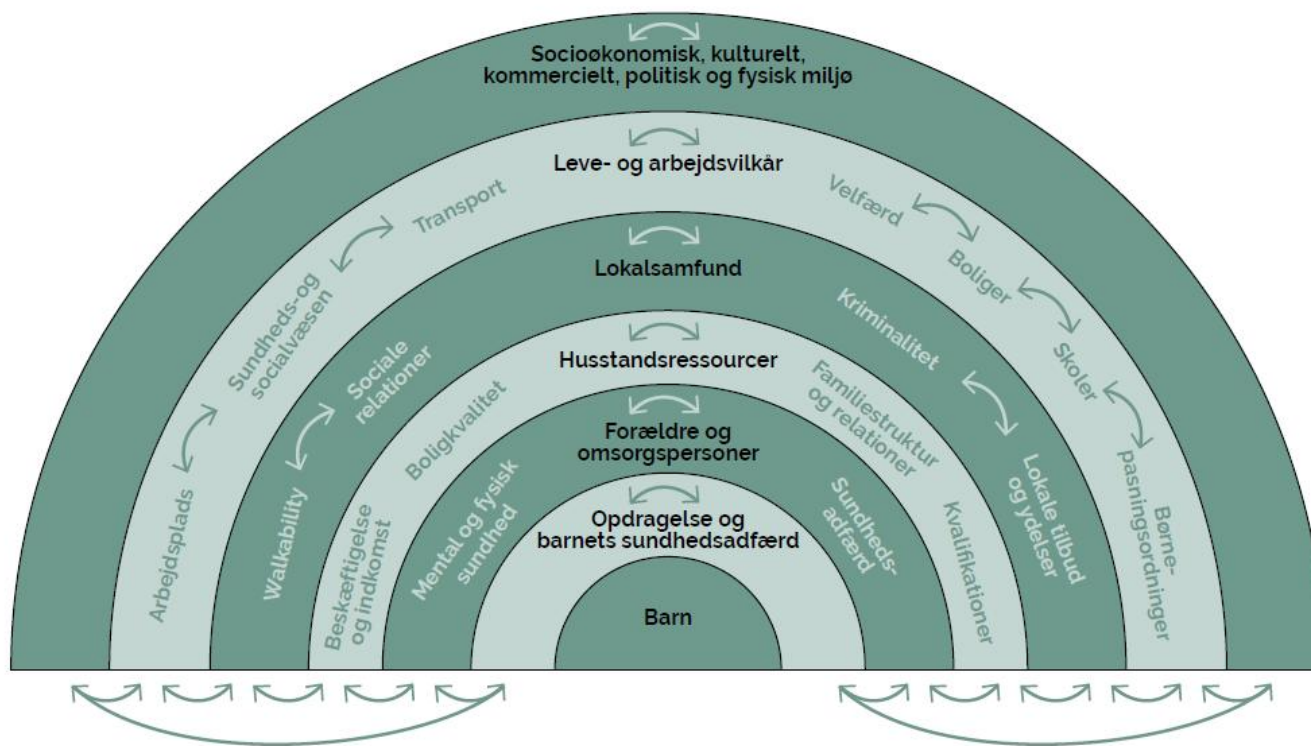
Veje til social ulighed i børn og unges sundhed

Hvordan forklares uligheden?

Sundhed for alle ♥ + ●

Mønstrene er tydelige
og veldokumenterede,
men årsagerne
komplekse

De sociale og modificerbare determinanter for børns sundhed



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

Veje til social ulighed i børns sundhed

Materielle veje til social ulighed i sundhed

Handler grundlæggende om **materielle ressourcer**, som er nødvendige for, at børn kan leve og udvikle sig sundt. F.eks. 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 ressourcervage og ressourcestærke børn og familier i boligområder**, pasningsordninger og skoler.

Psykosociale veje til social ulighed i sundhed

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 forældre og børns helbred – 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 til social ulighed i sundhed

Går i første omgang gennem **forældres sundhedsadfærd** og **senere gennem barnets egen sundhedsadfærd**, som også vil være påvirket af søskende og venner.

Uhensigtsmæssig 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.

Vejene påvirker hinanden i et komplekst samspil og er forskellige afhængigt af hvilket aspekt af børns sundhed, man undersøger.

Om at reducere den sociale ulighed i børns sundhed

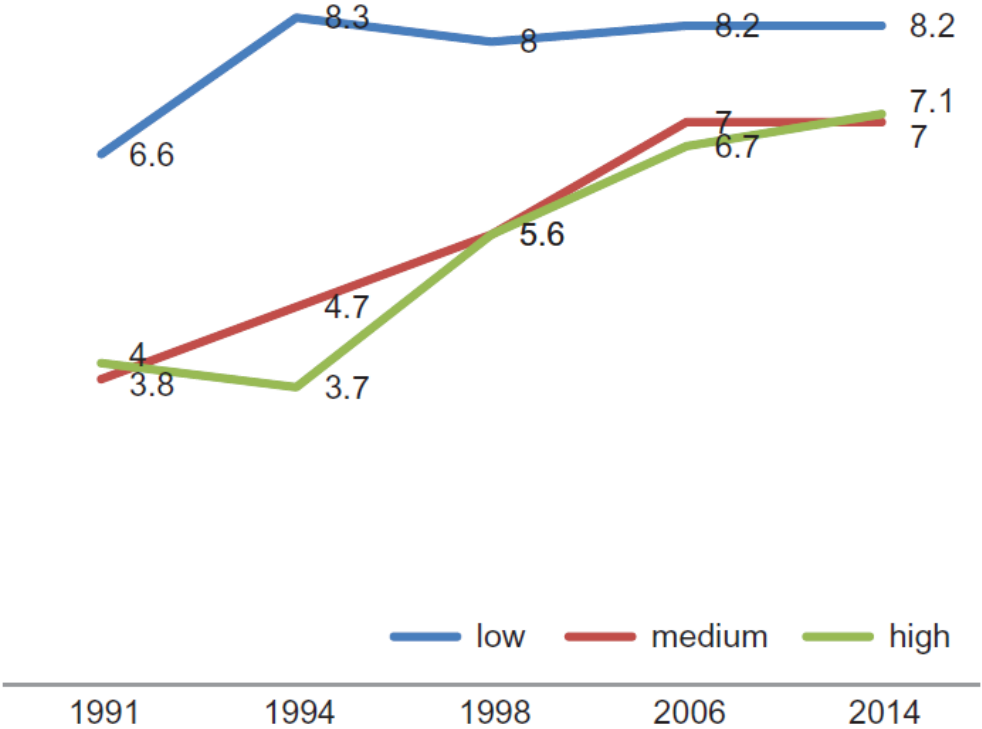


Fig. 1 Prevalence of loneliness by occupational social class and survey year



SUNDHEDSSTYRELSEN

Indsatser mod ulighed i sundhed

Statens Institut for Folkesundhed

Tre grundstrategier til at mindske den sociale ulighed i sundhed

Universelle indsatser: Styrket indsats for alle børn og unge (fx tandplejen, sundhedsplejen, skolebaserede indsatser)

Selektive indsatser: Styrket indsats for særlige grupper af børn og unge i øget risiko (fx børn der lever i fattigdom, har kronisk syge forældre eller lever i familier i sårbare eller udsatte positioner)

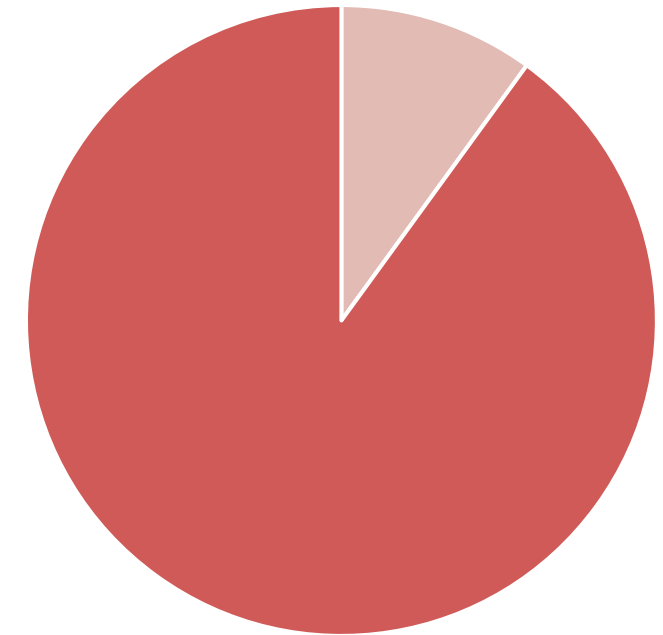
Indikerede indsatser: Individrettede indsatser (fx børn med angst, diabetes mv.)

Selektive indsatser: Styrke indsatsen blandt de særligt udsatte

Vi antager, at en lille del af alle børn (fx 10 %) er særligt udsatte

De har fx 50 % risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer

Blandt alle andre (90%) er risikoen 10 %



■ Særligt udsatte
■ Alle de andre

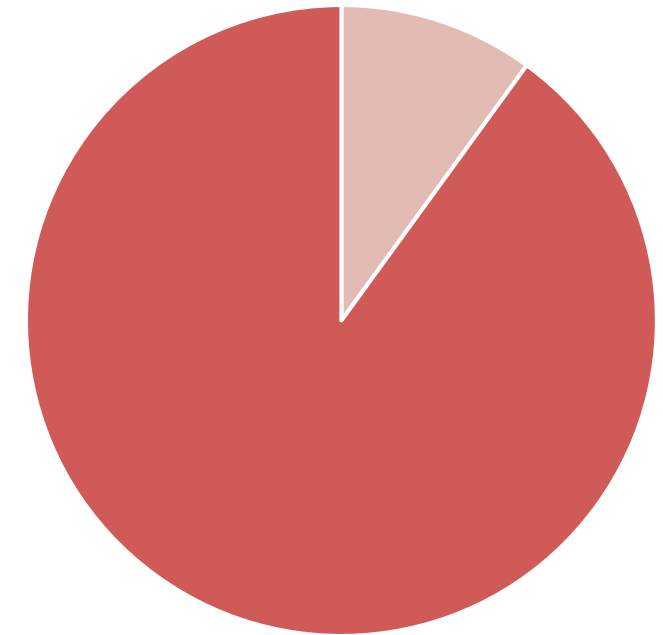
Selektive indsatser: Styrke indsatsen blandt de særligt udsatte

Tænk på 1000 skolebørn. Hver tiende (100 børn) er særligt udsat

50 % af de særligt udsatte udvikler mentale helbredsproblemer = **50**

10 % af de andre udvikler mentale helbredsproblemer = **90**

De fleste cases kommer fra dem, som **ikke** er særligt udsatte



■ Særligt udsatte
■ Alle de andre

Et andet regnestykke...

5.700 11-15-årige børn har deltaget
Skolebørnsundersøgelsen 2022

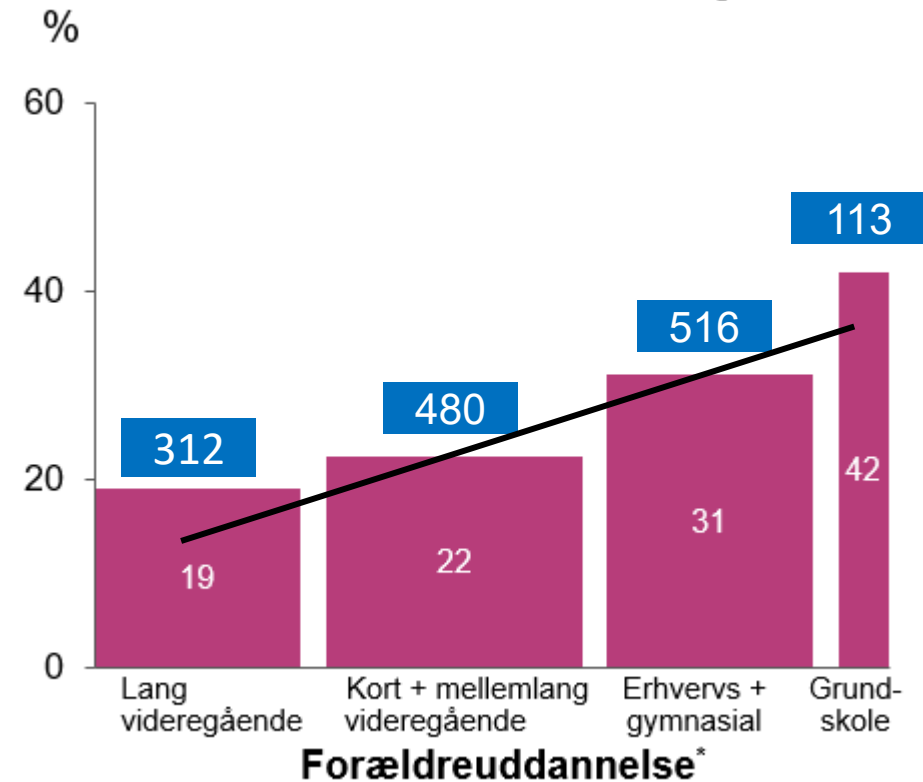
24 % af børnene angiver at de springer
morgenmaden over mindst tre hverdage

Social ulighed i indtag af morgenmad

Blå bokse viser antal børn der
springer morgenmaden over

Pct. **og** antal børn, som springer morgenmaden
over mindst tre hverdage om ugen, efter
forældres uddannelse

Skolebørnsundersøgelsen 2022



Hvordan reducerer vi uligheden i børns sundhed?

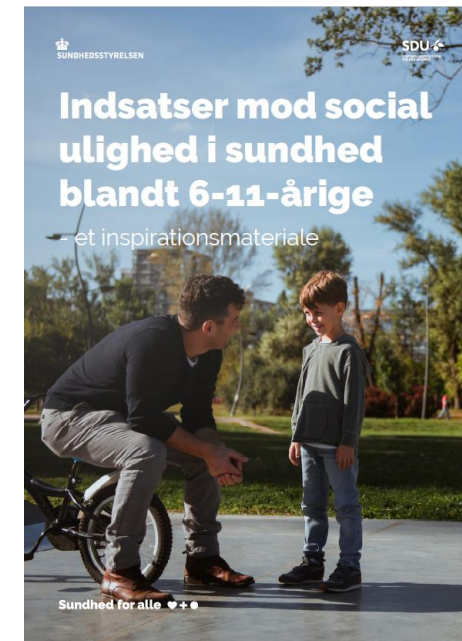
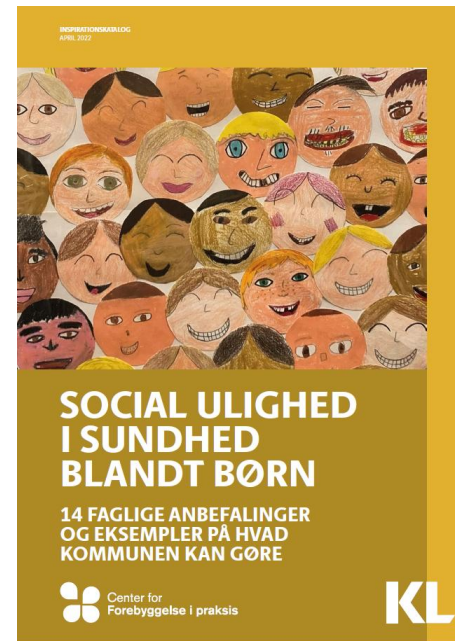
→ Forebyggelse og sundhedsfremme skal gå på to ben, hvis vi skal mindske uligheden:

1. Universelle, strukturelle indsatser

2. Selektive og indikerede indsatser til børn i særligt sårbare positioner

- Fordi sundheden ofte er gradueret og det store flertal af ikke-udsatte børn også har en vis risiko for sundhedsproblemer
- Fordi hvis vi glemmer den brede indsats, vil der være en stadig tilstrømning af nye børn med ekstra behov
- Fordi en bred tidlig forebyggende indsats er mindre indgribende end sen behandling
- Fordi universelle indsatser ikke opleves som stigmatiserende, da de involverer alle uanset udgangspunkt

Inspiration til indsatser mod ulighed i sundhed blandt småbørn og skolebørn





novo nordisk
fonden

CENTER FOR
**SUNDT
LIV &
TRIVSEL**

sdu.dk

#sdu.dk

VÆKST

En tryk og sund start på livet



Camilla
T. Bonnesen Rasmussen



Lene
Kierkegaard



Marie
P. Jensen



Rikke
R. Carlsson



Thilde
R. Ubbesen

TAK

