

Statusartikel

Ulighedens grammatik

Finn Diderichsen

Afdeling for Social Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V08250647. doi: 10.61409/V08250647

HOVEDBUDSKABER

- Der kan udarbejdes en forståelsesmodel for social ulighed i sundhed med tilhørende mekanismer og begreber.
- Modellen synliggør fem mekanismer og fire indgange for indsatser mod uligheden: med socialpolitik, strukturel forebyggelse, individuel forebyggelse og strukturelle ændringer i sundhedsvæsenet.
- Der er behov for at synliggøre de målkonflikter, som opstår ved implementering af indsatser mod ulighed i sundhed.

At forstå og påvirke ulighed i sundhed er blevet en videnskabelig og sundhedspolitisk udfordring. Det har ledt til et stort antal publikationer både fra myndigheder og forskergrupper landet over og internationalt, og nu senest en ny stor redegørelse fra Sundhedsstyrelsen [1]. Der aftegner sig en fælles forståelsesramme og sprogbrug i disse analyser. Den offentlige samtale om årsager til og indsatser mod uligheden indeholder dog stadig mange uklarheder. Der kan derfor være behov for at præsentere en fælles forståelsesramme og et fælles sprog på tværs af sektorer for at undgå misforståelser og for at udvikle mere entydige retningslinjer for, hvad der kan være effektive indsatser – kliniske og politiske.

Ulighed i hvad og mellem hvem?

Der findes store, mest biologisk betingede, individuelle forskelle i helbred, men det er de systematiske forskelle mellem befolkningsgrupper, som i dag betegnes som »ulighed i sundhed« [1]. Det handler imidlertid i praksis oftest om ulighed i sygdom og mere specifikt om to forhold: 1) ulighed i risiko for at rammes af sygdom eller skade og 2) ulighed i forløb og konsekvenser af at være syg eller skadet. Der er også en voksende interesse for ulighed i andre dimensioner af sundhed end fravær af sygdom som f.eks. trivsel [2].

Historisk er det ulighed mellem socioøkonomiske grupper, som har været af størst interesse [3, 4]. Den ulighed har været tolket som et resultat af en samfundsudvikling, som skaber velstand og sundhed for mange, men samtidig sårbarhed og sygdom for nogle. Når det opfattes som to sider af samme proces, kan det ses som et fælles ansvar at mindske de negative effekter af udviklingen inkl. uligheden i sundhed [5]. Dermed opfattes megen, men ikke al, ulighed i sundhed som både uretfærdig og påvirkelig. Den geografiske ulighed har også relevans, ikke mindst fordi det sundhedspolitiske befolkningsansvar er decentraliseret til kommuner og regioner med ansvar for befolkningen i definerede geografiske områder.

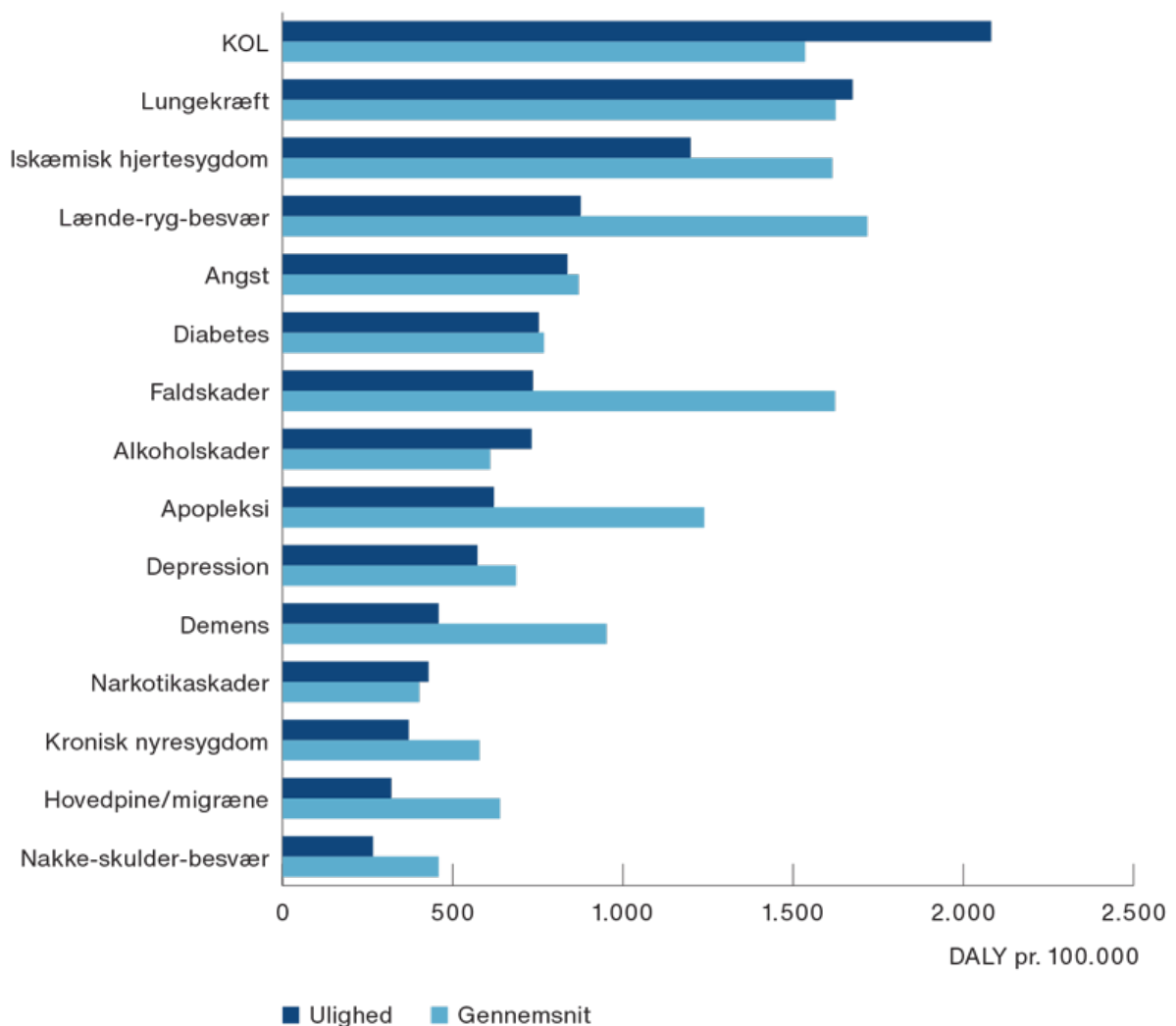
Betegnelsen »social ulighed i sundhed« har i Danmark været brugt om to forskellige fænomener: 1) en *gradient* med gradvis bedre sundhed ved højere uddannelse, social status eller indkomst [1] og 2) en *dikotomi* mellem socialt udsatte og den øvrige befolkning [6]. Begrebet *socialt udsatte* betegner her de mennesker, hvor dårligt helbred og marginalisering fra arbejdsmarked, boligmarked og sociale relationer forekommer i en ond cirkel af

årsager til, og konsekvenser af, sygdom. Mens gradienten i dødelighed bliver stejlere, er overdødeligheden blandt socialt udsatte mindsket. Begge fænomener har sundhedspolitisk relevans, men kræver forskellige indsatser. Sygdom skaber således i sig selv en ulighed, og man kan tale om en ulighed mellem diagnoser, hvor nogle, f.eks. psykiske lidelser, har alvorligere sociale konsekvenser end andre sygdomme.

I klinisk arbejde adresseres ulighed ofte i termer af »den sårbare patient«, karakteriseret ved mindre sundhedskompetence og større afhængighed af sundhedsydelser [7]. Begrebet *sårbarhed* anvendes i mange discipliner med varierende betydning, men det bruges i stigende udstrækning som en paraplybetegnelse, der omfatter både øget *eksponering* for sygdomsårsager, øget *modtagelighed* for deres helbredseffekter og mindsket *kapabilitet* og handlefrihed til at påvirke egne helbredsproblemer inkl. eksponeringer og modtagelighed [8, 9].

Det sociale mønster i form af en social gradient i incidens findes i Danmark for ca. tre fjerdedele af de 750 diagnoser, som er undersøgt [10]. De 15 diagnoser, som bidrager mest til den sociale ulighed i sygdomsbyrde, er illustreret i **Figur 1**. Figuren viser sygdomsbyrden i termer som *tabte leveår, for tidlig død og grader af nedsat funktionsevne* – betegnet disability-adjusted life year (DALY) eller på dansk: tabte funktionsjusterede leveår [11]. For hver sygdom vises sygdomsbyrden i gennemsnit for hele befolkningen, og uligheden er målt som forskel i sygdomsbyrde mellem personer med længst hhv. kortest uddannelse [1]. At mange sygdomme har samme sociale mønster, medfører en udtalt social ulighed i forekomsten af flere samtidige diagnoser – såkaldt *multisygdom* [12].

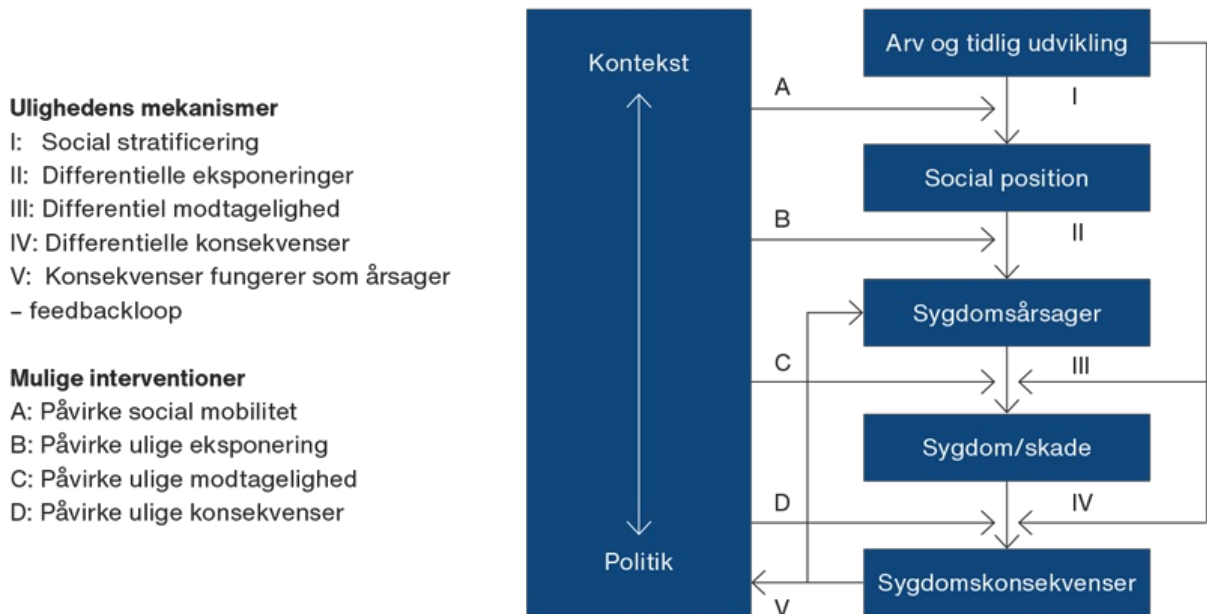
FIGUR 1 De 15 diagnoser, som bidrog mest til social ulighed i sygdomsbyrde i Danmark, 2023. For hver sygdom ses to søjler: Den ene viser gennemsnit for hele befolkningen, og den anden viser uligheden målt som »slope index of inequality«, som angiver forskellen i sygdomsbyrde mellem dem, som har længst hhv. kortest uddannelse. Både gennemsnit og ulighed måles i tabte funktionsjusterede leveår (DALY) pr. 100.000 personer [1, 11].



Ulighedens mekanismer

For at forstå, hvordan uligheden opstår, og hvad der kan gøres for at reducere den, kan man have hjælp af en model, som illustrerer de aktuelle mekanismer. **Figur 2** viser en sådan model med fem mekanismer (I-V) og fire indgange (A-D) for mulige indsatser [13]. Modellen kan også bruges til at strukturere de spørgsmål, som skal besvares for at forstå og reducere uligheden [14].

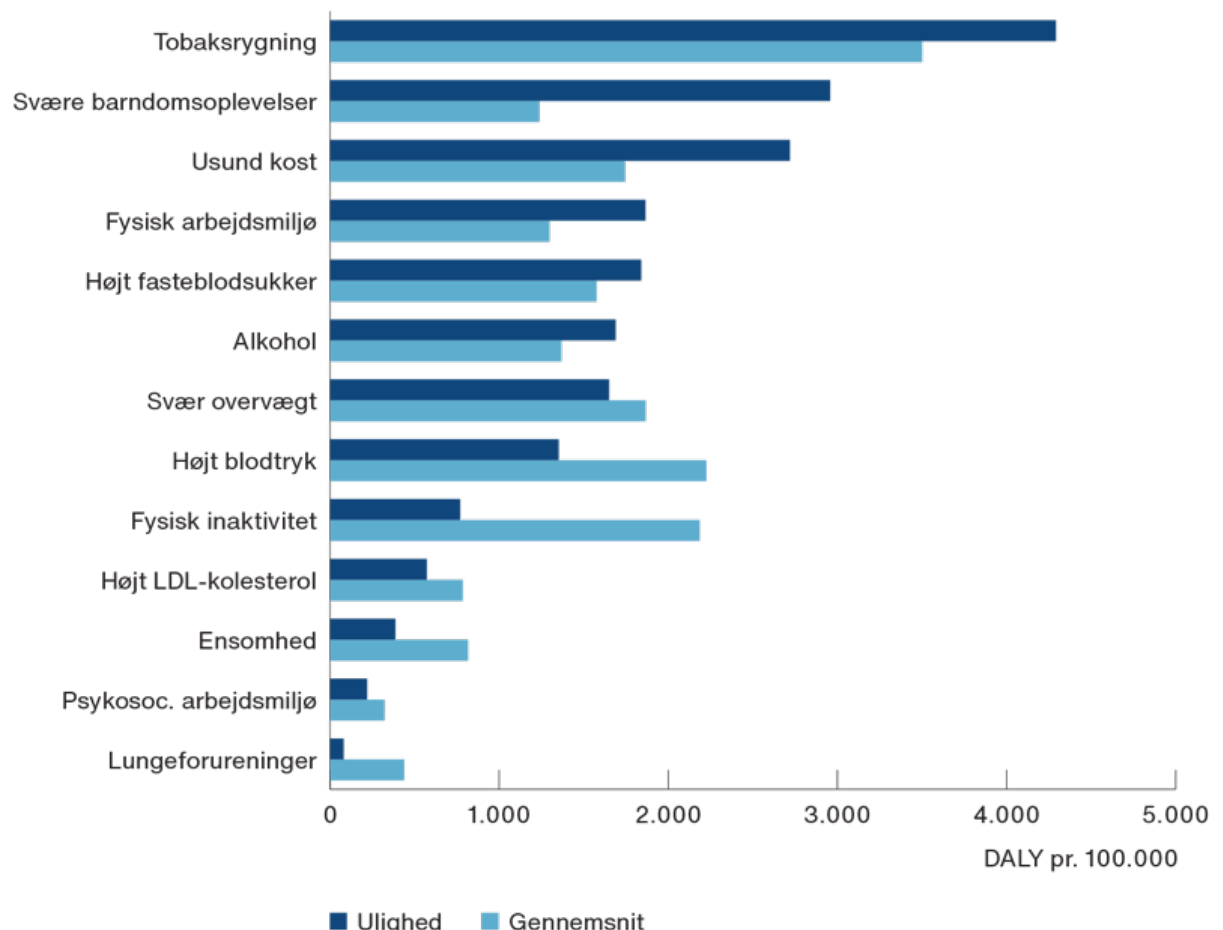
FIGUR 2 En model for ulighed i sundhed med fem mekanismer (I-V) og fire indgange (A-D), hvor kontekst og interventioner kan gribe ind [12, 13].



I: Genetik, opvækstforhold og tidlig udvikling har stor indflydelse på børn og unges muligheder for uddannelse og effekt på helbred senere i livet, både direkte og indirekte via social position [15]. Fattigdom og mange andre sociale og psykologiske belastninger hober sig op hos børn med forældre med kort uddannelse [16].

II: Afhængig af forældres eller egen sociale position som voksen er befolkningen i varierende grad eksponeret for sygdomsårsager i miljø og adfærd. Tobaksrygning, svære barndomsoplevelser, usund kost og fysisk arbejdsmiljø bidrager i særlig høj grad til ulighed i sygdomsbyrden (se Figur 3). Mange risikofaktorer hober sig i stigende grad op hos individer med kort uddannelse [1, 3].

FIGUR 3 Risikofaktorer, som i særlig høj grad bidrog til social ulighed i sygdomsbyrde i Danmark, 2023. Der ses to søjler for hver risikofaktor, som måler hhv. gennemsnit og ulighed i tabte funktionsjusterede leveår (DALY) pr. 100.000 personer. Uligheden er målt som »slope index of inequality«, som angiver forskellen mellem de personer, der har længst hhv. kortest uddannelse [1, 11].



III: Effekten af en given sygdomsårsag påvirkes af eksponering for andre interagerende årsager til samme sygdom. Når flere interagerende risikofaktorer hober sig op hos kortuddannede, kan det skabe ulighed i modtagelighed [17]. Det gælder f.eks. for alkohol og flere infektioner inkl. COVID-19.

IV: Den relative ulighed i femårsoverlevelse og tilbagevenden til arbejde er for mange sygdomme større end uligheden i forekomst af sygdommen [1]. Årsagerne til denne ulighed i sygdomskonsekvenser er kun delvist kendte. Ovennævnte ulighed i sygdomsårsager (Figur 3) har betydning, men der er også en effekt af ulighed i komorbiditet, hvor den ene sygdom kan påvirke forløbet af en anden sygdom i et såkaldt *syndemisk* samspil [18]. For eksempel påvirker psykisk sygdom dødelighed i somatisk sygdom [19]. Det er den betydelige ulighed i tilgængelighed, kvalitet og resultat, som er fundet i dele af det danske sundhedsvæsen, der tildrager sig størst interesse [1, 14, 20]. Det er velbeskrevet, ikke mindst for højt prioriterede områder som kræftbehandling [21]. De store sociale forskelle i arbejdsmiljø og arbejdskrav spiller en stor rolle for uligheden i tilbagevenden til arbejde, men der findes også ulighed i brug af rehabilitering.

V: Nogle sygdomskonsekvenser påvirker risiko for recidiv samt forekomst af andre sygdomme, og en form for

negativ spiral (feedback) opstår [22]. På befolkningsniveau kan sygdomskonsekvenser have sociale og økonomiske konsekvenser for samfundet. For en velfærdsstat som Danmark, som bygger på høj beskæftigelse og højt uddannelsesniveau, er den stigende ophobning af usikker beskæftigelse og nedsat helbred hos personer med kort uddannelse et problem.

Indsatser mod ulighed i sundhed

A: Akkumulering af vanskeligheder tidligt i livet spiller som sagt en stor rolle for helbred senere [16]. Socialpolitiske indsatser, sundhedspleje, daginstitutioner og skoler kan kompensere for nogle af de ressourcer, som børnene ikke fik med hjemmefra, og tidlige indsatser til udsatte familier, som målrettes med *differentiel implementering*, forventes at mindske modtageligheden for eksponeringer senere i livet. Den epidemiologiske evidens er stærk, men eksperimentel evidens fra en dansk kontekst er mere sporadisk [14, 23].

B: Den ulige fordeling af sygdomsårsager i miljø og adfærd opstår ikke af sig selv, men formes i et delvist modsætningsfyldt samspil mellem kommercielle, kulturelle og politiske drivkræfter [24]. Det forhold, at mange risikofaktorer hober sig op hos samme individer, gør, at traditionen med at rette forebyggelse mod én risikofaktor ad gangen er mindre effektiv [25]. Forebyggende indsatser kan mindske eksponering hos mere sårbare grupper, enten ved *differentiel implementering* eller ved at have *differentiel effekt*. Strukturel forebyggelse med reguleringer samt sociale og økonomiske virkemidler har således ofte størst effekt på de personer, som er mere eksponerede [25], mens individrettede indsatser med kliniske og pædagogiske virkemidler ofte har større effekt blandt de personer, som har flere ressourcer til at opsøge hjælpen og følge rådene. De sidstnævnte indsatser bør derfor i højere grad målrettes til de mere sårbare personer for at kunne mindske uligheden.

C: Man kan også forsøge at forstærke modstandsdygtigheden mod effekten af en given eksponering. Et eksempel er vaccination mod infektioner, og et andet er, at man med tryggere opvækstvilkår for børn kan mindske modtageligheden for senere sociale eksponeringer [23]. Når der findes ulige modtagelighed, kan en generel reduktion af risikofaktoren mindske ulighed i sygdomsincidens, selv om den ulige fordeling af risikofaktoren ikke ændres.

D: Når en sygdom har ramt, er både kliniske og arbejdsmarkedspolitiske indsatser relevante for at mindske sygdommens konsekvenser. Et lettilgængeligt og effektivt sundhedsvæsen er vigtigt for alle, men for de mere sårbare og ofte multisyge patienter er nogle kvaliteter særlig vigtige: Det handler om tid, tillid, empati og social indlevelse, generalistkompetence og tovholderfunktion samt en opsøgende og fastholdende tilgang for personer med kronisk sygdom. For at muliggøre at personalet kan sikre disse kvaliteter for de patienter, som mest behøver dem, kræves strukturelle forudsætninger i form af geografisk nærhed, kontinuitet og organisatorisk sammenhæng, populationsansvar, samarbejde med socialsektor og, ikke mindst, en ressourcefordeling, som modsvarer de geografiske uligheder i behov [26]. Det er først og fremmest det primære sundhedsvæsen, som kan levere dette og dermed bidrage til at mindske ulighed i sygdomsforløb og -konsekvenser.

Man kan med aktiv arbejdsmarkedspolitik øge arbejdspladsernes muligheder for at tage imod personer, som både har en kort uddannelse og har været ramt af sygdom [27]. Arbejdsmiljøet skaber meget ulige behov for tidlig tilbagetrækning fra arbejdet, og fleksibilitet i pensionssystemet er derfor af betydning for arbejdsmiljøets effekt på uligheden.

Ulighed i adgang til og brug af sundhedsvæsenets ydelser skabes, ofte utilsigtet, af patientbetaling, geografiske afstande, ventelister, sundhedsforsikringer, henvisningsregler og ulige sundhedskompetence. Der findes inkongruens mellem efterspørgsel og behov, og den inkongruens er socialt skævt fordelt [28]. Mindre ressourcestærke individer vil ofte være mindre gode til at efterspørge sundhedsydelser, selv om deres behov er

større. Det gælder ikke mindst for forebyggende ydelser [1, 20]. Efterspørgsel skaber udbud, som kan generere yderligere efterspørgsel. Det er de mekanismer, som skaber »the inverse care law«, dvs. at udbuddet af sundhedsydelser er mindst, hvor behovet er størst. Distinktion mellem *behov* og *efterspørgsel* er derfor vigtigt i et sprog om ulighed i sundhed.

Målkonflikter

I Danmark er den sociale ulighed i dødelighed steget langsomt i de snart 40 år, hvor den er blevet målt [1]. Nogle få lande har med omfattende social- og sundhedspolitiske indsatser lykkedes med at mindske uligheden [4]. Danmark er ikke et af dem. Mere realistiske målsætninger er at bremse stigningen og at forme et sundhedsvæsen, som møder mennesker med ulige sociale forudsætninger på lige vilkår. Men ingen af delene er lette. En vigtig hindring er, at indsatserne støder på interesse- og målkonflikter [29]. Det kan handle om konflikter mellem forskellige effekter af en given indsats. For eksempel vil afgifter på tobak have en progressiv helbredseffekt med mindsket ulighed i sundhed, men en regressiv økonomisk effekt med større ulighed i disponibel indkomst. Det kan også være målkonflikter mellem sundhedshensyn og hensyn til andre politiske mål, f.eks. mellem fleksible regler for tidlig tilbagetrækning fra arbejde og behovet for at optimere udbuddet af arbejdskraft, eller modsætningen mellem at planlægge sundhedsvæsenet efter behov eller efter efterspørgsel. Målkonflikter skal tydeliggøres for at kunne behandles i den offentlige samtale og blive underkastet politiske valg. Det kræver et fælles sprog – og en fælles grammatik.

Korrespondance Finn Diderichsen. E-mail: fidi@sund.ku.dk

Antaget 21. november 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 7. februar 2026

Interessekonflikter FD oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Sundhedsstyrelsen. Forfatteren har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Denne er tilgængelig sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V08250647

doi 10.61409/V08250647

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

The grammar of inequality

Health inequalities are large and growing in Denmark as elsewhere. This review presents a model used by The Danish Health Authority which specifies mechanisms and entry-points for preventive and clinical interventions to mitigate the health divide. Five mechanisms are specified: differential exposure and differential susceptibility to their health effects, differential disease consequences, synergetic interaction between clustering disorders and feedback loops of disease consequences acting as causes.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2013-2021. København: Sundhedsstyrelsen, 2025
2. Towards a Nordic wellbeing economy. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2021. <https://doi.org/10.6027/nord2021->

049

3. Mackenbach JP. Health inequalities: persistence and change in European welfare states. Oxford Academic, 2019. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198831419.001.0001>
4. Bamba C, Lynch J, Smith K. Getting better. The policy and politics of reducing health inequalities. Policy Press, 2025. <https://doi.org/10.56687/9781447372882>
5. Jensen UJ. Moralsk ansvar og menneskesyn - om holdninger i social og sundhedssektoren. Munksgaard, 1984
6. Nilsson SF, Erlangsen A, Nielsen CM, et al. Life-years lost in people experiencing homelessness and other high-risk groups in Denmark: a population-based, register-based, cohort study. Lancet Public Health. 2025;10(9):e762-e773. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00171-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00171-9)
7. Lindberg LG, Thorsen T, Reventlow S. Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis. Forskningsenheden for Almen Praksis, 2011
8. ten Have H. Vulnerability. Challenging bioethics. Routledge, 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315624068>
9. Diderichsen F. Sårbarhet - ett begrebb till bruk både för jämlik hälsa och hållbara samhällen. Socialmed Tidskr. 2018;95(6):621-626. <https://doi.org/10.62607/smt.v95i6.38714>
10. Pallesen AVJ, Mierau JO, Christensen FK, Mortensen LH. Educational and income inequalities across diseases in Denmark: a register-based cohort study. Lancet Public Health. 2024;9(11):e916-e924. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00128-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00128-2)
11. GBD 2023 Disease and Injury and Risk Factor Collaborators. Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet. 2025;406(10513):1873-1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01637-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01637-X)
12. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, et al. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - a register-based population study. BMC Public Health. 2017;17(1):422. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4314-8>
13. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, et al, eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford University Press, 2001. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>
14. Diderichsen F, Jørgensen TSH. Ulighed i sundhed - 8 kritiske spørgsmål. Københavns Universitet, 2023
15. Hoffman R, ed. Handbook of health inequalities across the life course. Edward Elgar Publishing, 2023. <https://doi.org/10.4337/9781800888166>
16. Rod NH, Bengtsson J, Budtz-Jørgensen E, et al. Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study. Lancet. 2020;396(10249):489-497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30621-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30621-8)
17. Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. Int J Epidemiol. 2019;48(1):268-274. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy167>
18. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. Lancet. 2017;389(10072):941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
19. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, et al. Mortality associated with mental disorders and comorbid general medical conditions. JAMA Psychiatry. 2022;79(5):444-453. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0347>
20. Sundhedsstyrelsen. Social og geografisk ulighed i sundhedsydelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2023
21. Olsen MH, Kjær TK, Dalton SO. Hvidbog: Ulighed i kræft i Danmark. 2. udg. København, 2023
22. Uleman JF, Stronks K, Rutter H, et al. Mapping complex public health problems with causal loop diagrams. Int J Epidemiol. 2024;53(4):dyae091. <https://doi.org/10.1093/ije/dyae091>
23. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2020
24. WHO-Euro. Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO-Euro, 2024
25. Rod NH, Bast LS, Diderichsen F, et al. Strukturel forebyggelse. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2024
26. Gkiouleka A, Wong G, Sowden S, et al. Reducing health inequalities through general practice. Lancet Public Health. 2023;8(6):e463-e472. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00093-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00093-2)
27. Bültmann U, Siegrist J, eds. Handbook of disability, work and health. Springer, 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030->

[24334-0](#)

28. Santa IR, Mason A, Gutacker N, et al. Need, demand, supply in health care: working definitions, and their implications for defining access. Health Econ Policy Law. 2023;18(1):1-13. <https://doi.org/10.1017/S1744133121000293>
29. Diderichsen F, Volker AP. Målkonflikter står i vejen for mindre ulighed i sundhed. Økonomi og Politik. 2024;97(4):61-72. <https://tidsskrift.dk/okonomi-og-politik/article/view/151054/193769> (dec 2025)