

Viden om helbredet i udsatte boligområder i Danmark er sparsom

Cecilie Dohlmann Weatherall¹, Bence Boje-Kovacs¹, Aske Egsgaard-Pedersen¹ & Andreas Alstrup²

STATUSARTIKEL

1) Kraks Fond
Byforskning
2) Almen praksis,
Kirkebakken, Gentofte

Ugeskr Læger
2015;177:V12140673

Allerede i 1900-tallet, da byerne voksede eksplosivt, syntes der at have eksisteret en sammenhæng mellem boligforholdene og beboernes helbred. Politikere har i årevis ønsket at kende sammenhængen mellem boligområderne og beboernes helbred, samt hvordan sammenhængen påvirker beboernes fremtidsmuligheder. Det forventes altså, at beboernes helbred ud over at afhænge af personlige socioøkonomiske karakteristika (f.eks. ledighed, indkomst og uddannelse) også afhænger af boligområdernes demografiske og socioøkonomiske sammensætning. Hvis dårligt helbred blandt beboere i et boligområde skyldes en koncentration af beboere med lav socioøkonomisk status, kaldes det en kompositional effekt. I forbindelse med kompositionelle effekter ser man i undersøgelser ofte på den socioøkonomiske segregering i boligområder. Hvis det derimod er sammensætningen af naboerne, skolerne, institutionerne mv. i boligområdet, der påvirker den enkelte beboers helbred, kaldes det en kontekstuel effekt [1]. Tidligere studier viser, at indsatser får succes, hvis de er relevante, målrettede og foretaget på et empirisk grundlag [2-4]. I rapporten »Ulighed i Sundhed« understreges det, at implementeringserfaringer fra andre lande kan være svære at overføre til Danmark, da indsatserne er kontekstafhængige. Derfor er det vigtigt at kortlægge helbredssituationen i de særligt udsatte boligområder, før nye initiativer inden for sundheds-, beskæftigelses-, uddannelses- og kriminalitetsområdet samt områdefornyelse sættes i gang, da de alle forventes at påvirke sundheden blandt beboerne. Med udgangspunkt i markante internationale studier, hvor

FAKTABOKS

Der eksisterer i en dansk kontekst studier, hvor man:

- ▶ på hhv. landsplan og kommuneniveau viser positive sammenhænge mellem lav socioøkonomisk status og dårligt helbred
- ▶ opsummerer de internationale resultater i forhold til samspillet mellem helbred og boligområder.

Der mangler i en dansk kontekst studier, hvor man:

- ▶ kvantitativt empirisk undersøger helbredet hos beboere, herunder til- og fraflyttere, i boligområder og specielt i de særligt udsatte områder.

De informative administrative paneldata i Danmark gør det muligt at kortlægge beboernes helbred i de særligt udsatte boligområder og at sammenligne helbredet hos beboerne i de særligt udsatte boligområder med helbredet hos beboere i andre boligområder.

man har belyst samspillet mellem beboernes helbred og deres boligområder, illustrerer vi i artiklen, at der er behov for et bedre dansk empirisk grundlag for at kunne forbedre helbredet hos beboerne i de særligt udsatte områder i Danmark.

DER ER SAMMENHÆNG MELLE EN PERSONS SOCIOØKONOMISKE KARRIERISTIKA OG HELBRED

Sammenhængen mellem socioøkonomiske karakteristika og en persons helbred er blevet undersøgt i mange studier. Således viser flere studier [2, 5-11] en positiv sammenhæng mellem ringe socioøkonomiske karakteristika (f.eks. kort uddannelse, svag arbejdsmarkedstilknudning og lav indkomst) og dårligt selvrapporeret fysisk og mentalt helbred. I et amerikansk studie har man påvist, at sammenhængen mellem dårligt helbred og de førnævnte karakteristika øges med alderen [7]. Andre har fundet en signifikant sammenhæng mellem forældres socioøkonomiske karakteristika og deres børns helbred, skolegang og senere arbejdsmarkedsdeltagelse [12, 13]. Tilsvarende har man fundet, at et generelt dårligt helbred i barndommen hænger sammen med mindre indkomst og ringere arbejdsmarkedstilknudning som voksen [14, 15]. I studier, hvor man generelt har fundet en sammenhæng mellem en persons socioøkonomiske karakteristika og helbred, er der ikke



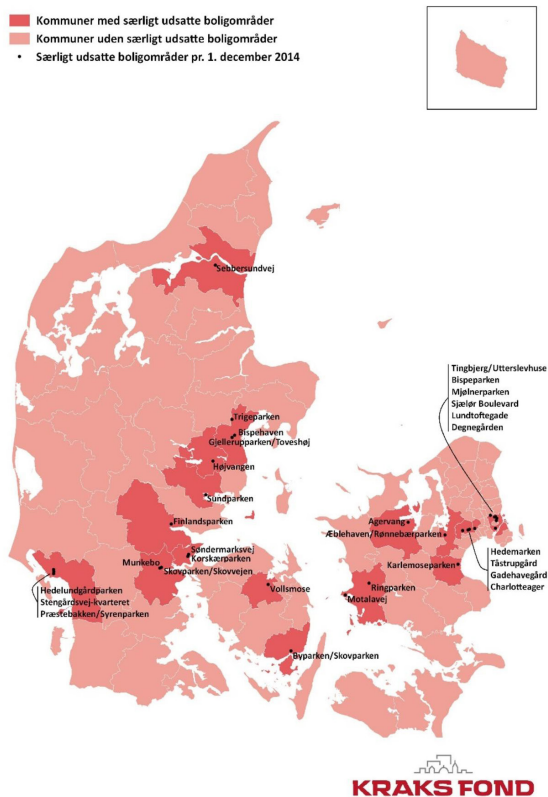
TABEL 1

Et særligt udsat boligområde i 2014 karakteriseres ved at være et fysisk sammenhængende boligområde med mindst 1.000 beboere, hvor minimum tre ud af fem nedenstående kriterier er opfyldt.

Nr.	Kriterium
1	Andelen af 18-64-årige uden tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelse > 40% (gennemsnit for de seneste 2 år)
2	Andelen af indvandrere og efterkommere fra ikkevestlige lande > 50%
3	Antal dømte for overtrædelse af straffeloven, våbenloven eller lov om euforiserende stoffer > 2,70% af beboere ≥ 18 år (gennemsnit for de seneste 2 år)
4	I alderen 30-59 år er andelen af beboere, der alene har en grunduddannelse (inkl. uoplyst uddannelse), > 50%
5	Den gennemsnitlige bruttoindkomst for skattepligtige i alderen 15-64 år i området, ekskl. uddannelsessøgende, < 55% af den gennemsnitlige bruttoindkomst for samme gruppe i regionen


FIGUR 1

Den geografiske fordeling af de særligt udsatte boligområder i Danmark i 2014.



set på boligområdernes kontekstuelle effekter på personernes helbred.

DE SÆRLIGT UDSATTE BOLIGOMRÅDER OG FLYTTEMØNSTRE

I forbindelse med artiklen har vi taget udgangspunkt i de særligt udsatte boligområder, som er defineret af Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter, da disse boligområder netop er karakteriseret ved en stor andel af resurssvage beboere (**Tablet 1**).

Listen over særligt udsatte boligområder i 2014 indeholdt 31 boligområder i 16 kommuner (**Figur 1**). I tidligere publicerede studier og observationer har man belyst, hvordan f.eks. praktiserende lægers arbejde er anderledes i de særligt udsatte boligområder end i andre områder [16], men der mangler en generel helbreds-karakteristik af disse udsatte områder i Danmark.

Et boligområde er en dynamisk størrelse, hvor beboere flytter til og fra. Når man måler effekter af initiativer, der tages i forhold til et boligområde (f.eks. et særligt udsat boligområde), er det generelt vigtigt at tage højde for til- og fraflytningsmønstrene. Man risikerer at undervurdere effekten af en helbredsindsats i et boligområde, hvis man ikke tager højde for fraflytter-

nes forbedrede eller forværrede helbred. Der er meget få studier, hvor man har undersøgt flyttemønstre i specifikke boligområder. I tre amerikanske studier har man fundet, at økonomisk fattige husstande forbliver i samme område over flere generationer [17-19]. En anden analyse viser, at jo længere tid man bliver i et økonomisk fattigt område, desto mindre er sandsynligheden for, at man forlader området [20]. I en dansk undersøgelse har man fundet lignende resultater, hvor stigningen i koncentrationen af resurssvage personer i udsatte områder i 1992 og 1993 skyldtes en tilflytning af personer med svag tilknytning til arbejdsmarkedet og en fraflytning af resurssvage personer [21]. De få forskningsresultater på feltet skyldes primært, at man i meget få lande har data, som indeholder alle individuelle flyttemønstre til og fra boligområder. I udlandet er mange data indsamlet via spørgeskemaer, og det kan betyde, at de beboere, der både skifter adresse og måske lider under en alvorlig sygdom, er svære at spore [18, 22-26]. Så vidt vi ved, er der indtil nu ingen, der empirisk har kortlagt til- og fraflytternes socioøkonomiske og helbreds-mæssige karakteristika i de særligt udsatte boligområder.

SAMMENHÆNGEN MELLEM BOLIGOMRÅDER OG BEBOERNES HELBRED ER IKKE ENTYDIG

Studier viser som sagt, at der eksisterer en positiv sammenhæng mellem en persons socioøkonomiske status og helbred [2]. Således kan et generelt dårligt helbred hos beboerne i et boligområde skyldes en sammensætning af mange beboere med lav socioøkonomisk status, det vil sige en kompositionel effekt. Men som nævnt er det også muligt, at boligområdets demografiske sammensætning har en kontekstuel effekt på beboernes helbred [1, 2]. Det vil sige, at ud over at adgangen til og kvaliteten af boligområdets private og offentlige institutioner og jobmarked kan have en effekt, kan naboenes adfærd have direkte betydning for den enkelte beboers adfærd [18]. I forhold til helbredet viser studier f.eks., at der var en overvægt af rygere blandt beboere med lav socioøkonomisk status [27]. Dermed kunne man forvente, at beboere i de særligt udsatte boligområder både havde en individuel risiko for at blive rygere og dermed få rygenes følgesygdomme og samtidig udsattes for boligområdets kontekstuelle risiko, da en stor andel af områdets beboere var rygere. Beboerne blev altså udsat for en boligområdeeffekt, hvor de i højere grad blev udsat for passiv rygning og måske også i højere grad fik tilbud om at ryge, end hvis de boede i andre boligområder.

En undersøgelse af boligområdets effekt på beboernes helbred kræver mange individuelle data og et veldefineret evalueringsdesign. Beboernes nøjagtige adresseoplysninger er nødvendige for at kunne definere et boligområdes fysiske afgrænsning. Oplysninger

om beboernes flyttemønstre til og fra et boligområde er vigtige for at se på længden af beboernes påvirkning fra boligområdet. Samtidig kan en flytning i sig selv være et udfald af boligområdets påvirkning. Selvom beboernes helbred kan være svært at måle, er det vigtigt at have præcise og sammenlignelige helbredsoplysninger. Specielt administrative helbredsoplysninger er anvendelige, da de normalt ikke er udsat for systematisk frafald eller ikkesammenlignelige svar i forbindelse med selvrapporeret helbred. Et systematisk frafald kan f.eks. skyldes, at beboere med ringe helbred ikke i lige så høj grad besvarer spørgeskemaer som beboere med et godt helbred. Samtidig viser studier som sagt, at beboeres socioøkonomiske karakteristika hænger sammen med deres helbred, og derfor er det vigtigt, at der er tilstrækkeligt med informationer om disse karakteristika i en analyse af boligområdets effekt på beboernes helbred. Centralt for en måling af et boligområdes effekt på beboernes helbred er, at man kan sammenligne med en kontrafaktisk situation. Det er derfor vigtigt at have en kontrolgruppe af beboere, som er sammenlignelig, bortset fra at kontrolgruppen ikke bor i det undersøgte boligområde. Forskellige evalueringdesign og statistiske metoder kan være til hjælp i konstruktionen af en relevant kontrolgruppe, hvis der ikke er mulighed for et randomiseret forsøg.

I Tabel 2 vises de mest relevante empiriske studier,

hvor man har undersøgt sammenhænge mellem boligområdets karakteristika og beboernes helbred. I flere studier har man fundet en positiv sammenhæng mellem boligområdets socioøkonomiske karakteristika og beboernes helbred [18, 22, 24-26, 29]. Man har f.eks. fundet, at beboere fra fattige områder hyppigere har dårligt selvrapporeret helbred end beboere fra mindre fattige områder. I to studier har man fundet en direkte effekt af boligområdets socioøkonomiske karakteristika på helbredet såsom mindre overvægt og diabetes blandt unge, der er flyttet fra fattige til mindre fattige områder [28, 30]. Derimod viser et andet studie ingen signifikant sammenhæng mellem boligområder og beboernes helbred [23].

De ikke entydige resultater om sammenhængen mellem boligområder og beboernes helbred kan skyldes, at man i studierne ikke har mulighed for at tage højde for alle de førnævnte krav til data og evalueringdesign. Således kan manglende informationer om beboernes præcise boligområde [18, 22, 23] eller flyttemønstre [18, 23, 25, 26, 29] betyde, at resultaterne bliver misvisende, hvis de manglende informationer hænger systematisk sammen med boligområdernes karakteristika. Det samme gælder for frafaldet i spørgeskemaundersøgelser [18, 25, 26, 29] samt for fakta om beboeres selvrapporerede helbred [23, 24, 25, 26], hvis disse manglende informationer hænger sammen med bolig-

TABEL 2

Overblik over studier, hvor man har belyst sammenhængen mellem boligområder og beboernes helbred.

Reference	Datainformation og -metode	Resultater
<i>Debrand et al</i> , 2012, Frankrig [24]	Et tværsnitstudie baseret på et helbredsspørgeskema blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen > 18 år i 2002, 2003 samt befolkningsoptællingsdata fra 1999	Jo mere et boligområde er socialt og økonomisk udsat, jo større er sandsynligheden for, at beboerne vurderer deres helbred til at være ringe, når der tages højde for individuelle karakteristika
<i>Diez-Roux et al</i> , 2001, USA [22]	Et panelstudie baseret på et helbredsspørgeskema blandt 45-67-årige i 1987-1989 med opfølgning hvert 3. år i 9 år	Personer i udsatte boligområder har større sandsynlighed for hjertesygdomme end personer fra velhavende boligområder, når der kontrolleres for individuelle socioøkonomiske og helbredskarakteristika
<i>Halonen et al</i> , 2012, Finland [26]	En tværsnitsanalyse baseret på spørgeskema og registerdata i 2004-2008 blandt alle offentligt ansatte, som var ansat ≥ 6 mdr. i 1991-2005	Offentligt ansatte fra udsatte boligområder har øget risiko for at ryge, drikke alkohol og være inaktive sammenlignet med offentlige ansatte fra mere velhavende boligområder, når der kontrolleres for individuelle karakteristika
<i>Ludwig et al</i> , 2011, USA [28]	Et helbredsspørgeskema fra 2008-2010 i en randomiseret gruppe af enlige mødre i fattige boligområder i 1994-1998 Udvælgelsen af deltagerne endte dog med at blive selekteret	Kvinder og børn, som er flyttet fra et relativt fattigt område til et relativt resursestærkt område, har mindre sandsynlighed for at blive overvægtige og for at udvikle diabetes end personer, som forbliver i fattige områder
<i>Mohnen et al</i> , 2011, Holland [25]	Et tværsnitstudie baseret på et spørgeskema i et repræsentativt udsnit af befolkningen i alderen ≥ 18 år i 2006	Personer fra boligområder med et højt antal af nabo- og familiekontakter har større sandsynlighed for et godt selvvurderet helbred end personer fra områder med en gennemsnitlig social kapital, når der kontrolleres for individuelle karakteristika
<i>Propper et al</i> , 2005, UK [23]	Et panelstudie baseret på en repræsentativ stikprøve af befolkningen i 1991-2000	Der er ingen sammenhæng mellem en persons selvvurderede mentale helbred og graden af boligområdets udsathed, når der tages højde for individuelle karakteristika
<i>Sharkey & Elwert</i> , 2011, USA [18]	Et panelstudie baseret på et spørgeskema om levevilkår i et repræsentativt udsnit af befolkningen i perioden 1968-2003 samt børn fra 2002	Børn, som er opvokset i et fattigt boligområde, har en større sandsynlighed for at blive overvægtige end børn, som er opvokset i et resursestærkt boligområde
<i>Stjärne et al</i> , 2006, Sverige [29]	Administrative data fra et tværsnitsstudie blandt 45-70-årige, der har haft et hjerteinfarkt i perioden 1992-1994 Kontrolgruppen er fundet ud fra alder, køn og hospitalstilhørsforhold	Personer fra et lavindkomstboligområde har større sandsynlighed for hjerteinfarkt end personer fra et højindkomstboligområde, når der tages højde for individuelle karakteristika
<i>Votruba & Kling</i> , 2009, USA [30]	Et randomiseret studie blandt ca. 3.000 mandlige afroamerikanere i alderen 13-30 år (selektionsbias i udvælgelsen af deltagerne)	Jo større andelen af hhv. beskæftigede og højtuddannede er i boligområdet, som deltagerne er blevet placeret i, jo lavere er sandsynligheden for at dø

områdets karakteristika. Der er enkelte undersøgelser [22-24], hvor man ikke har rapporteret om frafald, og i hvor høj grad det kunne have betydning for resultaterne på trods af, at undersøgelserne var baseret på spørgekemaer. Resultaterne kan derudover være misvisende, hvis der på grund af en manglende troværdig kontrolgruppe eller et statistisk evalueringsdesign ikke er taget højde for ikkeobserverbare karakteristika [22-25, 27]. Det vil sige, at der mangler forklaringsfaktorer, som hænger sammen med boligområdernes egenskaber og beboernes helbred. Ud fra studierne i Tabel 2 er sammenhængen mellem boligområder og beboernes helbred altså ikke entydig, hvilket kan skyldes manglende data og uhensigtsmæssige analytiske design.

DANSKE DATA KAN BELYSE SAMMENHÆNGE MELLEM HELBRED OG SÆRLIGT UDSATTE BOLIGOMRÅDER

I en dansk undersøgelse af sammenhængen mellem de særligt udsatte boligområder og beboernes helbred på administrative paneldata, hvor man har observationer over tid om beboerne, kan der tages højde for kravene til en empirisk undersøgelse. De danske data er i mindre grad udsat for frafald eller systematiske afvigelser som det sker i selvvalgte helbredsoplysninger, og derfor er data mere præcise og konsistente i forhold til beboernes helbredsoplysninger og boligområdets karakteristika. Danske administrative paneldata giver mulighed for at følge beboerne og deres flyttemønstre over tid, hvilket er grundlaget for at belyse betydningen af, hvor længe man bliver påvirket af boligområdets karakteristika. Yderligere kan man i en dansk undersøgelse tage højde for en række karakteristika på både beboer- og boligområdeniveau, som man i andre internationale undersøgelser ikke har kunnet. De nøjagtige oplysninger om beboernes bopælsadresse gør det muligt at definere præcise boligområder, og her tænkes specielt på de særligt udsatte boligområder. Den eksakte registrering og identifikation af boligområder gør det muligt at danne forskellige kontrolgrupper ud fra både beboer- og områdekarakteristika, så man kan analysere kausale sammenhænge og se på effekten af forskellige helbredsindsatser. En grundig kortlægning af udviklingen i beboernes helbred i særligt udsatte boligområder kan sikre, at initiativer inden for sundheds-, beskæftigelses-, uddannelses- og kriminalitetsområdet samt områdefornyelse sættes i gang på et empirisk grundlag, som er kontekstrelevant.

SUMMARY

Cecilie Dohlmann Weatherall, Bence Boje-Kovacs, Aske Egsgaard-Pedersen & Andreas Alstrup:

Knowledge of the health profile of the deprived areas in Denmark is sparse

Ugeskr Læger 2015;177:V12140673

There has been a growing political interest in changing the health profile of the deprived areas in Denmark. However, only little is known about the actual health of people living in these areas, despite the fact that the social inequality of health in the Danish population is well-documented. We provide an overview of significant studies which illustrate the interaction between residents' health and their neighbourhoods as well as their socioeconomic characteristics. We find that there are no previous quantitative empirical studies on residents' health in deprived neighbourhoods in Denmark.

KORRESPONDANCE: Cecilie Dohlmann Weatherall.

E-mail: cdw@kraksfond.dk

ANTAGET: 1. juli 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 5. oktober 2015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: Kraks Fond Byforskning takkes for det gode forskningsmiljø, som har gjort denne artikel mulig. En ukendt reviewer takkes for konstruktive forbedringer. Lars Pico Geerdsen, Monica Moeskær og Mette Dohlmann takkes for faglig og sproglig sparring.

LITTERATUR

- Manski CF. Identification of endogenous social effects: the reflection problem. *Rev Econ Stud* 1993;60:531-42.
- Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Ghettoen tilbage til samfundet: et opgør med parallelsamfund i Danmark. København: Statsministeriet, 2010.
- Evidens for sociale effekter af fysiske indsatser i udsatte boligområder – review af 27 effektstudier fra ni lande. København: Teknik og Miljøforvaltningen, 2014.
- Mulatu MS, Schooler C. Causal connections between socio-economic status and health: reciprocal effects and mediating mechanisms. *J Health Soc Behav* 2002;43:22-41.
- Smith JP. Unraveling the SES-health connection. *Population Develop Rev* 2005;30:108-32.
- Kim J, Durden E. Socioeconomic status and age trajectories of health. *Soc Sci Med* 2007;65:2489-502.
- Halleröd B, Gustafsson JE. A longitudinal analysis of the relationship between changes in socio-economic status and changes in health. *Soc Sci Med* 2011;72:116-23.
- Andersen PT, Bak CK, Vangsgaard S et al. Self-rated health, ethnicity and social position in a deprived neighbourhood in Denmark. *Int J Equity Health* 2011;10:5-11.
- Arendt JN, Jensen BT, Nexøe J et al. Lavindkomst og antal kontakter med almen praksis. *Ugeskr Læger* 2010;172:1557-632.
- Børnnum-Hansen H, Baadsgaard M. Increase in social inequality in health expectancy in Denmark. *Scand J Pub Health* 2008;36:44-51.
- Case A, Lubotsky D, Paxson C. Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. *Am Econ Rev* 2002;92:1308-34.
- Condliffe S, Link CR. The relationship between economic status and child health: evidence from the United States. *Am Econ Rev* 2008;98:1605-18.
- Currie J. Healthy, wealthy, and wise. *J Econ Literature* 2009;47:87-122.
- Smith JP. The impact of childhood health on adult labor market outcomes. *Rev Econ Stat* 2009;91:478-89.
- Carlsen LT. Her er der altid brug for en læge. *Ugeskr Læger* 2010;172:3456-60.
- Gramlich E, Laren D, Sealand N. Moving into and out of poor urban areas. *J Pol Analysis Management* 1992;11:273-87.
- Sharkey P, Elwert F. The legacy of disadvantage: multigenerational neighborhood effects on cognitive ability. *Am J Soc* 2011;116:1934-81.
- South SJ, Crowder KD. Escaping distressed neighborhoods: individual, community, and metropolitan influences. *Am J Soc* 1997;102:1040-84.
- Quillian L. How long are exposures to poor neighborhoods? *Population Res Policy Rev* 2003;22:221-49.
- Hummelgaard H, Graversen BK, Lemmich D et al. Udsatte boligområder i Danmark. København: Forlaget AKF, 1997.
- Diez-Roux AV, Merkin SS, Arnett D et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001;345:99-106.
- Propper C, Jones K, Bolster A et al. Local neighbourhood and mental health: evidence from the UK. *Soc Sci Med* 2005;61:2065-83.
- Debrand T, Pierre A, Allonier C et al. Critical urban areas, deprived areas and neighbourhood effects on health in France. *Health Pol* 2012;105:92-101.

25. Mohnen SM, Groenewegen PP, Völker B et al. Neighborhood social capital and individual health. *Soc Sci Med* 2011;72:660-7.
26. Halonen JI, Kivimäki M, Pentti J et al. Quantifying neighborhood socioeconomic effects in clustering of behaviour-related risk factors: a multilevel analysis. *PLoS ONE* 2012;7:1-8.
27. Kenkel DS, Lillard DR, Mathios AD. The roles of high school completion and GED receipt in smoking and obesity. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2006.
28. Ludwig J, Duncan GJ, Katz LF et al. Neighborhoods, obesity and diabetes – a randomized social experiment. Cambridge: Harvard University Department of Economics, 2011.
29. Stjärne KM, Fritzell J, Ponce De Leon A et al. Neighborhood socioeconomic context, individual income and myocardial infarction. *Epidemiol* 2006;17:14-23.
30. Votruba ME, Kling JR. Effects of neighborhood characteristics on the mortality of black male youth: evidence from Gautreaux, Chicago. *Soc Sci Med* 2009;68:814-23.