

# Ulighed i sundhed i et landdistriktsperspektiv

En kortlægning af eksisterende forskning og viden om sundhed og social ulighed i landdistrikterne



Egon Bjørnshave Noe

Barbora Gulisova

Alle rettigheder forbeholdes centret (CLF). Mekanisk eller fotografisk gengivelse af denne REPORT eller dele heraf er uden instituttets skriftlige samtykke forbudt ifølge gældende dansk lov om ophavsret. Undtaget herfra er uddrag til anmeldelser.

© Syddansk Universitet, Esbjerg og forfatterne, 2022.

Center for Landdistriktsforskning

CLF REPORT 82/2022

ISBN 978-87-94345-14-9

Egon Bjørnshave Noe  
Center for Landdistriktsforskning  
Syddansk Universitet  
Degnevej 14  
DK-6705 Esbjerg Ø  
Tlf.: 6550 3613  
E-mail: enoe@sam.sdu.dk

Barbora Gulisova  
Center for Landdistriktsforskning  
Syddansk Universitet  
Degnevej 14  
DK-6700 Esbjerg  
E-mail: bagu@sam.sdu.dk

Forsidefoto: Egon Bjørnshave Noe

## FORORD

En vigtig ambition for Center for Landdistriktsforskning er at være med til at udpege og arbejde med de mest centrale problemstillinger i forhold til landdistrikterne. Både i forbindelse med vores egen forskning og i den offentlige debat har vi kunnet iagttage, at der med den stigende regionale ulighed også sker en markant stigende ulighed i sundhed. Udfordringerne med lægedækning og længere afstande til det etablerede sygehusvæsen er blandt de mere synlige tegn på denne udvikling. Men det er måske kun toppen af isbjerget i forhold til det større problemkompleks, der knytter sig til ulighed i sundhed. På den baggrund har vi, som et led i vores mål- og resultatplan med Indenrigs- og Boligministeriet, derfor sat et indledende arbejde i gang med at identificere og beskrive problemets omfang. Det har vi i første omgang gjort i form af dette litteraturreview over, hvad der er blevet undersøgt om landdistrikterne. Formålet er at identificere de temaer og problemer, der er særlige relevante i relation til landdistrikterne.

Undervejs i projektet er arbejdet blevet styrket af, at man ved Syddansk Universitetet har sat fokus på ulighed i sundhed helt generelt, og vi er således blevet en del af en forskerklynge, og hvor dette arbejde også har været med til at sætte landdistriktsudfordringerne i forhold til sundhed og ulighed på den bredere dagsorden. Ydermere har dette projekt været et vigtigt afsæt for at samarbejde med Landdistrikternes Fællesråd om at organisere og afholde en konference omkring sundhed og ulighed i landdistrikterne. Et samarbejde der udviklede sig til også at omfatte UC SYD.

Jeg vil her gerne benytte lejligheden til at sige tak for deres inspiration og input undervejs i processen, som både har været med til at kvalificere rapporten, men som også har været med til at tydeliggøre alt det, som rapporten ikke har fået med. At dette arbejde kun er en første begyndelse i forhold til den helt nødvendige indsats i at afdække udfordringer og løsningsmuligheder.

Ambitionen med denne rapport er således med afsæt i, hvad den videnskabelige litteratur siger om ulighed i sundhed i relation til landdistrikterne. At adressere de vigtige temaområder i forhold til forskning og udvikling der kan være med til at reducere ulighed i sundhed i forhold til landdistrikterne. Samarbejdet omkring konferencen har vist, at vi har rigtig gode forudsætninger for at løfte dette forskningsområde, i det omfang vi kan finde finansiering til det. En ting der står lysende klart efter dette arbejde er, at alt peger på, at ulighed i sundhed vil vokse kraftigt de kommende år i forhold til landdistrikterne, hvis der ikke mobiliseres en kraftig indsats for at bremse denne udvikling.

Rigtig god læselyst

Centerleder Egon Bjørnshave Noe  
Esbjerg, juni 2022

## LÆSEVEJLEDNING

Rapporten er delt op i fire kapitler:

- 1) En indledning, der rammesætter ulighed i sundhed i et landdistriktsperspektiv og motiverer rapportens formål.
- 2) Et metodeafsnit, der beskriver, hvordan undersøgelsen er tilgået og klarlægger væsentlige begreber og perspektiver.
- 3) Et kortlægnings- og analyseafsnit, der beskriver resultaterne af undersøgelsen. Dette afsnit er delt op i fire underpunkter, der hver indeholder en opsamling med de væsentligste hovedpointer.
- 4) En opsamling og konklusion, der opsummerer hovedpointerne og -resultaterne i de tre foregående afsnit.

For den fulde indsigt henviser vi til, at man læser rapporten i sin helhed. Ønsker man udelukkende at stifte bekendtskab med hovedresultaterne, anbefaler vi, at man læser rapportens indledning, opsamlingerne til de fire underpunkter under kapitel 3 (kapitel 3.1.1, kapitel 3.2.8, kapitel 3.3.6 og kapitel 3.4.1) samt rapportens opsamling og konklusion (kapitel 4).

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.</b>	<b>INDLEDNING .....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>METODE, PERSPEKTIVER OG CENTRALE BEGREBER.....</b>	<b>7</b>
2.1	Hvad er sundhed, hvordan iagttages det og hvor lægges fokus? .....	8
2.2	Hvad er ulighed i relation til sundhed i et landdistriktsperspektiv?.....	9
2.3	Hvad er landdistrikter, og hvordan iagttages disse i relation til ulighed i sundhed? .....	10
<b>3.</b>	<b>HVAD SIGER LITTERATUREN? - KORTLÆGNING OG ANALYSE.....</b>	<b>13</b>
3.1	Metodereflektioner .....	13
3.2	Uligheder i sundhed i landdistrikterne og årsager til disse .....	16
3.3	Strukturel ulighed og sundhedsydelse .....	24
3.4	Innovation i forhold til sundhedsydelse i landdistrikterne .....	29
<b>4.</b>	<b>HVAD VISER VORES KORTLÆGNING - OPSAMLING OG KONKLUSION..</b>	<b>32</b>
	<b>REFERENCER .....</b>	<b>36</b>

## 1. INDLEDNING

Det er sundt at bo på landet. Tæt på naturen med frisk luft, mindre stress og gode sociale relationer til naboerne. Det er en forestilling, mange deler, og for så vidt også det billede, der tegner sig i den internationale forskningslitteratur. Men betyder det så, at sundhedsudfordringerne er mindre på landet end i byerne?

Inden for sundhedsforskningen er der i stigende grad fokus på sammenhængen mellem social ulighed og sundhed. Forskningen viser, at der er en stærk sammenhæng mellem social status og udbredelsen af en række livsstilssygdomme (Arcaya, Arcaya, og Subramanian 2015; Algren m.fl. 2015; Marmot 2005; Mackenbach m.fl. 2008; Kawachi m.fl. 1997). Der er imidlertid forholdsvis begrænset forskningslitteratur, der har beskæftiget sig med problematikken i et decideret landdistriktsperspektiv. Det til trods for, at en del forhold må forventes at være med til at gøre ulighed i sundhed til en særlig men ikke mindst voksende udfordring i forhold til landdistrikterne:

- Den demografiske udvikling betyder, at der i landdistrikterne er en overrepræsentation af den ældre del af befolkningen (Lindhardt m.fl. 2015).
- Der sker en migration af ressourcetsvage imod landdistrikterne, hvor huslejeomkostningerne er lave (Caspersen 2022).
- Centraliseringen af uddannelserne og offentlige arbejdspladser betyder, at en stor andel af de ressourcestærke unge flytter væk, og at det kun er få af disse, der vender tilbage (Danmarks Statistik 2021).
- Strukturreformen betyder, at en del opgaver er flyttet fra de tidligere amter over til kommunen, fra sundhedsloven over til serviceloven (Juil og Udvalget om evaluering af kommunalreformen 2013).
- For land- og yderkommunerne stiger sundhedsomkostningerne, samtidig med at skattegrundlaget falder.
- Strukturreformen, og dermed centraliseringen inden for sundhedssektoren betyder, at der for mange udsatte borgere, bliver større afstand til sundhedsydelse.

Sundhed og ulighed og ikke mindst hvordan man kan håndtere denne ulighed i forhold til landdistrikterne er en meget kompleks problemstilling, der kalder på **en tværfaglig og sammenhængende analyse af udfordringen i forholdet mellem sundhed og social ulighed i et landdistriktsperspektiv.**

Udover det traditionelle sundhedsområde, inkluderer problemkomplekset således helt indlysende også en række samfundsfaglige discipliner inden for økonomi, sociologi, politologi og jura. I overensstemmelse hermed er udgangspunktet for dette litteraturreview en multiperspektivisk tilgang (Alrøe og Noe 2014).

Formålet med denne rapport er således at kortlægge eksisterende relevant forskning inden for forskellige discipliner, der kobler sundhed og ulighed i et landdistriktsperspektiv. Dels for at belyse og kvalificere de særlige udfordringer der er i forhold til landdistrikterne, og dels i forhold til at identificere relevante centrale forskningstemaer i forhold til denne kompleksitet, og at kvalificere udgangspunktet for relevante multidisciplinære forskningstilgange til at udforske disse temaer i en dansk kontekst.

## 2. METODE, PERSPEKTIVER OG CENTRALE BEGREBER

Et litteraturreview af sundhed og ulighed i et landdistriktsperspektiv kalder på særlige refleksioner, som kan betegnes som et Mixed Method Review (Grant og Booth 2009), hvor vi både søger at kortlægge den forskning, der er gennemført på området, både kvalitativt og kvantitativt, og søger at identificere de temaer og dimensioner af ulighed i sundhed i et landdistriktsperspektiv, som kommer tydeligst frem i forskningen, og endelig at identificere de centrale udfordringer som de forskellige forskningstilgange identificerer i forhold til dette forskningslandskab. At det er et problemkompleks, der omfatter mange forskellige discipliner, betyder for det første, at vi skal orientere os inden for mange forskellige typer tidsskrifter, hvilket med nutidens søgemaskiner er relativt overskueligt at gennemføre. En større udfordring er, at forskellige forskningsdiscipliner bruger vidt forskellige begreber (og dermed søgeord) i forhold til det samme overordnede problemkompleks, en udfordring vi også kender fra litteraturen omkring Wicked Problems (Alrøe og Noe 2014)

I forhold til at gennemføre et multiperspektivisk litteraturreview og kortlægning af sundhed og social ulighed i et landdistriktsperspektiv, der inddrager litteratur og empiri på tværs af forskellige discipliner og forskningstilgange, må vi indledningsvist afklare hvilke begreber som forskningslandskaberne anvender i deres forskning i forhold til at identificere relevante søgeord gennem at besvare følgende spørgsmål:

- 1) Hvad er sundhed, hvordan iagttages det og hvor lægges fokus?
- 2) Hvad er social ulighed og hvordan iagttages det?
- 3) Hvad er landdistrikter (det rurale), og hvordan iagttages dette i relation til ulighed i sundhed?

Udfordringen er, at forskellige tilgange opererer ud fra forskellige definitioner og samtidig hermed forskellige ideer om faktorer og årsagssammenhænge. Spørgsmålene bør derfor undersøges empirisk i forhold til, hvordan de enkelte forskningsbidrag i litteraturreviewet forholder sig til disse begreber og sammenhænge.

Indledningsvist er det dog relevant at gøre sig nogle teoretiske overvejelser i forhold til, hvad vi skal være opmærksomme på i forhold til litteraturen for at kunne besvare disse spørgsmål. Nok så vigtigt er det også at gøre sig disse teoretiske overvejelser som udgangspunkt for, hvilke søgeord vi kan bruge for at finde frem til relevant litteratur fra de forskellige forskningsperspektiver på området.

De to første spørgsmål er behandlet grundigt i litteraturen inden for de respektive forskningstraditioner. Derfor vil vi kun give et kort overblik over, hvordan vi håndterer dem i denne kortlægning. Det tredje spørgsmål - eller forskningslandskab - er mere komplekst at forholde sig til i relation til sundhed og ulighed. Det centrale spørgsmål er, hvorledes stedet spiller ind på forholdet mellem social ulighed og sundhed. Hvad er det for forventninger eller hypoteser, vi kan have til disse sammenhænge? I det følgende vil vi kort redegøre for det udgangspunkt, der er taget i denne kortlægning.

## 2.1 HVAD ER SUNDHED, HVORDAN IAGTTAGES DET OG HVOR LÆGGES FOKUS?

Sundhed/Health som overordnet begreb dækker over en række forskellige aspekter og synsvinkler (Arcaya, Arcaya, og Subramanian 2015). Den måske mest fælles autoritative definition af sundhed er WHO's:

”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”(WHO 2022).

WHO's definition fra 1946 fokuserer således på det, vi på dansk vil kalde livskvalitet, og handler dermed om mere end blot fravær af sygdom og skavanker. Inden for sundhedsforskningen og de mange forskningsdiscipliner, der arbejder med aspekter af sundhed, eksisterer der en meget omfattende vifte af forståelse af, og tilgange til, hvad sundhed er. Formålet med denne kortlægning er ikke at nå frem til en definition, men handler om at identificere de begreber, der anvendes i forhold til de forskellige perspektiver og tilgange, der er til at studere sundhed og ulighed i et landdistriktsperspektiv, og dermed hvilke forskelle de iagttages ud fra (Jacobsen m.fl. 1995: 232–233). Nedenfor er der en indledende, og ikke udtømmende, liste over begreber og deres modbegreber, der tjener til at navigere i forhold til litteratursøgningen og reviewprocessen. Sundhed kan iagttages som:

- Livskvalitet | Ikke livskvalitet
- Rask | Syg
- Sund livsstil | Usund livsstil
- I form | Ikke i form
- I balance | Stresset
- Mental sundhed | Mental Syg
- Egenomsorg | Ikke egenomsorg (Viden og kompetencer)

Et andet centralt teoretisk aspekt i forhold til begrebet sundhed i forlængelse af WHO's definition er, at ”health” både betragtes som en objektiv beskrivelse af sundhed, som fravær af lidelser og den subjektive oplevelse af livskvalitet og mulighederne for at leve et godt liv. Overordnet set kan man forvente, at der i den videnskabelige litteratur primært vil være fokus på det, der objektivt kan iagttages, vejes og måles.

I det omfang man ønsker at afdække den viden der er opnået fra de mange forskellige forskningsperspektiver, gør de mange forskellige måder at iagttage sundhed på reviewopgaven mere kompleks. I valget af søgeord har vi derfor tilstræbt at få så mange perspektiver med som muligt. Det er således et analytisk/empirisk spørgsmål at afdække, hvilke forskelle sundhed iagttages ud fra i de forskellige undersøgelser.



## 2.2 HVAD ER ULIGHED I RELATION TIL SUNDHED I ET LANDDISTRIKTSPERSPEKTIV?

Der er mange tilgange til at forstå og iagttage social ulighed i relation til sundhed. Her kan det som udgangspunkt være hensigtsmæssigt at kategorisere disse. Overordnet har vi valgt at skelne mellem følgende former for ulighed i forhold til sundhed: genetisk ulighed, økonomisk/materiel ulighed, social ulighed og en strukturel ulighed. I et vist omfang vil der være en korrelation mellem disse dimensioner af ulighed, men der er ikke nødvendigvis en én-til-en-kobling. Knyttet til begrebet ulighed er der også en række etiske, moralske og juridiske spørgsmål omkring, hvordan vi som samfund skal forholde os til denne ulighed. Det rækker dog langt ud over grænserne for dette review at dække disse spørgsmål.

### 2.2.1 GENETISK ULIGHED

I forhold til sundhed fødes vi med meget forskellige forudsætninger og dispositioner. Forholdet mellem arv og miljø har været et gennemgående tema i sundhedsforskningen, der de senere år har opnået en revitalisering med de stadig mere avancerede muligheder for genetisk kortlægning, f.eks. i forhold til forskning i obesity (Herrera og Lindgren 2010) og psykiatri (Shadrina, Bondarenko, og Slominsky 2018). I forhold til forskningen åbner det op for en række spor af både etisk og praktisk karakter. Dels det stigende fokus på at forklare forekomsten af forskellige psykiske og fysiske udfordringer ud fra genetiske markører, dels i forhold til det stigende fokus på personlig medicin, der så at sige er designet til den enkelte.

Umiddelbart kan vi ikke antage, at der i en dansk sammenhæng er systematiske forskelle i genpuljerne, der kan være med til at forklare forskelle i sundhed mellem land og by. Men det giver dog mening at antage, at der er en vekselvirkning mellem genetik og det omgivende miljø, hvor effekten af den sociale/materielle/strukturelle ulighed kan være med til at forstærke betydningen af den genetiske ulighed.

### 2.2.2 ØKONOMISK/MATERIEL ULIGHED

Økonomisk/materiel ulighed er traditionelt målt på indkomst, kapital og ejendom. Her kan det også være hensigtsmæssigt at skelne mellem relativ og absolut ulighed. Hvor relativ ulighed, f.eks. målt med gini-koefficient, er den økonomiske kapital set i forhold til det omgivende samfund (Pickett og Wilkinson 2015). Set i det perspektiv kan man have en forventning om, at der på områdeniveau kan være en stærkere sammenhæng mellem økonomisk ulighed, målt på indkomst, og ulighed i sundhed end på globalt niveau. De betyder at man kan have en hypotese om, at den relative ulighed i udkantsområderne er korreleret i forskellig grad til ulighed i sundhed i forhold til de større byer.

### 2.2.3 SOCIAL ULIGHED

Der er mange måder at iagttage og forstå social ulighed på (Shucksmith 2012). Bourdieus kapitalteori er en overskuelig tilgang til at se på forskellige former for social ulighed. I forhold til social ulighed kan man således dele det op i tre former for ulighed:

- **Kulturel kapital** angår kultiveret sprogbrug, uddannelsesbaggrund og kendskab til (fin)kultur.
- **Social kapital** vedrører slægtsskabsbånd, adgang til sociale netværk, venskaber osv.
- **Human kapital** vedrører de individuelle evner og kompetencer.

#### 2.2.4 STRUKTUREL ULIGHED

Strukturel ulighed er den ulighed, som de omgivende samfundsstrukturer koder for. Strukturel ulighed kan have mange former:

- Mulighed for politisk indflydelse
- Infrastruktur
- Adgang til uddannelse
- Adgang til sundhedsvæsenet og offentlige services
- Forskelsbehandling af køn
- Klasseforskelle
- Magtforhold og kultur
- Adgang til kapital
- Forskelsbehandling af alder

Den økonomiske ulighed er attraktiv at fokusere på i forskningssammenhænge, da det er muligt at få et objektivt mål. Den økonomiske ulighed er naturligvis også en væsentlig faktor i forhold til at iagttage social ulighed men langt fra dækkende. (F.eks. vil studerende blive kategoriseret som lavindkomstgruppe, men vil ofte være vokset op i velhavende hjem og være udstyret med sociale og humane kompetencer). Når det kommer til sundhedskompetencer både i forhold til egenomsorg og i forhold til adgang til sundhedsydelserne, kan man have en forventning om, at de andre kapitalformer er afgørende.

### 2.3 HVAD ER LANDDISTRIKTER, OG HVORDAN IAGTTAGES DISSE I RELATION TIL ULIGHED I SUNDHED?

En forudsætning for at kortlægge og belyse sundhed og ulighed ud fra en landdistriktsvinkel er, at vi gør os nogle solide overvejelser omkring, hvad vi forstår ved et landdistrikt som område og sted (space and place). Her kan vi så passende søge til humangeografien for nogle sammenhængende betragtninger. Som diskuteret ovenfor så finder man oftest ikke en lineær sammenhæng mellem graden af urbanitet, der vel lettest kan forstå som befolkningstæthed, og ulighed i sundhed. En del artikler adresserer dette ved at undersøge, hvad det egentlig er, vi forstår ved graden af landdistrikters ruralitet, altså hvad den modsatte ende af skalaen definerer i forhold til urbanitet.

Curtis og Jones (1998) definerer ”Space” som både et medium for, og et resultat af, sociale relationer. Det vil sige et systemisk blik på en lokalitet, der også indeholder en procesforståelse af et rum som socialkonstrueret. Landdistrikter defineres klassisk som en modsætning til byen; det rurale i forhold til det urbane. I en humangeografisk forståelse er afstand ikke entydigt fysisk defineret. Rum handler således også om social inklusion og eksklusion. Metodisk, set ud fra et humangeografisk perspektiv, betyder dette, at by-

landdistrikt ikke kun kan iagttages som en fysisk afstand, men også handler om i hvor høj grad et området er afkoblet fra magtens centrum i forhold til infrastruktur, økonomi og indflydelse (Bock 2016).

Curtis og Jones (1998) argumenterer herudover for at skelne mellem kompositionel (sammensætning af individer) og kontekstuelle (ecological study) effekter for at forstå de strukturelle, kontekstuelle og sociologiske effekter omkring folkesundhed. I tråd hermed vil vi betragte det som komplementære iagttagelsesperspektiver, der bidrager med hver sin del til forståelsen af sammenhængen, men som også konkurrerer om at forklare variationen i data (Alrøe og Noe 2016). I forhold til et landdistriktsperspektiv er det således også i høj grad de kontekstuelle faktorer, der er relevante at forstå. Her skelner Curtis og Jones mellem tre typer kontekstuelle effekter af potentiel betydning for sundhed:

- 1) Fysiske og biologiske risikofaktorer
- 2) Omgivelsernes betydning for sociale relationer (landskaber af materiel, forbrug, overvågning og kontrol):
  - Giddens, strukturation
  - Bourdieu, hverdagsliv og habitus
  - Foucault, social kontrol og diskurs
- 3) Landskabet - oplevelse af stedet

Curtis og Jones (1998) argumenterer således for multiperspektivisk tilgang til at belyse sammenhængen mellem sundhed og sted. Sted har betydning for sundhed i relation til kvaliteter knyttet til stedet. Disse kvaliteter kan være af forskellige karakterer eller landskaber for at blive i geografiens terminologi:

*Thus, instead of searching for a single grand theory to explain the role of place in inequalities in health, it may be that we should utilise complementary and interconnected theoretical approaches. Some authors have explicitly set out such theoretical frameworks to account for contextual effects (Curtis og Jones 1998, 654)*

**Tabel 1 - Alternative teoretiske perspektiver på sundhed og sted (oversat fra Curtis og Jones 1998)**

Teoretisk ramme	Fokus på landskaber
Økologi/epidemiologi	Økologisk landskab
Strukturering	Det materielle landskab
Habitus, forbrug og livsstil	Forbrugslandskab
Overvågning af territorie	Kontrollandskab
Oplevelse af sted	Terapeutisk landskab

Som det fremgår af overstående, er det meget kompliceret at analysere sammenhængen mellem sundhed og ulighed i landdistriktsperspektiv, da det ikke kun afhænger af, hvordan man iagttager sundhed og ulighed, men i høj grad også afhænger af stedets betydning og dermed, hvordan sted inddrages i analyserne.

Dette er med til at gøre et review over eksisterende viden på området udfordrende, ikke mindst fordi det forskningsmæssigt er vanskeligt at undersøge ud fra klassiske stringente tilgange. Som Curtis og Jones konkluderer:

*The difficulty of distinguishing a clear pattern of health difference between urban and rural areas does not necessarily imply that there are no differences in the processes affecting health in the two types of setting. Survey data reported by Cloke et al. (1997) show that rural dwellers are conscious of both benefits and disadvantages for wellbeing which are specific to rural settings. Thus, for example, lower levels of industrial and traffic pollution are balanced against other forms of pollution from agricultural activity. The tranquility, social support and cohesion of rural social life needs to be set against the problems of lack of stimulation, tensions between long-term residents and newer and sometimes less permanent 'incomers', and social isolation and exclusion which can develop in small communities ..(Curtis og Jones 1998, 665)*

### 3. HVAD SIGER LITTERATUREN? - KORTLÆGNING OG ANALYSE

Med afsæt i disse indledende overvejelser er der gennemført en litteratursøgning. Fokus i søgningen har været på de forskellige sundhedsfaser: Forebyggelse, behandling/sygdom og rehabilitering. Desuden har fokuset ligget i rural/urban sammenligning, hvilket betyder, at alle de fundne artikler med meget få undtagelser har fokus på skellet mellem landdistrikt og by.

*I forhold til litteraturreviewet er følgende søgeord anvendt:* health and social inequality rural vs. urban, health disparities rural vs. urban, quality of life rural vs. urban, wellbeing rural vs. urban, rehabilitation rural vs. urban, physiotherapy rural vs. urban, chiropractor rural vs. urban, dieticians rural vs. urban, physical activity urban vs. rural, associational life urban vs. rural, civic participation urban vs. rural, social life urban vs. rural, healthy lifestyle urban vs. rural, food habits urban vs. rural, nutrition urban vs. rural, health literacy urban vs. rural, health information access and use urban vs. rural, health education urban vs. rural, health attitudes urban vs. rural, health promotion urban vs. rural, working conditions urban vs. rural, jobs urban vs. rural, health prevention urban vs. rural, stress urban vs. rural, loneliness urban vs. rural, mental health urban vs. rural, Environment and health urban vs. rural. Desuden har vi også søgt relevante rapporter og publikationer fra bl.a. regioner, Sundhedsstyrelsen, mv.

Vi har som følge af denne strategi fundet frem til 283 referencer, der favner meget bredt. Overordnet har vi valgt at bearbejde resultaterne af dette litteraturreview og kortlægning i underoverskrifterne:

- Metoderefleksioner, herunder hvilke centrale metodiske overvejelser der gøres i de forskellige artikler.
- Uligheder i sundhed og årsager til disse, herunder en identifikation af de temaer, der dominerer i et landdistriktsperspektiv.
- Strukturel ulighed og sundhedsydelse, herunder hvad er det for ulighed i sundhed som sundhedsvæsenet er med til at forstærke eller skabe.
- Innovation i forhold til sundhedsydelse i landdistrikterne, herunder hvordan en række artikler beskæftiger sig med initiativer til at håndtere sundhedsudfordringer i landdistrikterne og at håndtere den stigende ulighed.

#### 3.1 METODEREFLEKTIONER

Et af de mest gennemgående metodediskussionsemner i forholdet mellem ulighed og sundhed på landet er, hvordan 'landet' defineres, og hvad der danner grundlag for at opføre ulighed. Som en indgang til dette afsnit kan man fremhæve to hovedudfordringer. Den ene udfordring er, at der i forhold til den ulighed man identificerer, ikke er en særlig klar sammenhæng mellem den geografiske afstand mellem center og periferi. Det vil sige, at de forskelle man finder er nonlinear, hvor man finder store forskelle landdistrikter imellem internt mellem forskellige bydele. Den anden metodiske udfordring er, at de forskelle man identificerer ofte forsvinder, når man kontrollerer for de socioøkonomiske faktorer, hvilket åbner op for spørgsmålet omkring, hvordan vi skal forstå kausaliteten i de forskelle vi finder?

Litteraturgennemgangen viser meget modstridende resultater omkring, hvorvidt koblingen mellem ulighed og sundhed i landdistrikterne forstærkes. En udfordring er bl.a., at sammenhængen mellem social ulighed i sundhed er **non-lineær** i forhold til en land/by dimension, da man finder, at sundhedstilstanden i befolkningen stiger i forstæderne og områderne i nærheden af de større byer for at aftage igen i forhold til de mest fjerntliggende områder:

*Shouls et al. (1996), found the contextual effects due to rurality to be rather unclear in their analysis of individual reporting of illness in the 1991 census and they suggest that this may be because the statistical association between health and rurality may be non-linear. (Curtis og Jones 1998, 663)*

I forhold til de statistiske analyser er der også en skalaudfordring. I forhold til de statistiske sammenligninger med de tyndtbefolkede, må man enten acceptere stor statistisk usikkerhed som følge af den lille populationsstørrelse eller øge det geografiske område, hvilket vil sløre de reelle forskelle:

*However, this might be due to the smaller population size of rural wards; the correlation coefficients between deprivation and health were found to become stronger for rural areas when wards were aggregated up into larger units. Congdon (1994) found that the small area association between deprivation and health was stronger in Greater London than in the more rural setting of East Anglia, though some of the strongest links between deprivation and health were found in metropolitan suburbs rather than in the inner city (Curtis og Jones 1998, 663).*

Cohen m.fl. (2018, 293) finder, at “that rural-urban status is both a continuum and multidimensional. Distinct elements of rural-urban status may influence health in nuanced ways that require additional exploration in future studies.” De påpeger at analyser baseret på en dikotomisk skelnen mellem land og by, kan være med til at understøtte nogle overordnede interventionsprogrammer, men samtidig også være med til at sløre vigtige betydninger af den aktuelle kontekst, f.eks. i form af den socioøkonomiske status af et område.

Nogle studier peger også på, at de faktorer, der bruges til **måling af uligheder** i byerne, ikke nødvendigvis har samme effekt på landet. For eksempel har arbejdsløshed større psykosociale effekter på landet men større økonomiske effekter i byen. På samme måde er f.eks. bilejerskab ikke nødvendigvis et resultat af velstand på landet, men mere en nødvendighed (Terashima m.fl. 2014). Haynes og Gale (2000) fandt, at de konventionelle mål for fattigdom (“deprivation”) er meget mere relaterede til dårlig sundhed i byområder end i landområder. De skriver også, at forskelle mellem gennemsnitlig sundhedsstatus mellem urban og rural befolkning i East Anglia reflekterer distributionen af de socioøkonomiske betingelser, og de konkluderer derfor, at sundhed er lige så afhængig af socioøkonomisk status i urbane distrikter, som det er i sammenlignelige rurale områder. Desuden peger de på, at gennemsnitlige deprivation-målinger per distrikt kan give et pålideligt billede af det relative behov i bymiljøet, hvor folk med lignende socioøkonomiske karakteristika plejer at koncentrere sig i et område, mens dette kan være misvisende i en rural kontekst, hvor der modsat byområder er større forskelle husstande imellem i forhold

til socioøkonomisk baggrund. Det leder også til, at brug af sådanne gennemsnitlige deprivation scores kan skjule de fattigste og dermed påvirke den analytiske tilskrivning af betydning af ressourcer for de enkelte områder.

Riva m.fl. (2009) finder, at der ikke er systematisk forskel i sundhed mellem land og by målt på selvrapporeret sundhedstilstand. Men de finder, at der er stor intern ulighed i sundhed i landdistriktsområderne. De peger ligeledes på, at de socioøkonomiske forhold kan være med til de områdeforskelle, man finder i forhold til de psykosociale og helbreds-mæssige forskelle:

*“health in rural areas is not systematically better, or worse, than in urban areas. .... significant variation between rural areas in poorer self-rated health and mental health outcomes (independent of the individuals’ characteristics) suggests **the existence of health inequalities in rural areas**, ..... our results suggest that after controlling for area deprivation, urban– rural disparities were attenuated. The positive effect of rural areas on psychosocial health outcomes and negative effect in relation to excess weight were no longer apparent when area-level deprivation was considered. This suggests that health differences between large cities and more rural areas may be largely accounted for by differences in socioeconomic conditions between poor urban localities and more affluent rural places” (Riva m.fl. 2009, 661).*

Et af de få studier som har gennemført en multifaktoranalyse, bestående af befolkningens sundhedsstatus, demografiske og socioøkonomiske karakteristika, livsstil, og sundhedsservice, fandt, at mens der er mange forskelle mellem land og by, er disse ikke et resultat af summen af sundhedsfaktorer, men skyldes mere nogle specifikke sundhedsproblemer, hvor det især er høj børnedødelighed, lungekræft, trafikuheld og selvmord, der forklarer den højere dødelighed i landområderne (Pampalon, Martinez, og Hamel 2006). De afgørende faktorer i forhold til dødeligheden er også forskellige mellem land og by, hvor der er store kontraster i demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Undersøgelsen finder, at de generelle økonomiske forhold (befolkningstilvækst, beskæftigelse, uddannelse og indkomst) er bedre i byen, mens familiestrukturer generelt er bedre på landet. I forhold til livsstil fandt dette studie, at folk på landet drikker mindre, men ryger mere og er mindre fysisk aktive og oftere overvægtige end befolkningen i byen. Pampalon m.fl. (2006) fandt også forskelle i organisationen af sundhedssektoren med større brug af praktiserende læger og mindre brug af hospitaler på landet end i byerne. En vigtig pointe som de fremhæver er, at sammenligning mellem land og by forbliver meget begrænsede, da begge grupper er geografisk store og begge indeholder områder med varierende sundhedsstatus og dennes determinanter. I deres studie var det de områder tættest på de store byer, der havde de bedste sundhedstilstand, mens det så værst ud for dem længst væk fra byernes indflydelseszone (Pampalon, Martinez, og Hamel 2006).

### 3.1.1 OPSAMLING PÅ METODEREFLEKTIONER

Det er meget forskellige resultater, man kommer frem til i forhold til, hvorvidt land-by dimensionen har en betydning for sundhed og ulighed. En del af dette må naturligvis tilskrives den nationale kontekst, som de forskellige undersøgelser er foregået under og dermed de kulturelle og samfundsmæssige forskelle. Men en række tematiske overvejelser går igen i de forskellige undersøgelser.

Der er ikke nødvendigvis en snæver lineær sammenhæng med afstand til større byer; det er derimod en række andre forhold, der er bestemmende og definerende for den sociale ulighed i et landdistriktsperspektiv. Dette flugter også med den seneste strømning inden for den rurale sociologi, hvor man i højere grad definerer og arbejder med afstand i form af afkobling i forhold til viden, ressourcer, økonomi og indflydelse (Bock 2016). Den analytiske klassificering af stedet er således en central metodisk udfordring/spørgsmål.

Det har stor betydning hvorvidt man tager kompositionel eller kontekstuel tilgang. En række undersøgelser konkluderer, at der ikke er forskelle i relation mellem sundhed og ulighed, når man kontrollerer for de socioøkonomiske faktorer. I forlængelse af ovennævnte rejser dette spørgsmålet om, hvilke forventninger vi kan have til, at denne afkobling har effekt på social ulighed og sundhed. Måske er det netop på de socioøkonomiske faktorer, afkoblingen i forhold til landdistrikterne slår igennem - og dermed den øgede sociale ulighed.

Statistisk set er der en udfordring i, at der for de tyndt befolkede områder er så få observationer, at variationen slører de statistiske forskelle, og man derfor er nødt til at gennemføre analyserne på aggregeret niveau, hvorved områdeforskelle bliver sløret.

Det er meget afgørende, hvilke faktorer man vælger at inddrage, og dermed også hvilken type data man involverer i analyserne. Dette understøtter argumentet og behovet for en multiperspektivisk tilgang til at analysere denne kompleksitet i forhold til at opnå en dybere forståelse af disse komplekse sammenhænge.

## 3.2 ULIGHEDER I SUNDHED I LANDDISTRIKTERNE OG ÅRSAGER TIL DISSE

Givet disse metodiske udfordringer er det alligevel interessant og relevant at dykke nærmere ned i, hvad de forskellige studier finder. Der er få undersøgelser, der afdækker de mere generelle uligheder i forhold til sundhedsstatus. Verheij, Maas, og Groenewegen (2008) finder, at byboernes sundhedsstatus er ringere end deres rurale modsætningers i Holland og mange andre vesteuropæiske lande. Dette gør sig endnu mere gældende for mental sundhed. Som diskuteret under metoderefleksioner så finder en lang række artikler, at der er en nonlinear sammenhæng, og overordnet set ser der ud til, at forhold mellem ”urbanicity” og sundhed beskriver en omvendt U-formet kurve, hvor man finder den ringeste sundhedstilstand i henholdsvis de tættest befolkede områder og de mest fjerne og tyndt befolkede områder i hver sin ende af center-periferiskalaen. De skriver om to hypoteser, der kan forklare disse forskelle: Avler (”the breeder”) og driftshypotese, hvor den



første tilskriver årsagen den ringere sundhedstilstand, at folk bliver eksponeret for miljøfaktorer der er specifikke for byer (forurening, trafik, dårlig boligkvalitet), samt adfærd der er tilknyttet det urbane liv (rygning, for meget alkohol), mens den anden tilskriver årsagen til en lavere geografisk sundhed, at socialt udsatte flytter til et specifikt sted. Blandt ældre rurale samfund i Finland fandt Fogelholm m.fl. (2006), at dårligere sundhed kunne forklares med den socioøkonomiske baggrund (uddannelse) og sundhedsvaner. Her fandt de, at byboere generelt har bedre sundhedsvaner end landboere. En forskel de fremhæver kunne skyldes ringere adgang til sportsfaciliteter og lavere social support for fysisk aktivitet på landet. Man finder også en forskel i spisevaner, hvor de mere usunde spisevaner hos landboerne tilskrives længere afstande til supermarkedet (afstand og transport), men også traditionelle spisevaner af landboere.

Sørensen og Guðlaugsdóttir (2019) lavede en sundhedsoversigt for landdistrikterne, mindre byer og større byer i Region Midtjylland. Der var flere dagligrygere i landdistrikterne, og af disse var der færre af dem i de sociogeografisk stærkere områder, mens der var flest i de svage områder. Højrisikoalkoholforbrug var ikke forskellig mellem land og by, men var højest i de socialt svageste områder på landet. Der var heller ikke forskel mellem land og by på fysisk inaktivitet, mens der på landet var færre fysisk inaktive i de socialt stærkeste områder. Der var flere med usundt kostmønster i landdistrikterne end i hele regionen og de større byer med bedre mønster i de socialt stærkere områder og værre i de socialt svagere. Det samme gjorde sig gældende for svær overvægt. Der var ikke forskel mellem land og by i forhold til dårlig selv vurderet helbred, nedsat arbejdsevne eller oplevelse af høj behandlingsbyrde. Men andelen af folk med fire eller flere kroniske sygdomme og dem, som har svært ved at forstå information om sundhed, var højere på landet end i byerne. På landet var dårligt selv vurderet helbred, nedsat arbejdsevne, fire eller flere kroniske sygdomme og svært ved at forstå information om sundhed værst i de socialt svagere områder og mindre dårligt i de stærkere områder. Mental sundhed var generelt bedre i landdistrikterne, og kun stress var forskellig mellem socialt stærkere og svagere områder. I det følgende vil vi se nærmere på nogle af de mere specifikke områder, som reviewet har afdækket.

### **3.2.1 KRONISKE LIDELSER, BL.A. DIABETES, HJERTESYGDOMME OG OVERVÆGT**

Riva m.fl. (2009) fandt, at folk på landet har signifikant mindre sandsynlighed for at rapportere deres sundhedstilstand som dårlig og at indberette almene psykiske sygdomme og dette uafhængig af deres social-demografiske karakteristika. I modsætning hertil viste et studie fra Canada, at folk fra små byer (towns) havde flere kroniske lidelser, som hjertesygdomme, kræft, diabetes, slagtilfælde, end dem i store byer. Man fandt en stærk sammenhæng med arbejdsløshed og kroniske lidelser for alle geografiske områder, men det var mest helbredsskadeligt for mænd i de mest urbane områder (Terashima, Rainham, og Levy 2014).

Et amerikansk studie viste, at flere folk der boede på landet, oplevede kroniske smerter og rapporterede smerterne som mere intense, end dem der boede i byen. Forfatterne fandt, at forskellen mellem typer af arbejde mellem land- og bybefolkning ikke hang sammen med kroniske smerter, og det gjorde den gennemsnitlige årlige indkomst heller ikke. De skriver derfor, at flere kroniske smerter blandt landfolk muligvis kan forklares med, at de har mere tid til refleksion og monitorering af deres smerter, pga. et mindre stimulerende

miljø, mens byfolk har flere distraktioner i deres miljø, der tiltrækker deres opmærksomhed i stedet for smerterne. Alternativt kan det skyldes, at byfolk får mere behandling for smerterne, end landfolk gør (Hoffman, Meier, og Council 2002).

Fedme har ofte været undersøgt specielt i forhold til børn og unge. Davis m.fl. (2011) fandt, i et amerikansk studie, at flere børn på landet var overvægtige end dem i byen. Overvægten var på den ene side tit forårsaget af mangel på fysisk aktivitet, og på den anden side megen digital underholdning. Et canadisk studie fandt også flere overvægtige børn på landet og i små byer end i de større byer. Børnene på landet og i de små byer var dog her mere fysisk aktive end dem i byen. Omvendt fik de en dårligere diæt (Simen-Kapeu og Veugelers 2010). Mens en del andre studier fra bl.a. USA, UK og Canada viste lignende resultater – dårligere form, mindre fysisk aktivitet og flere overvægtige på landet, er der også studier fra andre lande, der viser det modsatte. For eksempel fandt Hodgkin m.fl. (2010), at børn, der boede på landet, var slankere end dem fra byerne i New Zealand. De foreslår den fysiske og sociale miljø/kontekst i landet som forklaring på forskellen fra andre lande. Lignende resultater om slankere børn i bedre form var fundet i Spanien og Tyrkiet (Chillón m.fl. 2011; Özdirenç m.fl. 2005). Wen m.fl. (2018) fandt, at sandsynligheden for overvægt/fedme var højere på landet sammenlignet med byen, men forskellen kunne overvejende forklares med den individuelle uddannelsesnivea, nabolagets indkomst og det byggede miljø.

Priftis m.fl. (2007) fandt i deres studie af græske børn, at dem der voksede op i højtrafikeret, forurenede urbant miljø havde højere prævalens af høfeber og skin-test reaktion på almen inhalerede allergener end børn fra rurale miljøer. Der var dog ikke forskel mellem børnene i forhold til astma, hiven efter vejret eller eksem. I artiklen diskuteres, om dette skyldes den såkaldte 'plantebeskyttelseeffekt (brug af sprøjtemidler)', mere byforurening eller en blanding af begge.

Moore, Akinyemiju, og Wang (2017) undersøgte variationer i lungekræftdødelighed mellem distrikter i USA. De fandt, at dem med højest dødelighed og luftforurening var ikke-urbane distrikter med lav socioøkonomisk status. Relationen mellem den høje luftforurening og lungekræftdødelighed blev svækket, da de kontrollerede for rygning og de socioøkonomiske faktorer (husstandsindkomst, uddannelse, voksen overvægt, og fysisk inaktivitet), hvilket tyder på, at dødeligheden kunne forklares af de almene faktorer som bidrager til lungekræft.

### **3.2.2 SVARPROCENT, FEJLKILDER OG BESVARELSER FORDELT EFTER REGION OG POSITION I FORENINGEN**

Breslau m.fl. (2014) undersøgte depression og andre alvorlige psykiske sygdomme i fire forskellige geografiske områder i USA – large metropolitan areas, small metropolitan areas, semi-rural og rural areas. De fandt ingen forskelle i den almene mentale sundhedstilstand mellem large metropolitan og rural areas, men at den mentale sundhedstilstand var ringere i de mindre byer. Disse resultater tyder således på, at U-kurven for den mentale sundhed vender modsat i forhold til den fysiske sundhed. Tættere på Danmark har Dahlberg m.fl. (2007) kigget på et by- og et landområde i Sverige. De fandt flere psykiatriske symptomer og misbrug i byerne end på landet, men de fleste forskelle forsvandt, da de tog højde for ulige aldersdistribution. Skadeligt alkoholforbrug var også højere i

byerne end på landet, mens flere byfolk havde været i kontakt med sundhedsservice end dem på landet. Et canadisk studie fandt lavere risiko for depression på landet end i byen, som de i deres undersøgelse forklarer med en stærkere social tilknytning "sense of community belonging" (Romans, Cohen, og Forte 2011). I forhold til undersøgelse af mental sundhed hos unge, viste for eksempel Elgar, Arlett, og Groves (2003), at stressniveau og måder at håndtere det på er meget lige mellem unge på landet og i byen. Unge mænd i byerne havde dog flere konflikter end kvinder i byerne og mænd på landet. Searles m.fl. (2014) undersøgte forskelle mellem selvmord på landet og i byen i USA. De fandt, at folk der begår selvmord på landet, sjældnere har fået en psykisk diagnose og behandling end dem i byerne, mens forekomsten af depressive symptomer var den samme for begge områder. Endvidere viser litteraturen også, at der er mere depressive symptomer hos ældre i byen end på landet, og at der er stor betydning af det sociale netværk (Kovess-Masféty m.fl. 2005; Evans 2009).

### 3.2.3 LIVSKVALITET

På trods af en stigende ulighed i forhold til de socioøkonomiske faktorer mellem land og by tyder en række studier på, at man generelt angiver en høj livskvalitet i landdistrikterne (Johansen et al., 2022). En dansk rapport fandt livskvalitet blandt landboere til at være lidt højere end blandt byboere, men forskellene var ikke ret store, og forskellen forsvandt, da der blev justeret for socioøkonomiske variabler. Rapporten fandt, at forskellen kunne forklares ved, at der er flere folk på landet, der bor sammen med en partner, samt at der er færre højtuddannede, der bor på landet (Sørensen, 2018). Et skotsk studie fandt, at borgere i de mere fjerne rurale områder havde højere livstilfredshed end dem fra ikke rurale områder, og det selv efter at tage højde for andre faktorer (Gilbert, Colley, og Roberts 2016). Samtidigt var der ikke forskel på folk fra rurale områder, der lå tættere på byer og dem længere væk fra byerne. Der var heller ingen urban-rural forskel i det mentale velvære. Forklaringen på den højere livstilfredshed i de mere fjerne landområder kunne ligge i selektiv migration, hvis dem der vælger at blive boende eller at flytte til disse områder er forskellige fra dem, som bosætter sig i byerne i forhold til deres værdier, forventninger, personlighedstræk, eller andre ikke-observerede faktorer, der er vigtige for subjektivt velvære. Alternativt kunne dette mønster reflektere en oprigtig stedeffekt, at på trods af ulemperne forbundne med afsides beliggenhed er der fordele af afsides ruralt liv, som resulterer i højere livstilfredshed. Dette kunne være sociale eller miljømæssige faktorer (Gilbert, Colley, og Roberts 2016).

Hoffman, Meier, og Council (2002) undersøgte forholdet mellem kroniske smerter, sociale begrænsninger og livskvalitet. Der var flere med kroniske smerter og med mere intense smerter på landet, og mens livskvaliteten var højere hos dem uden kroniske smerter, var der ingen forskel mellem urban og rural befolkning. Det samme gjorde sig gældende for forskellen i social støtte. Høj livskvalitet blandt landfolk med kroniske smerter var forbundet med lave sociale begrænsninger, hvilket betyder, at støtte fra familie og venner er gavnlig i forhold til at hjælpe patienter med at kunne klare kroniske smerter. I den urbane befolkning var livskvalitet og sociale begrænsninger ikke signifikant relaterede.

Delbosc og Currie (2011) fandt svage og ikke-konsistente sammenhænge mellem udfordringer med transport (afstand, adgang til offentlig transport, omkostninger, mv.) og social eksklusion, mens koblingen mellem ulemper ved transport og livskvalitet var stærkest i deres regionale (rurale) sample, længst væk fra storbyen. Denne lavere subjektive livskvalitet skyldtes ifølge deres studier udfordringer ved at få adgang til aktiviteter. Deres resultater viste at der er en stærk sammenhæng mellem det at opleve udfordringer med transport og oplevelse af livskvalitet.

### 3.2.4 STEDETS BETYDNING

Der er flere koncepter inden for human- og kulturgeografi, som kan være relevante at inddrage i studier af forskelle på sundhed, specielt den mentale mellem land og by, heriblandt "place attachment". Tilknytning til stedet kan være rigtig positiv i forhold til social kapital og den mentale sundhed, men også være stærkt negativ når tilknytningen bliver brudt eller bliver årsag til stigmatisering (Low og Altman 1992; Manzo og Devine-Wright 2013).

En diskussion af stedets betydning for sundhed, og de forskellige geografiske perspektiver på det, findes hos Gesler (1992). Hans koncept af et terapeutisk landskab er inspireret af kulturgeografi, som anerkender, at landskab både er præget af fysisk (naturlig) og bebygget miljø, men også er et produkt af menneskelig forstand og materielle forhold, at landskaber reflekterer både menneskelige intentioner, aktioner, begrænsninger og strukturer som samfundet pålægger mennesket. Desuden er landskabsformation en dynamisk proces i konstant udvikling formet af samspillet, forhandlinger mellem de fysiske, individuelle og sociale faktorer. Blandt disse landskaber er behandlingsrummet, som er formet både af de fysiske egenskaber af rummet, men også af de ideer og hensigter, aktørerne i rummet har, samt de strukturelle kræfter som er grundlæggende for patient-læge forholdet (Gesler 1992). I relation til de naturlige omgivelser viser flere hollandske studier, at tilgængeligheden til grønne områder kan være en vigtig faktor i forklaringen af de urban-rurale forskelle. Dette gjorde sig gældende for både en radius af 1 og 3 km fra ens bolig, og der var ikke en forskel mellem effekten af grønne landbrugsarealer, 'ægte' natur, eller urbane parker (Verheij, Maas, og Groenewegen 2008).

### 3.2.5 STIGMA OG TABU

En del undersøgelser fokuserer på betydningen af stigmatisering, især i forhold til behandling af psykiske sygdomme. I forhold til stigma skelnes der i litteraturen mellem offentlig stigma i form af stereotyper, fordomme og diskrimination og egen stigma i form af en internalisering af den offentlige stigma (Stewart, Jameson, og Curtin 2015).

Et amerikansk studie finder, at byboere havde nemmere ved at blive enige om at indgå i en depressionsbehandling med sundhedspersonale end landboerne. Samtidig var stigma lavere blandt byfolk, end folk der boede på landet. Da der blev taget højde for indkomst og specielt uddannelse, forsvandt mange af forskellene, men stigmaet var stadig højt blandt mænd på landet (Jones, Cook, og Wang 2011). Blandt ældre viste et studie, at dem, der boede i de mest isolerede landdistrikter havde det højeste niveau af offentlig og selvstigma samt lavere niveau af psykologisk åbenhed, end ældre der boede i byer - og dette selv efter, at der blev taget højde for uddannelse, arbejde, og indkomst. Dog var der ikke

differencer i villighed til at bruge professionel hjælp ved betydelige lidelser. I overensstemmelse med andre påpeger de også mangler ved den konventionelle binære rural/urban skelnen (Stewart, Jameson, og Curtin 2015). I modsætning til disse resultater fandt et andet studie, at der ikke var en signifikant forskel mellem offentligt stigma, selv-stigma og holdninger til at søge psykologisk hjælp ved alkohol og stofmisbrug blandt folk på landet eller i byerne (Dschaak og Juntunen 2018).

### 3.2.6 RURALE KULTURELLE OG SOCIALE NORMER OG VÆRDIER

Rurale folk er ofte mere tilbøjelige til at udsætte lægebesøget (Spleen m.fl. 2014). Dette kan måske hænge sammen med forskel i holdninger, værdier og tro i forhold til sundhed. En undersøgelse afdækker, at der er større grad af stoicisme og fatalisme i rurale områder end i byerne, men finder også, at der er en klar generationsvinkel (Howat, Veitch, og Cairns 2006). Større grad af fatalisme i rurale områder end i byerne gør sig også gældende i forhold til kræft (Befort m.fl. 2013). I deres studie om forskelle mellem land- og byboerne i forhold til brugen af forebyggende sundhedsydelser diskuterer Casey, Thiede Call og Klingner (2001) kulturen som en mulig forklaring. De skriver, at flere forskere har peget på, at traditionelle rurale værdier - som selvstændighed, individualisme, præferencer for uofficielle støttenetværk og modvilje til at søge lægehjælp, medmindre de er alvorligt hæmmede af helbredsproblemer - kan gøre landboere tøvende i forhold til at op-søge præventive ydelser. I forhold til "health locus of control" (om sundhed er noget, man selv har kontrol over eller noget, der er styret udefra) fandt Bettencourt m.fl. (2008), at den højere livskvalitet og mindre depression man fandt blandt brystkræftspatienter på landet var koblet med en højere grad af tro på, at helbredet er styret udefra, dvs. en højere grad af ekstern "health locus of control". Det var lige omvendt blandt patienter i de større byer, hvor det at føle sig underlagt magtfulde autoriteter var associeret med mere depression og lavere livskvalitet blandt patienter i byerne, da disse havde et højere intern "health locus of control".

Kulturen er en af tre parametre, der udgør den deterministiske triade, som Thomas, DiClemente, og Snell (2014) brugte til deres studie af tilslutning til HPV vaccine i tre rurale distrikter i USA. De finder, at folks opfattelse af risiko for kræft og deres niveau af tillid til sundhedsvæsenet er påvirket af kulturen i det lokalsamfund, som de lever i, og at det derfor er vigtigt at forstå denne kultur og dens effekt på adfærd, før man designer et sundhedsfremmeprogram. Deres studie handlede mest om forskellige kulturelle undergrupper fremfor rurale vs. urbane kulturer. Thomas, DiClemente, og Snell (2014) konkluderer, at den deterministiske triade af kultur, økonomi og geografisk placering er unikke for hvert lokalsamfund på landet, og selv hvis to lokalsamfund oplever samme sundhedsuligheder, er der stor sandsynlighed for, at hvert af lokalsamfundene har forskellig sammensætning af de kulturelle, økonomiske og geografiske determinanter. Denne triade udgør en kompleksitetsudfordring for sundhedsforskere, politiske beslutningstagere og de praktiserende sundhedspersonaler i deres bestræbelse for at udvikle sundhedsrelaterede interventioner, som er retfærdige, effektive, og der virker i praksis i forhold til lokalsamfund med få ressourcer.

### 3.2.7 SUNDHEDSKOMPETENCER

Zahnd, Scaife, og Francis (2009) finder i USA "health literacy" til at være lavere i landdistrikterne, men samtidig at denne forskel kan forklares med kendte faktorer. Specifikt i forhold til hjerteanfald og slagtilfælde var viden om symptomer lavere blandt landdistriktsfolk (Swanoski m.fl. 2012). Det samme gjorde sig gældende for HPV og HPV-vaccine (Mohammed m.fl. 2018), og et canadisk studie fandt lavere viden om HIV/AIDS på landet, samt at folk talte mindre om sygdommen på landet end i byen (Veinot og Harris 2011).

Et australsk studie har kigget på, hvordan "mental health literacy" i forhold til depression udviklede sig blandt unge mænd i en 10-årig periode. Det fandt en general stigning i både sygdomskendskab og behandlingskendskab over perioden, og stigningen var størst blandt mænd på landet, hvilket kunne skyldes højere opmærksomhed og uddannelsesforløb rettet mod depression (Eckert m.fl. 2010).

Folk fra landdistrikter viste sig til at bruge internettet mindre til søgning omkring sundhed, men dette kan hænge sammen med uddannelsesniveau, indkomst og bredbåndforbindelser (Hale m.fl. 2010). Ligeledes fandt Greenberg m.fl. (2018), at folk på landet havde mindre sandsynlighed for at have regelmæssig adgang til internet; så mens der ikke var forskel mellem dem og byboerne i at have elektroniske sundhedsjournaler fra deres læger, havde folk på landet lavere sandsynlighed for at administrere deres personlige sundhedsinformationer online og kommunikere via e-mails med deres sundhedsudbydere. Forfatterne foreslår således at kigge nærmere på, om dette lavere brug af "health information technologies (HIT)" skyldes mangel på internetforbindelse eller opmærksomhed på disse værktøjer.

Chen m.fl. (2019) kiggede på rural-urbane forskelle i adgangen til sundheds-relateret information fra 25 forskellige kilder, og hvordan health literacy forværrer forskellene. De fandt, at folk, der boede på landet, havde mindre adgang til flere sundhedsinformationskilder samt mindre brug af søgemaskiner for sundhedsinformationer, sammenlignet med folk der boede i byen. Efter at have taget højde for uddannelse, indkomst og etnicitet, havde folk på landet stadig lavere adgang til sundhedsinformation fra specialiserede læger, hvilket kan skyldes strukturelle faktorer. Generelt kunne lav indkomst, uddannelse og det at være en minoritet, forklare den lavere adgang til sundhedsinformationer. Studiet fandt også, at rurale folk med begrænset health literacy havde lavere adgang til medierne og akademisk litteratur sammenlignet med rurale folk med tilstrækkelig health literacy, mens der ikke var sådan en sammenhæng for urbane folk. Rurale folk med begrænset health literacy havde også mere sandsynlighed for at bruge virksomheder (også andre end farmaceutiske) som informationskilder, noget som urbane folk ikke gjorde. I forhold til selve sundhedssektoren brugte rurale folk sygeplejersker og lokale sundhedsmyndigheder som informationskilder mere end urbane folk gjorde (Chen m.fl. 2019).

I forhold til sundhedsfremme fandt et studie blandt australske sundhedsfremme personale, at dem der praktiserede på landet, havde mere brug for nogle specifikke kompetencer, end dem der praktiserede i byerne. Det drejede sig om kompetencer til at implemen-

tere sundhedsfremme, til at kommunikere igennem medier, forsknings/evaluerings kompetencer og brug af informationsteknologi (Shilton m.fl. 2003). Et andet australsk studie, der fokuserede på sygeplejerskernes rolle i sundhedsfremme, fandt, at rural nurses har mindre uddannelse til at varetage denne rolle end urbane sygeplejersker, men de har mere interesse og er mere tilgængelige for deres patienter (Rodén m.fl. 2016).

### 3.2.8 OPSAMLING PÅ ULIGHED I SUNDHED I LANDDISTRIKTERNE

Reviewet afdækker store nationale forskelle i, hvilke resultater man kommer frem til, og at undersøgelserne dækker over meget store variationer. Med dette i mente så tegner der sig dog i litteraturreviewet nogle overordnede billeder.

Generelt peger undersøgelserne på, at i forhold til de store livsstilssygdomme som diabetes, hjertesygdomme, kræft, slagtilfælde, kroniske smerter, overvægt og allergi, så finder man generelt en dårligere fysisk sundhedsstatus blandt landbefolkningen end i de mere urbane områder.

Modsat peger en lang række studier på, at den psykiske sundhedstilstand generelt er højere blandt landboerne i form af mindre stress, angst, depression og selvmord end i byerne.

En række undersøgelser finder, at sammenhængen mellem sundhed og land-by dimensionen betegner en U-kurve, således at den dårligste fysiske sundhedstilstand finder man i hhv. de tættest befolkede områder i byerne og i de tyndest befolkede områder længst væk fra byen. Den omvendte U-kurve finder man, når det gælder psykisk sundhed, hvor det er i forstæderne og de bynære områder, man finder en større hyppighed af disse lidelser. Disse fund hænger også godt sammen med, at en række undersøgelser kommer frem til, at man generelt oplever at have en større tilfredshed med tilværelsen i landdistrikterne, end det er tilfældet i de urbane områder.

En række undersøgelser finder, at man i landdistriktsområder har en mere usund livsstil når det gælder kost, motion og rygning, hvorimod at alkohol og medicinforbrug generelt er højere i de urbane områder. Reviewet afdækker i denne forbindelse nogle interessante nationale forskelle. Hvor nordamerikanske studier finder den højeste frekvens af overvægtige børn i landdistrikterne, så gør det modsatte sig gældende for en række europæiske lande som Spanien og Tyrkiet.

I forlængelse af de indledende metodeovervejelser er det også relevant at fremhæve, at en lang række studier når frem til den konklusion, at de geografiske forskelle man finder, forsvinder når man kontrollerer for de socioøkonomiske faktorer. Det rejser to spørgsmål til refleksion: Den første er en metodisk, i forhold til om man kan have en forventning om at kunne isolere en selvstændig land-by effekt statistisk. De statistiske udfordringer omkring den nødvendige aggregering af data, der kan være med til at udviske de reelle forskelle, er allerede diskuteret indledningsvis. Det der også kan være interessant at forholde sig til er, om man kan have forventninger til at finde forskelle der ikke forsvinder med socioøkonomiske faktorer, da vi jo ved fra en mængde forskning, at de socioøkonomiske faktorer spiller voldsomt ind på forekomsten af livsstilssygdomme. F.eks. at der er en

meget stærk sammenhæng mellem indkomst og sandsynligheden for at få COL ved tilsvarende tobaksforbrug eller skrumpelever ved tilsvarende alkoholindtag.

Det andet spørgsmål er, hvad man kan have af forventninger til at forskellen i sundhed mellem land og by der ikke er korreleret med de socioøkonomiske faktorer? Her afdækker litteraturreviewet en række forklaringer nogle mere spekulative end andre. F.eks. er der en undersøgelse der forklarer det fund, at man på landet indberetter flere tilfælde af smerter end i byerne, med at der ikke er så mange aktivitetstilbud på landet, og man derfor har mere tid til at have ondt af sig selv. I den mere lødige ende afdækker reviewet en række forhold, som kan være interessante at samle op på.

Den første er tilknytning til stedet. En række studier peger på, at omgivelserne har en betydning for den fysiske og mentale sundhed, f.eks. i form af adgang til natur og frisk luft, men også betydningen af et godt socialt netværk. Samtidig peger reviewet også på de negative sider, hvor social eksklusion og stigmatisering kan have en stærkere negativ betydning for den fysiske og mentale sundhed i de rurale områder, end det er tilfældet i de urbane miljøer.

Endelig er det også meningsfuldt at fremhæve de systematiske forskelle man finder i form af sundhedskompetencer mellem land og by, hvor det generelle billede der tegner sig er, at man generelt orienterer sig mindre via internettet og de tilgængelige sundhedsplatforme. Denne forskel er også afspejlet i nogle kulturelle forskelle, hvor en række undersøgelser peger på, at man er mindre tilbøjelig til at søge hjælp. Endelig, og i god forlængelse heraf, peger en række studier på, at der i landdistrikterne generelt er en lidt mere stoisk tilgang til sygdom, som noget der kommer udefra, og som man ikke selv er herre over.

### **3.3 STRUKTUREL ULIGHED OG SUNDHEDSYDELSER**

En del studier forholder sig til de strukturelle betingelser, der er med til at påvirke uligheden i sundhed mellem land og by. I en dansk sammenhæng har der de seneste år været stærk fokus på betydningen af centraliseringen af sundvæsnet, men der er også en række andre strukturelle faktorer, der har betydning for denne ulighed.

#### **3.3.1 GEOGRAFISKE AFSTANDE**

Fysisk tilgængelighed og mobilitet er et større problem for social ulighed i landdistrikterne end i byen. Afstanden er for eksempel en begrænsning i adgangen til pleje og sportsfaciliteter for folk med langvarig rygmarvskade (Goodridge m.fl. 2015). Som en livsbetingelse i landdistrikterne er geografisk afstand ikke altid set som en barriere for at søge behandling. Grundet manglende offentlig eller specialiseret transport, og derfor afhængighed af bil, er afstand dog et større problem for de fattige og ældre:

*”Surprisingly, distance as a barrier was raised as an issue more frequently in urban than in rural focus groups. In urban areas people travel to care earlier in the care-seeking trajectory than in rural areas. They first seek care proximally, usually exhausting local alternatives before going further afield, turning to the hospital emergency room, or abandoning the care process. In rural areas the paucity of*



*local resources means that care sources may be quite far away, so patients invest more effort in selecting their source of care before traveling” (Haggerty m.fl. 2014, 95).*

Og som Haynes og Gale (2000) skriver, er det konsekvenserne af en utilstrækkelig mobilitet og et mindre brug af forbyggende tilbud, lægepraksis og sygehusbehandling, der på sigt fører til dårligere sundhed.

### 3.3.2 MULIGHED FOR AKTIV OG SUND LIVSSTIL

I forhold til både fysisk aktivitet og sund kost fandt Thornton m.fl. (2012), at socioøkonomisk svagere borgere på landet i Victoria (AUS) har faciliteter til at have en sund livsstil. Den lavere befolkningstæthed gør dog, at de skal rejse over større afstande for at nå disse faciliteter. I en sammenligning af et byområde og et landområde i forhold til tilgængelighed af letmælk og højfiberbrød fandt Hosler m.fl. (2006), at det rurale område havde en signifikant højere andel af fødevarerbutikker, der førte disse sundere produkter. Afstanden og transporttid til disse var dog ikke blevet undersøgt af dette studie. Dean og Sharkey (2011) fandt en sammenhæng mellem lavere frugt- og grøntsagsindtag i rurale områder med mindre gunstige subjektive bedømmelser af madbutikkernes omgivelser og højere utilstrækkelighed af ressourcer i rurale områder sammenlignet med byerne. Derudover var afstanden til supermarkedet væsentlig større for ruralbefolkningen. Pearce m.fl. (2008) undersøgte tilgængelighed af 16 typer af lokalsamfundsressourcer (rekreative faciliteter, shopping faciliteter, uddannelsestilbud, sundhedstilbud, og marae – et Maori mødested) i forskellige lokalsamfund i New Zealand. De fandt, at der i byerne er bedre tilgængelighed af disse ressourcer i de socioøkonomisk svagere lokalsamfund i forhold til de ressourcestærke områder, end det er tilfældet i de mere rurale områder, hvor forholdet mellem socioøkonomisk status og lokalsamfundets adgang til disse ressourcer er mere koblet sammen, således at tilgængeligheden af de fleste af disse ressourcer er dårligere i de svagere områder. Derudover er betydningen af rejseafstanden til ressourcerne relativt større for de socioøkonomisk svagere, jo længere man kommer fra byerne.

Moore m.fl. (2010) har kigget på både forældrenes og børnenes opfattelse af barrierer og facilitatorer for børnenes fysiske aktivitet. Forældrene både på landet og i byen beskrev afstand til aktivitetssteder, og dermed forbundne omkostninger, som barrierer. Men forældrenes holdning adskilte sig på opfattelsen af fare og kriminalitet, hvor forældre i byen var mere bekymrede end dem på landet. De unge havde også forskellige opfattelser af sikkerheden; her klagede dem fra byen over de voksnes overvågning og ønskede mere uafhængighed, mens de unge på landet angav skudlyde fra jagt i deres område som en kilde til usikkerhed og bekymring. Det at have faciliteter i eget område var set som facilitatorer for bevægelse blandt forældrene i byen, mens dem på landet snakkede om vigtigheden af forældrenes rolle som forbillede. I forhold til børnenes aktivitet fandt Salmon m.fl. (2013), at mødre på landet angav større rådighed over træningsudstyr i hjemmet, højere niveauer af normer for fysisk aktivitet, bedre kendskab af naboskabet, et stærkere socialt netværk og højere personlig sikkerhed end mødre i byen. Interessant nok viser deres resultater, at stærkere sociale netværk blandt børn i byen resulterer i mere skærmtid, mens det blandt børn på landet resulterer i mindre skærmtid. Dette kunne tyde på, at børnene på landet har større sandsynlighed for at lege med vennerne udenfor, mens dem i byen beskæftiger sig med skærmaktiviteter (DVD, videospil).

### 3.3.3 FOREBYGGELSE

Der er mindre sandsynlighed for, at landboerne opnår at få visse forebyggende sundhedsydelser i rette tid, end det er for byboerne med undtagelse for vacciner mod influenza og lungebetændelse for personer over 65 år, hvor man ikke fandt en forskel (Casey, Thiede Call, og Klingner 2001). Forfatterne diskuterer mulige grunde til disse forskelle, da de forblev signifikante, efter at man kontrollerede for de demografiske faktorer, sundhedsforsikringsstatus samt tilgængelighed af sundhedsudbydere og teknologi. Udover afstand peger de på kulturelle barrierer, som kunne begrænse landboernes brug af præventive ydelser. I samme stil fandt Larson og Correa-de-Araujo (2006), at rurale kvinder havde mindre sandsynlighed for at opnå de anbefalede undersøgelser inden for de sidste år end urbane kvinder. Forskellene forblev, efter at de tog højde for demografiske variationer mellem urbane og rurale steder. Men da de også inkluderede husstandsindkomst i beregningerne, viste det sig, at sandsynligheden for om kvinderne fik de anbefalede undersøgelser eller ej, var bedre forklaret af indkomsten end ”rurality”.

Den manglende brug af helbredsundersøgelser kommer også til udtryk ved, at folk der bor på landet havde relativ højere hyppighed af sent diagnosticeret cancer end for den rurale befolkning (Zahnd, Fogleman, og Jenkins 2018). I lighed hermed finder Chandak, Nayar, og Lin (2019), at rurale områder har større afstand til mammografi og højere rater af sent stadium diagnose for brystkræft, mens Zahnd m.fl. (2010) fandt, at landboerne havde 33% mindre sandsynlighed for at bruge solcreme, når de var i solen i mere end en time. Men her gælder det, som for så mange andre undersøgelser, at denne forskel forsvandt, når der blev kontrolleret for de socioøkonomiske faktorer som alder, race, indkomst, uddannelse, sundhedsforsikring, rygning, køn, civilstatus, og region.

Fra lægernes perspektiv undersøgte Khoong m.fl. (2014), hvilke udfordringer lægerne har i forhold til at udføre den præventive sundhedspleje af deres patienter. Læger der praktiserede på landet fremhævede vigtigheden af erhvervsmæssige risikofaktorer i deres patienter. Større afstand til sundhedstilbud mindskede besøgshyppighed og var en fremtrædende barriere for rurale læger. Desuden var patienternes modstand mod lægebehandling og utilstrækkelig tilgængelighed af ressourcer og specialister også identificeret som en barriere for rurale læger. Lægerne fra byer og forstæder pegede på problemer med at koordinere pleje mellem sundhedsudbydere.

### 3.3.4 SUNDHEDSSERVICES

I forhold til behandling af akut slagtilfælde fandt et australsk studie, at behandlingen var struktureret og grundig på sygehuse i byerne med en akut slagtilfældeafdeling og specialiseret sundhedsplejesupport. Hvorimod behandling på sygehuse på landet var mindre struktureret og grundig og ofte begrænset af manglende infrastruktur eller manglende adgang til eksisterende ressourcer (Dwyer m.fl. 2020).

En fordom der deles af mange er, at der er dårligere arbejdsforhold for de sundhedsprofessionelle i landdistrikterne. Et tysk studie viste dog, at mens læger på landet arbejder flere timer om ugen end dem i byerne, så kan fordomme om arbejdstider, patientmængden mv. være overdrevne (Steinhaeuser m.fl. 2011). Et amerikansk studie af talepædagogers arbejdsforhold viste, at dem der arbejdede på landet, havde mindre social støtte fra, og

interaktion med kollegaer, end dem der praktiserede i forstæder og byer, hvilket var forbundet med et højere stressniveau (Blood m.fl. 2002). Et australsk studie fandt, at et praktikophold i et landdistrikt under uddannelsen positivt kunne ændre villigheden til at arbejde der, når man blev færdiguddannet, og at det specielt rykkede på villigheden hos studerende fra byerne (Wolfgang m.fl. 2019). I forhold til pleje-/behandlingstilbud på landet har Gingerich m.fl. (2021) kigget på, hvilke udfordringer fysioterapeuter kommer ud for, når de kommer ud i praksis. De etiske og moralske regler som uddannelsen lærer dem er baseret på forhold i by-konteksten, men de er ikke nødvendigvis brugbare i en landdistriktskontekst. Derfor er der flere af de praktiserende fysioterapeuter, der påpeger behovet for at behandle håndtering af landdistriktskonteksten i uddannelsen. Det drejer sig specielt om manglende skelnen mellem patient/nabo/ven, som man oplever i de små samfund.

En højere andel af kvinder på landet og i afsidesliggende områder konsulterer en alternativ behandler end dem i byerne (Adams, Sibbritt, og Lui 2011). Dette australske studie fandt, at mangel på tilgængelighed og/eller tilfredshed med konventionelle sundhedsbehandlere ikke nødvendigvis spiller en rolle i denne forskel. Deres resultater tyder på, at der er behov for at undersøge mulige indflydelser på dette højere brug af alternative behandlere på landet end i byen såsom uformelle lokalsamfundsnetværk, traditionelle kulturelle overbevisninger og tættere bånd eller henvisninger mellem regionale praktiserende læger og disse behandlere i rurale områder. Efterfølgende undersøgte Adams (2013) kvindernes brug af tilbud for alternativ sundhedspleje blandt kvinder i fire typer af områder: Storbyer, indre regionale områder, ydre regionale områder og fjerne områder. De fandt, at kvinder i de regionale og fjerne områder have større sandsynlighed for at bruge en kiropraktor, mens dem i byerne havde større sandsynlighed for at konsultere med en yogadøver eller osteopat. Forfatterne fremhæver, at kiropraktorerne kan spille en stor og vigtig rolle i sundhedsplejen uden for byerne. Undersøgelsen fandt samtidigt ingen forskel mellem dem der konsulterede med kiropraktorer, og dem der ikke gjorde i relation til sammenhæng mellem bopælsområde og tilfredshed med den konventionelle sundhedspleje.

En rapport fra den engelske Rural Services Network (2021) påpeger også problemer med rekruttering og fastholdelse af sundhedsprofessionelle på landet, herunder fastholdelse af specialistteams med alle de nødvendige kompetencer og problemer med at sikre, at sundhedsprofessionelle har tilstrækkelig adgang til træning, netværk, og obligatoriske udviklingsmuligheder. Rapporten referer også til en opgørelse fra den engelske NHS, der fandt, at sundhedssektoren bidrager med økonomisk og social værdi i landdistrikterne som en betydelig lokal arbejdsgiver og en vigtig aftager for andre lokale services eller leverandører. Derudover påpeger Rural Services Network (2021) rapporten, at mange borgere der bor på landet, varetager en del plejeopgaver som civilsamfund. Thomas, DiClemente, og Snell (2014) skriver også, hvordan den økonomiske situation i rurale områder er uvægerligt forbundet med de politikere ("policies"), der påvirker rurale sundhedsydelse. De giver eksempler på, hvordan lukning af rurale sygehuse påvirker indkomst og arbejdsløshed i området og omvendt, hvordan vedligeholdelse af rurale sygehuse kan have positive økonomiske virkninger på området. Desuden skriver de, at hvordan et områdes økonomi har det, og hvordan områdets befolkning har det, er afhængige af hinanden.

Sørensen og Svendsen (2008) har kigget på, om adgang til sundhedsydelser også har en indflydelse på, hvor folk vælger at bo. De fandt, at der er mange overvejelser i forhold til beslutninger om hvor man skal bosætte sig, men at det ofte mest er et valg imellem to livsstile, der er afgørende for valget mellem land eller by. Hvor adgang til sundhedsydelser ikke spillede en vigtig rolle i beslutningen om bosætning, fandt de, at hvis folk stod overfor, at den lokale sundhedsservice skulle flyttes, så ville mange overveje at flytte væk.

### 3.3.5 REHABILITERING

Allen m.fl. (2016) fandt, at der ikke var signifikant forskel på patienter, der var i rehabilitering for slagtilfælde i eget hjem på landet eller i byen, i forhold til hvordan de havde det fysisk eller psykisk. Dog fandt Jia m.fl. (2012), at patienter på landet havde mindre sandsynlighed for at få post-akut rehabilitationsterapi efter et slagtilfælde end dem i byerne. Dem der boede i de mest rurale/isolerede områder, havde også mindre sandsynlighed for at få rehabilitation end dem fra rurale områder.

I forhold til kiropraktorer fandt Enyinnaya m.fl. (2012), at der faktisk var flere artritispatienter på landet, der havde brugt kiropraktorer end i byen. Samtidigt havde disse patienter en bedre opfattelse af deres helbredsstatus end dem fra byen, eller dem der ikke bruger kiropraktorer. Relateret også til de foregående punkter fandt Bath m.fl. (2015), at kun få fysioterapeuter havde valgt at praktisere på landet, men disse have til gengæld mere diverse patienter i alle aldre. I forhold til diætister for type 2-diabetes patienter fandt et australsk studie også, at disse var mest koncentreret i de velstående byområder, mens type 2-diabetes var mere udbredt i landdistrikter og de mest fjerne områder med lavt socio-økonomisk status (Siopis, Jones, og Allman-Farinelli 2020).

### 3.3.6 OPSAMLING PÅ STRUKTUREL ULIGHED

Reviewet har afdækket en række strukturelle forhold som er med til at øge uligheden i sundheden i landdistrikterne. En afgørende faktor er mobilitet, da man i landdistrikterne er langt mere afhængig af at kunne transportere sig selv. Det vil sige, at uligheden øges, hvis man ikke har råd til egen bil, eller man af helbredsårsager ikke længere har mulighed for selv at køre, eller man ikke har et socialt netværk, der kan hjælpe med dette. Mobilitet har betydning både i forhold til at deltage i forebyggende undersøgelser og rehabiliterings tilbud.

En række undersøgelser adresserer udfordringerne med kvaliteten af sundhedsydelserne i de mere rurale områder. Herunder peges der også på udfordringerne i at tiltrække kvalificeret sundhedspersonale til yderområderne, hvilket således ikke kun er en dansk udfordring. Mangel på ressourcer og personale betyder også, at større del af opgaverne inden for sundhedsområdet lægges over på civilsamfundet i landdistriktsområderne.

Muligheden for at leve en sund og aktiv livsstil fremhæves som en afgørende forskel mellem land og by, hvor man finder at der er en klar sammenhæng mellem sundhed og antal af aktivitetstilbud. Rent metodisk kan det områdemæssigt være vanskeligt at skelne mellem social ulighed og aktivitetstilbud. Men i et landdistriktsperspektiv kan det kaste lys over betydningen af hvor velfungerende foreningslivet i et område, som i høj grad har ansvaret for udbud af fritidsaktiviteter, er for at reducere ulighed i sundheden.

### 3.4 INNOVATION I FORHOLD TIL SUNDHEDSYDELSER I LANDDISTRIKTERNE

Ulighed i sundhed er en generel stigende udfordring, hvor litteraturreviewet har afdækket at denne ulighed i sundhed har nogle særlige karakteristika og udfordringer i landdistriktsperspektiv. Det har været ret begrænset litteratur, vi kunne finde i forhold til de sundhedsinnovative tiltag i et særligt landdistriktsperspektiv.

Der har været nogle studier og rapporter, der viser, hvordan der innoveres i forhold til serviceydelser. Blandt studier kan nævnes et fra USA, hvor man fandt, at farmaceuter i landdistrikter leverer flere sundhedsservices end dem i byerne. Dette gjaldt både det mere regulære som medication therapy management, immunizations, tobacco counseling, and medication take-back programs, og nogle specifikke, såsom "partner with the community to identify and help solve health problems, and conduct needs assessments to identify health risks in the community" (Strand m.fl. 2016). Der kan dog være "policy"-relaterede begrænsninger på, hvor mange ydelser apotekerne kan tilbyde, som en nylig artikel om krav til personalets uddannelse og deraf stemmende begrænsninger på danske apoteker viser (Grønbæk, Larsen, og Damsgaard 2021).

Goh, Gao, og Agarwal (2016) kiggede på, hvordan online fællesskaber tilvejebringer social værdi ved at adressere uligheder i sundhed mellem land og by. Ved at kigge på sådan et online fællesskab om en sjælden sygdom fandt de, at folk fra byerne var dem, der leverede social støtte i gruppen, mens dem på landet var dem, der modtog støtten. De foreslår, at sådanne grupper kan bruges til at afhjælpe ulighederne.

En dansk rapport om innovative velfærdsløsninger gav også et par eksempler relateret til sundhed. Virtuel genoptræning brugte bl.a. 3D kamera til at bringe sikkert, terapeutisk genoptræning hjem til patienter udskrevet fra sygehuset, hvor de kunne udføre øvelser korrekt derhjemme og dermed spare transporttiden. Projektet var et samarbejde mellem det private og det offentlige med tovholdere værende kommuner. Andre eksempler inkluderer en mobil høreklub samt en mobil optiker, begge i privat regi (Perner Nielsen m.fl. 2013).

Der er også eksempler på lavteknologiske interventioner, der bliver brugt i sundhedssektoren. Meng m.fl. (2009) kiggede på effekten af en omfattende sundhedsfremme og sygdoms selv-management intervention blandt ældre. Interventionen bestod af tre hovedkomponenter: 1) Uddannelse: Sygeplejersker besøgte patienter i hjemmet for at uddanne dem, så de havde kompetencer til succesfuld selv-management af sygdomme, 2) Coaching: Under hjemmebesøg og over telefon fik patienterne individualiserede sundhedsfremmende og sygdoms selv-management vejledning af sygeplejersker, 3) To årlige individuelle lægekonerferencer og mulighed for bedre kommunikation med lægerne. I undersøgelsen fandt man, at interventionen viste sig at være effektiv i at reducere forfald i fysisk funktionsstatus blandt dem, der færdiggjorde interventionen. Den positive effekt var særlig stærk blandt deltagere, der boede på landet. Dette kan måske forklares af, at disse borgere havde færre funktionelle begrænsninger ved starten af interventionen. En anden mulig forklaring er, at praktiserende læger på landet kunne have haft større sandsynlighed for at henvise patienter med funktionelle begrænsninger tidligere i

sygdomsforløbet. Patienterne fra ressourcetsvage miljøer, hvor behandlingsmuligheder kan være begrænsede, kunne også tænkes at have været mere motiverede til at acceptere selv-management tilgangen.

Lignende forskelle i effekten af en indsats mellem land og by finder Smith m.fl. (2012), der har evaluerede effekten af at ældre patienters deltagelse i et faldulykke forebyggelsesprogram "A Matter of Balance/Volunteer Lay Leader (AMOB/VLL). Evalueringen viste, at alle deltagerne forbedrede deres balanceevne og gangsikkerhed og dermed evne til at undgå faldulykker, og dermed også mindskede de afledte effekter. Men nok så interessant i denne sammenhæng, viste resultaterne, at rurale deltagere, selvom de gik ind i og ud af programmet med dårligere sundhedsstatus, rapporterede større grad af positive ændringer i forhold til balanceevne og førlighed sammenlignet med de urbane deltagere. Deres resultater viser, at sundhedsstatus ved indtræden i programmet har stor indflydelse på ændringer, som opleves fra udgangspunktet til postintervention.

I en dansk sammenhæng er der også stigende fokus på hvordan man kan inddrage sundhed i den lokale planlægning for at understøtte en succesfuld implementering af sundhedstiltagene. I projektet "LUP på sundheden" har Thuesen og Andersen (2021) undersøgt landsbyers tiltag på at inddrage fokus på sundhed i den strategisk landsbyplanlægning. De finder, at det er meget få af disse lokale udviklingsplaner, der inddrager sundhed aktivt i planlægningen. Undersøgelsen viser, at der er en langt række lavthængende frugter i forhold til at styrke sundhedsindsatsen. De væsentligste barrierer man afdækker i forhold til at styrke sundhedsperspektivet i de lokale udviklingsplaner, er frygten for en kommunal dominans i planlægning, udfordringer i at håndtere diversiteten mellem landsbyerne og endelig silotænkningen i forhold til planlægningen og samarbejde med kommunen.

### 3.4.1 OPSUMMERING PÅ SUNDHEDSINNOVATIVE TILTAG

Geografien og økonomien byder på nogle specifikke udfordringer i forhold til at håndtere ulighed i sundhed i landdistrikterne. Centralisering koder for en stigende specialisering af faggrupper, hvilket er en ressourcemæssig udfordring i de tyndere befolkede områder. Her ser man blandt andet på mulighederne for at lade de lokale apoteker varetage en del af de offentlige servicetilbud på sundhedsområdet. Det rejser også naturligt spørgsmålet, om der er brug for en anden type af efter og videreuddannelse af de sundhedsprofessionelle, der virker i land og yderområderne, både i forhold til tværfagligt samarbejde og i forhold til en mere helhedsorienteret sundsudbud. Reviewet afdækker, at der er mange lavthængende frugter i forhold til at forbedre sundheden, især i de rurale områder, der responderer godt på personlig vejledning og fysisk træning.

De fysiske afstande betyder, at det er oplagt at undersøge brugen af de sociale medier og internettet. Udfordringen er dog, at den del af befolkningen, hvor den sociale ulighed i sundhed er mest udtalt i landdistrikterne, også både hører til det ældre segment og har lave sundhedskompetencer i forhold til at bruge internettet. En undersøgelse peger på, at en større inddragelse af civilsamfundet kan være en vej at gå i forhold til at reducere den sociale ulighed, f.eks. i form af frivillige facilitatorer, der kan hjælpe de mere udfordrede medborgere med de praktiske udfordringer med at benytte de elektroniske hjælpemidler.

Endelig peger forskningen også på betydningen af at inkludere sundhed i den strategiske planlægning af byerne i landdistrikterne, at der lægges op til fysiske aktiviteter og mødesteder, der gør det naturligt at komme ud og bevæge sig, og at dette bakkes op af de sociale aktiviteter.

#### 4. HVAD VISER VORES KORTLÆGNING - OPSAMLING OG KONKLUSION

Litteraturstudiet dækker bredt internationalt og dermed også over meget store forskelle i kultur, kontekst og organisering af sundhedsvæsenet. Det er meget forskellige resultater, man kommer frem til i forhold til, om land-by dimensionen har en betydning for sundhed og ulighed. En del af dette må naturligvis tilskrives den nationale kontekst, som de forskellige undersøgelser er foregået under, og dermed de kulturelle og samfundsmæssige forskelle. Men en række tematiske overvejelser går igen i de forskellige undersøgelser.

Et centralt tema der går igen i en række publikationer er, hvordan man konstruerer denne land-by eller center-periferi dimension. Det der karakteriserer landdistrikterne er ikke nødvendigvis korreleret med en fysisk geografisk afstand til større byer; det er også en række andre forhold, der er bestemmende og definerende for den sociale ulighed i et landdistriktsperspektiv. Dette flugter også med den seneste strømning inden for den rurale sociologi, hvor man i højere grad definerer og arbejder med afstand i form af afkobling i forhold til viden, ressourcer, økonomi og indflydelse (Bock 2016). Den analytiske operationalisering land-by dimensionen er således en central metodisk udformning/spørgsmål.

Generelt peger undersøgelserne på at i forhold til de store livsstilssygdomme som diabetes, hjertesygdomme, kræft, slagtilfælde, kroniske smerter, overvægt, allergi så finder man generelt en dårligere fysisk sundhedsstatus blandt landbefolkningen end i de mere urbane områder. Modsat peger en lang række studier på, at den psykiske sundhedstilstand generelt er højere blandt landboerne i form af mindre stress, angst, depression og selvmord end i byerne. Det er samtidig også gennemgående, at disse forskelle udviskes, når der kontrolleres for de socioøkonomiske faktorer.

Tilbage til de metodiske overvejelser, så finder en række undersøgelser, at sammenhængen mellem sundhed og urban-ruraldimensionen betegner en U-kurve, således at den dårligste fysiske sundhedstilstand finder man i hhv. de tættest befolkede områder i bycentrene og de tyndest befolkede områder længst væk fra byen. Dette hænger således også godt sammen med, den tætte sammenhæng man finder mellem social ulighed og sundhed. Hvor der både er en urban ulighed mellem områder med de mere socialt udsatte og områder med de mere velstående, og en rural ulighed mellem de mere velfungerende og ofte bynære områder og de mere tyndtbefolkede og afkoblede rurale områder.

Dette er igen med til at understøtte drift-tesen, at geografisk social ulighed også er drevet af, at de socialt udsatte ”skubbes” enten til boligområder for socialt udsatte eller udkantsområderne, hvor der er billige boliger. Det må således konkluderes, at ulighed i sundhed ikke er et særskilt urban-rural (land-by) fænomen, men både et ruralt og et urbant fænomen. Men samtidig kan vi også konkludere, at med den stigende sociale ulighed i forholdet mellem center og periferi, så vil ulighed alt andet lige komme til at fylde mere i et landdistriktsperspektiv. I den lidt mere spekulative ende kan man måske tolke resultaterne derhen, at det er overraskende, at den ulighed man finder mellem det rurale og urbane ikke er større.



Ud fra den internationale litteratur kan man imidlertid udlede nogle forhold og faktorer, der i særlig grad er med til at beskrive problemkomplekset ulighed og sundhed i forhold til landdistrikterne. Den første knytter sig til livsstil, hvor undersøgelser peger på, at i forhold til de rurale områder er livsstilssygdommene i højere grad knyttet til rygning, kost og motion, men i mindre grad til alkohol, og til dels i forlængelse heraf manglende sundhedskompetencer, både i forhold til viden om sundhed og til at tage vare på sig selv.

Hvor det generelle billede der tegner sig er, at man generelt orienterer sig mindre via internettet og de tilgængelige sundhedsplatforme. Denne forskel er også afspejlet i nogle kulturelle forskelle, hvor en række undersøgelser peger på, at man er mindre tilbøjelig til at søge hjælp. Endelig, og i god forlængelse heraf, peger en række studier på, at der i landdistrikterne generelt er en lidt mere stoisk tilgang til sygdom, som noget der kommer udefra, og som man ikke selv er herre over.

En række undersøgelser peger på kulturelle forhold, til at man i de rurale områder er mindre tilbøjelige til at gå til læge og til at benytte de generelle sundhedstilbud. Modsat fremhæves det også, at der ofte er knyttet et stærkt lokalt og kulturelt netværk, hvor man tager vare på hinanden, som kan være med til at reducere ulighed i sundhed. En række studier peger på, at omgivelserne har en betydning for den fysiske og mentale sundhed, f.eks. i form af adgang til natur og frisk luft, mens også betydningen af et godt socialt netværk er tydelig. Samtidig peger reviewet også på de negative sider, hvor social eksklusion og stigmatisering kan have en stærkere negativ betydning for den fysiske og mentale sundhed i de rurale områder, end det er tilfældet i de urbane miljøer.

Disse fund hænger også godt sammen med, at en række undersøgelser kommer frem til, at man generelt oplever at have en større tilfredshed med tilværelsen i landdistrikterne, end det er tilfældet i de urbane områder.

Reviewet har afdækket en række strukturelle forhold, som er med til at øge uligheden i sundheden i landdistrikterne. En afgørende faktor er mobilitet, da man i landdistrikterne er langt mere afhængig af at kunne transportere sig selv. Det vil sige, at uligheden øges af, hvis man ikke har råd til egen bil, eller man af helbredsårsager ikke længere har mulighed for selv at køre, eller man ikke har et socialt netværk, der kan hjælpe med dette. Mobilitet har betydning både i forhold til at deltage i forebyggende undersøgelser og rehabiliterings tilbud.

En række undersøgelser adresserer udfordringerne med kvaliteten af sundhedsydelse i de mere rurale områder. Herunder peges der også på udfordringerne i at tiltrække kvalificeret sundhedspersonale til yderområderne, hvilket således ikke kun er en dansk udfordring. Mangel på ressourcer og personale betyder også, at en større del af opgaverne inden for sundhedsområdet lægges over på civilsamfundet i landdistriktsområderne.

Muligheden for at leve en sund og aktiv livsstil fremhæves som en afgørende forskel mellem land og by, hvor man finder, at der er en klar sammenhæng mellem sundhed og antal af aktivitetstilbud. Rent metodisk kan det områdemæssigt være vanskeligt at skelne mellem social ulighed og aktivitetstilbud. Men i et landdistriktsperspektiv kan det kaste lys over betydningen af, hvor velfungerende foreningslivet i et område, som i høj grad har ansvaret for udbud af fritidsaktiviteter, er for at reducere ulighed i sundheden.

En række artikler fokuserer på tiltag, der kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed i de rurale områder. Geografien og økonomien byder på nogle specifikke udfordringer i forhold til at håndtere ulighed i sundhed i landdistrikterne. Generelt har udviklingen inden for sundhedssektoren gået imod en stigende specialisering inden for de enkelte faggrupper, hvilket giver god mening på de stærkt specialiserede supersygehuse, men er en ressourcemæssig udfordring i de tyndere befolkede områder. Her har man blandt andet set på mulighederne for, at de lokale apoteker overtager en del af de offentlige servicetilbud på sundhedsområdet. Det rejser også naturligt spørgsmålet, om der er brug for en anden type efter og videreuddannelse af de sundhedsprofessionelle, der virker i land og yderområderne, både i forhold til tværfagligt samarbejde og i forhold til en mere helhedsorienteret sundhedsudbud. Reviewet afslører, at der er mange lavthængende frugter i forhold til at forbedre sundheden, især i de rurale områder, der responderer godt på personlig vejledning og fysisk træning.

De fysiske afstande betyder, at det er oplagt at undersøge brugen af de sociale medier og internettet. Udfordringen er dog at den del af befolkningen, hvor den sociale ulighed i sundhed er mest udtalt i landdistrikterne, også både hører til det ældre segment og har lave sundhedskompetencer i forhold til at bruge internettet. En undersøgelse peger på, at en større inddragelse af civilsamfundet kan være en vej at gå i forhold til at reducere den sociale ulighed, f.eks. i form af frivillige facilitatorer, der kan hjælpe de mere udfordrede medborgere med de praktiske udfordringer med at benytte de elektroniske hjælpemidler.

Endelig peger forskningen også på betydningen af at inkludere sundhed i den strategiske planlægning af byerne i landdistrikterne, at der lægges op til fysiske aktiviteter og mødesteder, der gør det naturligt at komme ud og bevæge sig, og at dette bakkes op af sociale aktiviteter.

Udgangspunktet for dette litteraturreview var, at ulighed i sundhed i et landdistriktsperspektiv er et problemkompleks, hvor det er relevant at inddrage mange forskningsperspektiver, for at forstå og beskrive de sammenhænge og mekanismer der driver denne udvikling. Reviewet har i høj grad været med til at bekræfte værdien af dette udgangspunkt, hvor de mange perspektiver har bidraget til en dybere og mere sammenhængende forståelse af problemkomplekset. I det omfang det giver mening at tale om et generelt rural-urban perspektiv på ulighed i sundhed, må vi konkludere, at ulighed i sundhed først og fremmest er knyttet til socioøkonomisk ulighed. Og at denne ulighed i høj grad findes både i en urban og i en rural kontekst. Men samtidig afslører litteraturreviewet, at der er en række særegne kontekstuelle forhold inden for det rurale, som gør, at det er relevant med selvstændige analyser og tiltag i forhold til disse udfordringer.

Det er meget lidt videnskabeligt litteratur, vi har kunnet finde omhandlende den danske/nordiske velfærdsstat kontekst. Men en del forskningen tyder på, at stigende ulighed i sundhed også er et dansk fænomen. Og at vi kan genfinde mange af de samme mekanismer i en dansk landdistriktskontekst, som er afspejlet i litteraturreviewet. I Danmark ser vi en specialisering og centralisering af en række sundhedsydelse, især i forhold til de højtprofilerede, hvilket logisk set må bidrage til at øge sammenhængen mellem social ulighed og sundhed i et landdistriktsperspektiv:

- De lavsociale sundhedslidelser nedprioriteres

- Forebyggelse og rehabilitering overlades til kommunerne, hvilket udfordrer landkommunerne med stort behov og lille økonomi
- Det stiller større krav til sundhedskompetencer, hvilket forstærker effekterne af den sociale ulighed

Med Bourdieu kan vi således sige, at sundhed for alvor er blevet det felt, hvor social status og uligheden kan differentieres.

Der er således også et oplagt behov for at udforske og analysere disse forhold nærmere i en dansk kontekst både i forhold til at forstå udfordringen men også i forhold til et kunne tilrettelægge hensigtsmæssige og målrettede indsatser i forhold til at mindske og afbøde nogle af de centrale konsekvenser i forhold til landdistrikterne. Litteraturreviewet har afdækket en række centrale temaer, der kan danne et godt udgangspunkt for en sådan indsats.

## REFERENCER

- Adams J (2013) Complementary and Alternative Medicine Consultations in Urban and Nonurban Areas: A National Survey of 1427 Australian Women. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 36(1): 8.
- Adams J, Sibbritt D and Lui C-W (2011) The urban-rural divide in complementary and alternative medicine use: a longitudinal study of 10,638 women. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 11(1): 2. DOI: 10.1186/1472-6882-11-2.
- Algren MH, Bak CK, Berg-Beckhoff G, et al. (2015) Health-Risk Behaviour in Deprived Neighbourhoods Compared with Non-Deprived Neighbourhoods: A Systematic Literature Review of Quantitative Observational Studies. *PLOS ONE* Zeeb H (ed.) 10(10): e0139297. DOI: 10.1371/journal.pone.0139297.
- Allen L, McIntyre A, Janzen S, et al. (2016) Community Stroke Rehabilitation: How Do Rural Residents Fare Compared With Their Urban Counterparts? *Canadian Journal of Neurological Sciences* 43(1). Cambridge University Press: 98–104. DOI: 10.1017/cjn.2015.324.
- Alrøe H and Noe E (2016) Sustainability assessment and complementarity. *Ecology and Society* 21(1). The Resilience Alliance. DOI: 10.5751/ES-08220-210130.
- Alrøe HF and Noe E (2014) Second-Order Science of Interdisciplinary Research: A Polyocular Framework for Wicked Problems. *Constructivist Foundations* 10(1): 65–95.
- Arcaya MC, Arcaya AL and Subramanian SV (2015) Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action* 8: 10.3402/gha.v8.27106. DOI: 10.3402/gha.v8.27106.
- Bath B, Gabrush J, Fritzler R, et al. (2015) Mapping the Physiotherapy Profession in Saskatchewan: Examining Rural versus Urban Practice Patterns. *Physiotherapy Canada* 67(3): 221–231. DOI: 10.3138/ptc.2014-53.
- Befort CA, Nazir N, Engelman K, et al. (2013) Fatalistic Cancer Beliefs and Information Sources Among Rural and Urban Adults in the USA. *Journal of Cancer Education* 28(3): 521–526. DOI: 10.1007/s13187-013-0496-7.
- Bettencourt BA, Talley AE, Molix L, et al. (2008) Rural and urban breast cancer patients: health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology* 17(9): 932–939. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.1315>.
- Blood GW, Thomas EA, Ridenour JS, et al. (2002) Job Stress in Speech-Language Pathologists Working in Rural, Suburban, and Urban Schools: Social Support and Frequency of Interactions. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders* 29(Fall): 132–140. DOI: 10.1044/cicsd\_29\_F\_132.
- Bock BB (2016) Rural Marginalisation and the Role of Social Innovation; A Turn Towards Nexogenous Development and Rural Reconnection: Rural marginalisation and the role of social innovation. *Sociologia Ruralis* 56(4): 552–573. DOI: 10.1111/soru.12119.

- Breslau J, Marshall GN, Pincus HA, et al. (2014) Are mental disorders more common in urban than rural areas of the United States? *Journal of Psychiatric Research* 56: 50–55.
- Casey MM, Thiede Call K and Klingner JM (2001) Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare services? *American Journal of Preventive Medicine* 21(3): 182–188. DOI: 10.1016/S0749-3797(01)00349-X.
- Caspersen S (2022) Offentligt forsørgede flytter oftere mod land end by | Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. Available at: <https://www.ae.dk/analyse/2022-04-offentligt-forsørgede-flytter-oftere-mod-land-end-by> (accessed 6 July 2022).
- Chandak A, Nayar P and Lin G (2019) Rural-Urban Disparities in Access to Breast Cancer Screening: A Spatial Clustering Analysis. *The Journal of Rural Health* 35(2): 229–235. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12308>.
- Chen X, Orom H, Hay JL, et al. (2019) Differences in Rural and Urban Health Information Access and Use. *The Journal of Rural Health* 35(3): 405–417. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12335>.
- Chillón P, Ortega FB, Ferrando JA, et al. (2011) Physical fitness in rural and urban children and adolescents from Spain. *Journal of Science and Medicine in Sport* 14(5): 417–423. DOI: 10.1016/j.jsams.2011.04.004.
- Cohen SA, Cook SK, Sando TA, et al. (2018) What Aspects of Rural Life Contribute to Rural-Urban Health Disparities in Older Adults? Evidence From a National Survey. *The Journal of Rural Health* 34(3): 293–303. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12287>.
- Curtis S and Jones IR (1998) Is There a Place for Geography in the Analysis of Health Inequality? *Sociology of Health & Illness* 20(5): 645–672. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00123>.
- Dahlberg K, Forsell Y, Damström-Thakker K, et al. (2007) Mental health problems and healthcare contacts in an urban and a rural area. Comparisons of two Swedish counties. *Nordic Journal of Psychiatry* 61(1). Taylor & Francis: 40–46. DOI: 10.1080/08039480601129333.
- Danmarks Statistik (2021) NYT: Aldersgennemsnittet stiger mest i landdistrikterne. 161, NYT fra Danmarks statistik. Available at: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=32256> (accessed 6 July 2022).
- Davis AM, Bennett KJ, Befort C, et al. (2011) Obesity and Related Health Behaviors Among Urban and Rural Children in the United States: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey 2003–2004 and 2005–2006. *Journal of Pediatric Psychology* 36(6): 669–676. DOI: 10.1093/jpepsy/jsq117.
- Dean WR and Sharkey JR (2011) Rural and Urban Differences in the Associations between Characteristics of the Community Food Environment and Fruit and Vegetable Intake. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 43(6): 426–433. DOI: 10.1016/j.jneb.2010.07.001.
- Delbosc A and Currie G (2011) The spatial context of transport disadvantage, social exclusion and well-being. *Journal of Transport Geography*: 8.
- Dschaak ZA and Juntunen CL (2018) Stigma, Substance Use, and Help-Seeking Attitudes Among Rural and Urban Individuals | Ovid. *Journal of Rural Mental Health* 42(3–4): 184–195.

Dwyer M, Peterson GM, Gall S, et al. (2020) Health care providers' perceptions of factors that influence the provision of acute stroke care in urban and rural settings: A qualitative study. *SAGE Open Medicine* 8. SAGE Publications Ltd: 2050312120921088. DOI: 10.1177/2050312120921088.

Eckert KA, Kutek SM, Dunn KI, et al. (2010) Changes in depression-related mental health literacy in young men from rural and urban South Australia. *Australian Journal of Rural Health* 18(4): 153–158. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01135.x>.

Elgar FJ, Arlett C and Groves R (2003) Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescence*: 12.

Enyinnaya EI, Anderson JG, Merwin EI, et al. (2012) Chiropractic Use, Health Care Expenditures, and Health Outcomes for Rural and Nonrural Individuals With Arthritis. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 35(7): 515–524. DOI: 10.1016/j.jmpt.2012.07.010.

Evans RJ (2009) A Comparison of Rural and Urban Older Adults in Iowa on Specific Markers of Successful Aging. *Journal of Gerontological Social Work* 52(4): 423–438. DOI: 10.1080/01634370802609197.

Fogelholm M, Valve R, Absetz P, et al. (2006) Rural—urban differences in health and health behaviour: A baseline description of a community health-promotion programme for the elderly. *Scandinavian Journal of Public Health* 34(6). SAGE Publications Ltd STM: 632–640. DOI: 10.1080/14034940600616039.

Gesler WM (1992) Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine* 34(7). Pergamon: 735–746. DOI: 10.1016/0277-9536(92)90360-3.

Gilbert A, Colley K and Roberts D (2016) Are rural residents happier? A quantitative analysis of subjective wellbeing in Scotland. *Journal of Rural Studies* 44: 37–45. DOI: 10.1016/j.jrurstud.2016.01.002.

Gingerich A, Van Volkenburg K, Maurice S, et al. (2021) Urban ideals and rural realities: Physiotherapists navigating paradox in overlapping roles. *Medical Education* 55(10): 1183–1193. DOI: 10.1111/medu.14476.

Goh JM, Gao G and Agarwal R (2016) The Creation of Social Value: Can an Online Health Community Reduce Rural–Urban Health Disparities? *MIS Quarterly* 40(1). MIS Quarterly: 247–263.

Goodridge D, Rogers M, Klassen L, et al. (2015) Access to health and support services: perspectives of people living with a long-term traumatic spinal cord injury in rural and urban areas. *Disability and Rehabilitation* 37(16): 1401–1410. DOI: 10.3109/09638288.2014.972593.

Grant MJ and Booth A (2009) A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal* 26(2): 91–108. DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

Greenberg AJ, Haney D, Blake KD, et al. (2018) Differences in Access to and Use of Electronic Personal Health Information Between Rural and Urban Residents in the United States. *The Journal of Rural Health* 34(S1): s30–s38. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12228>.

Grøn­bæk A-M, Larsen JG and Damsgaard S (2021) Apotekere, farmakon­o­mer og landdistrikter: Let adgangen til medicinsamtaler i hele landet. *Altinget*, May. Available at: <https://www.alinget.dk/artikel/apotekere-farmakonmer-og-landdistrikter-let-adgangen-til-medicinsamtaler-i-hele-landet>.

Haggerty JL, Roberge D, Lévesque J-F, et al. (2014) An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories\_ Implications for measures of accessibility. *Health & Place*: 7.

Hale TM, Cotten SR, Drentea P, et al. (2010) Rural-Urban Differences in General and Health-Related Internet Use. *American Behavioral Scientist* 53(9). SAGE Publications Inc: 1304–1325. DOI: 10.1177/0002764210361685.

Haynes R and Gale S (2000) Deprivation and poor health in rural areas: inequalities hidden by averages. *Health & Place* 6(4): 275–285. DOI: 10.1016/S1353-8292(00)00009-5.

Herrera BM and Lindgren CM (2010) The Genetics of Obesity. *Current Diabetes Reports* 10(6): 498–505. DOI: 10.1007/s11892-010-0153-z.

Hodgkin E, Hamlin MJ, Ross J, et al. (2010) Obesity, energy intake and physical activity in rural and urban New Zealand children. *Rural and Remote Health* 10(2). DOI: 10.22605/RRH1336.

Hoffman PK, Meier BP and Council JR (2002) A Comparison of Chronic Pain Between an Urban and Rural Population. *Journal of Community Health Nursing* 19(4): 213–224.

Hosler AS, Varadarajulu D, Ronsani AE, et al. (2006) Low-Fat Milk and High-Fiber Bread Availability in Food Stores in Urban and Rural Communities | Ovid. *J Public Health Management Practice* 12(6): 556–562.

Howat A, Veitch C and Cairns W (2006) A descriptive study comparing health attitudes of urban and rural oncology patients. *Rural and Remote Health* 6(4). DOI: 10.22605/RRH563.

Jacobsen JC, Bertilsson M and Luhmann N (1995) *Autopoiesis II*. Kbh.: Politisk revy.

Jia H, Cowper DC, Tang Y, et al. (2012) Postacute Stroke Rehabilitation Utilization: Are There Differences Between Rural-Urban Patients and Taxonomies? *The Journal of Rural Health* 28(3): 242–247. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2011.00397.x>.

Johansen PH, Tietjen A, Iversen Evald Bundgaard, et al. (2022) Conclusions: What have we learned about rural quality of life and how do we proceed? In: Johansen PH, Tietjen A, Iversen Evald Bundgård, et al. (eds.) *Rural Quality of Life*. Manchester University Press, pp. 302–312.

Jones AR, Cook TM and Wang J (2011) Rural–urban differences in stigma against depression and agreement with health professionals about treatment. *Journal of Affective Disorders* 134(1–3): 145–150. DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.013.

Juul T and Udvalget om evaluering af kommunalreformen ??konomi- og Indenrigsministeriet (2013) *Evaluering af kommunalreformen*. Kbh.: ??konomi- og Indenrigsministeriet.

Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, et al. (1997) Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87(9): 1491–1498. DOI: 10.2105/ajph.87.9.1491.

- Khoong EC, Gibbert WS, Garbutt JM, et al. (2014) Rural, Suburban, and Urban Differences in Factors That Impact Physician Adherence to Clinical Preventive Service Guidelines. *The Journal of Rural Health* 30(1): 7–16. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12025>.
- Kovess-Masfety V, Alonso J, de Graaf R, et al. (2005) A European Approach to Rural—Urban Differences in Mental Health: The ESEMeD 2000 Comparative Study. *The Canadian Journal of Psychiatry* 50(14). SAGE Publications Inc: 926–936. DOI: 10.1177/070674370505001407.
- Larson S and Correa-de-Araujo R (2006) Preventive Health Examinations: A Comparison Along The Rural– Urban Continuum. *Women’s Health Issues* 16: 80–88.
- Lindhardt M, Sondergaard Poulsen T, Syddansk Universitet, et al. (2015) *Aldring i landdistrikterne: geografi, kommunale udgifter og livskvalitet*. Esbjerg: Danish Centre for Rural Research (CLF), University of Southern Denmark.
- Low SM and Altman I (1992) Place Attachment. In: Altman I and Low SM (eds.) *Place Attachment*. Human Behavior and Environment. Boston, MA: Springer US, pp. 1–12. DOI: 10.1007/978-1-4684-8753-4\_1.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, et al. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine* 358(23): 2468–2481. DOI: 10.1056/NEJMsa0707519.
- Manzo L and Devine-Wright P (eds.) (2013) *Place Attachment: Advances in Theory, Methods and Applications*. London: Routledge. DOI: 10.4324/9780203757765.
- Marmot M (2005) Social determinants of health inequalities. *Lancet (London, England)* 365(9464): 1099–1104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
- Meng H, Wamsley B, Liebel D, et al. (2009) Urban–Rural Differences in the Effect of a Medicare Health Promotion and Disease Self-Management Program on Physical Function and Health Care Expenditures. *The Gerontologist* 49(3): 407–417. DOI: 10.1093/geront/gnp057.
- Mohammed KA, Subramaniam DS, Geneus CJ, et al. (2018) Rural-urban differences in human papillomavirus knowledge and awareness among US adults. *Preventive Medicine*: 5.
- Moore JB, Jilcott SB, Shores KA, et al. (2010) A qualitative examination of perceived barriers and facilitators of physical activity for urban and rural youth. *Health Education Research* 25(2): 355–367. DOI: 10.1093/her/cyq004.
- Moore JX, Akinyemiju T and Wang HE (2017) Pollution and regional variations of lung cancer mortality in the United States. *Cancer Epidemiology* 49: 118–127. DOI: 10.1016/j.canep.2017.05.013.
- Ozdirenc M, Ozcan A, Akin F, et al. (2005) Physical fitness in rural children compared with urban children in Turkey. *Pediatrics International* 47(1): 26–31. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1442-200x.2004.02008.x>.
- Pampalon R, Martinez J and Hamel D (2006) Does living in rural areas make a difference for health in Québec? *Health & Place* 12(4): 421–435. DOI: 10.1016/j.healthplace.2005.04.002.



- Pearce J, Witten K, Hiscock R, et al. (2008) Regional and Urban–Rural Variations in the Association of Neighbourhood Deprivation with Community Resource Access: A National Study. *Environment and Planning A: Economy and Space* 40(10). SAGE Publications Ltd: 2469–2489. DOI: 10.1068/a409.
- Pickett KE and Wilkinson RG (2015) Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine* 128: 316–326. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.12.031.
- Porner Nielsen SP, Hoff H, Chandler TL, et al. (2013) *Innovative velfærdsløsninger i landdistrikterne: en eksempelsamling*. CLF Report 21. Danish Centre for Rural Research and Development (CLF), University of Southern Denmark.
- Priftis KN, Anthracopoulos MB, Nikolaou-Papanagiotou A, et al. (2007) Increased sensitization in urban vs. rural environment – Rural protection or an urban living effect? *Pediatric Allergy and Immunology* 18(3): 209–216. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2006.00514.x>.
- Riva M, Curtis S, Gauvin L, et al. (2009) Unravelling the extent of inequalities in health across urban and rural areas: Evidence from a national sample in England. *Social Science*: 10.
- Roden J, Jarvis L, Campbell-Crofts S, et al. (2016) Australian rural, remote and urban community nurses' health promotion role and function. *Health Promotion International* 31(3): 704–714. DOI: 10.1093/heapro/dav018.
- Romans S, Cohen M and Forte T (2011) Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46(7): 567–575. DOI: 10.1007/s00127-010-0222-2.
- Rural Services Network (2021) STATE OF RURAL SERVICES 2021: THE IMPACT OF THE PANDEMIC. Available at: <https://rurallengland.org/wp-content/uploads/2022/01/state-of-rural-services-2021-report.pdf> (accessed 3 May 2022).
- Salmon J, Veitch J, Abbott G, et al. (2013) Are associations between the perceived home and neighbourhood environment and children's physical activity and sedentary behaviour moderated by urban/rural location?: 10.
- Searles VB, Valley MA, Hedegaard H, et al. (2014) Suicides in Urban and Rural Counties in the United States, 2006–2008. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 35(1): 18–26. DOI: doi: 10.1027/0227-5910/a000224.
- Shadrina M, Bondarenko EA and Slominsky PA (2018) Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in Psychiatry* 9: 334. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00334.
- Shilton T, Lower T, Howat P, et al. (2003) Variations in perceptions of urban and rural health promotion competencies. *Health Promotion Journal of Australia* 14(1): 15–18. DOI: <https://doi.org/10.1071/HE03015>.
- Shucksmith M (2012) Class, Power and Inequality in Rural Areas: Beyond Social Exclusion? *Sociologia Ruralis* 52(4). John Wiley & Sons, Ltd: 377–397. DOI: 10.1111/j.1467-9523.2012.00570.x.

Simen-Kapeu A and Veugelers PJ (2010) Should public health interventions aimed at reducing childhood overweight and obesity be gender-focused? *BMC Public Health* 10(1): 340. DOI: 10.1186/1471-2458-10-340.

Siopis G, Jones A and Allman-Farinelli M (2020) The dietetic workforce distribution geographic atlas provides insight into the inequitable access for dietetic services for people with type 2 diabetes in Australia. *Nutrition & Dietetics* 77(1): 121–130. DOI: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12603>.

Smith ML, Ahn SN, Sharkey JR, et al. (2012) Successful Falls Prevention Programming for Older Adults in Texas: Rural–Urban Variations. *Journal of Applied Gerontology* 31(1). SAGE Publications Inc: 3–27. DOI: 10.1177/0733464810378407.

Sørensen JB and Guðlaugsdóttir B (2019) Sundhedsoversigt for landdistrikter, mindre byer og større byer.

Sørensen JFL (n.d.) *Landdistrikternes udvikling i et livskvalitetsperspektiv, 2002-2014: Går det virkelig så dårligt på landet?*

Sørensen JFL and Svendsen GLH (2008) *Access to health care services in remote rural areas: what impact does it have on settlement?* Esbjerg: Danish Institute of Rural Research and Development (IFUL), Institut for Forskning og Udvikling i Landdistrikter.

Spleen AM, Lengerich EJ, Camacho FT, et al. (2014) Health Care Avoidance Among Rural Populations: Results From a Nationally Representative Survey. *The Journal of Rural Health* 30(1): 79–88. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12032>.

Steinhaeuser J, Joos S, Szecsenyi J, et al. (2011) A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. *BMC Family Practice* 12(1): 112. DOI: 10.1186/1471-2296-12-112.

Stewart H, Jameson JP and Curtin L (2015) The Relationship Between Stigma and Self-Reported Willingness to Use Mental Health Services Among Rural and Urban Older Adults. *Psychological Services* 12(2): 141–148. DOI: doi: 10.1037/a0038651.

Strand M, Udem T, Anderson G, et al. (2016) Assessment of pharmacists' delivery of public health services in rural and urban areas in Iowa and North Dakota. *Pharmacy Practice* 14(4). 4: 836–836.

Swanoski MT, Lutfiyya MN, Amaro ML, et al. (2012) Knowledge of heart attack and stroke symptomology: a cross-sectional comparison of rural and non-rural US adults. *BMC Public Health* 12(1): 283. DOI: 10.1186/1471-2458-12-283.

Terashima M, Rainham DGC and Levy AR (2014) A small-area analysis of inequalities in chronic disease prevalence across urban and non-urban communities in the Province of Nova Scotia, Canada, 2007–2011. *BMJ Open* 4(5): e004459. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004459.

Thomas TL, DiClemente R and Snell S (2014) Overcoming the triad of rural health disparities: How local culture, lack of economic opportunity, and geographic location instigate health disparities. *Health Education Journal* 73(3): 285–294.

Thornton LE, Crawford DA, Cleland VJ, et al. (2012) Do food and physical activity environments vary between disadvantaged urban and rural areas? Findings from the READI Study. *Health Promotion Journal of Australia* 23(2): 153–156. DOI: <https://doi.org/10.1071/HE12153>.

Thuesen AA and Andersen PT (2021) Coordination of village plans and municipal rural and health policies: Can low-hanging fruit be picked? *Sociologia Ruralis* 61(1): 190–211. DOI: 10.1111/soru.12325.

Veinot TC and Harris R (2011) Talking About, Knowing About HIV/AIDS in Canada: A Rural-Urban Comparison. *The Journal of Rural Health* 27(3): 310–318. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00353.x>.

Verheij RA, Maas J and Groenewegen PP (2008) Urban—Rural Health Differences and the Availability of Green Space. *European Urban and Regional Studies* 15(4). SAGE Publications Ltd: 307–316. DOI: 10.1177/0969776408095107.

Wen M, Fan JX, Kowaleski-Jones L, et al. (2018) Rural–Urban Disparities in Obesity Prevalence Among Working Age Adults in the United States: Exploring the Mechanisms. *American Journal of Health Promotion* 32(2). SAGE Publications Inc: 400–408. DOI: 10.1177/0890117116689488.

WHO (2022) Constitution of the World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (accessed 24 May 2022).

Wolfgang R, Wakely L, Smith T, et al. (2019) Immersive placement experiences promote rural intent in allied health students of urban and rural origin. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 12: 699–710. DOI: 10.2147/JMDH.S214120.

Zahnd WE, Scaife SL and Francis ML (2009) Health Literacy Skills in Rural and Urban Populations. *American Journal of Health Behavior* 33(5). Star City, United States: PNG Publications: 550–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.33.5.8>.

Zahnd WE, Goldfarb J, Scaife SL, et al. (2010) Rural-urban differences in behaviors to prevent skin cancer: An analysis of the Health Information National Trends Survey. *Journal of the American Academy of Dermatology* 62(6): 950–956. DOI: 10.1016/j.jaad.2009.08.058.

Zahnd WE, Fogleman AJ and Jenkins WD (2018) Rural–Urban Disparities in Stage of Diagnosis Among Cancers With Preventive Opportunities. *American Journal of Preventive Medicine* 54(5): 688–698.