



Ulighed i sundhed – årsager og velfærdspolitiske udfordringer

Finn Diderichsen

Professor em. Dr.med

København's Universitet

Fundação Oswaldo Cruz, Brasilien



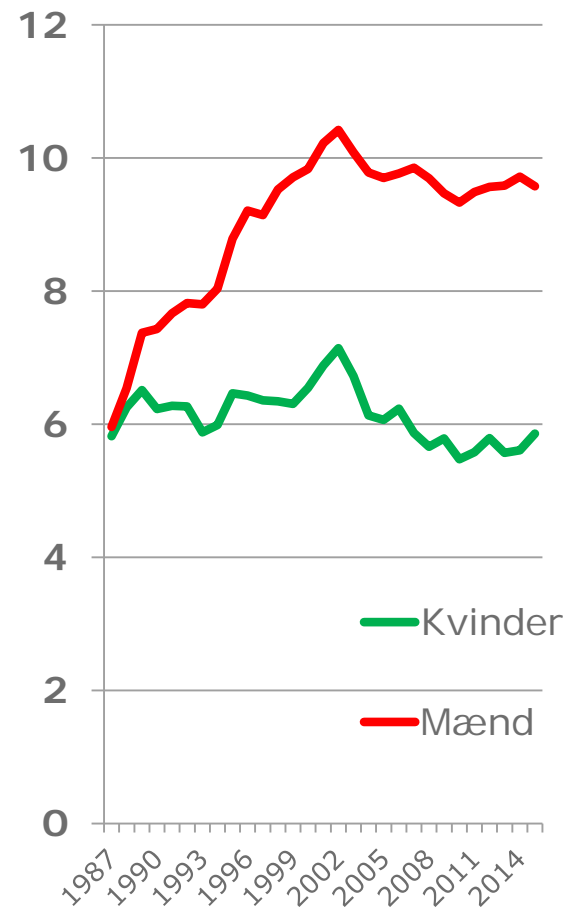
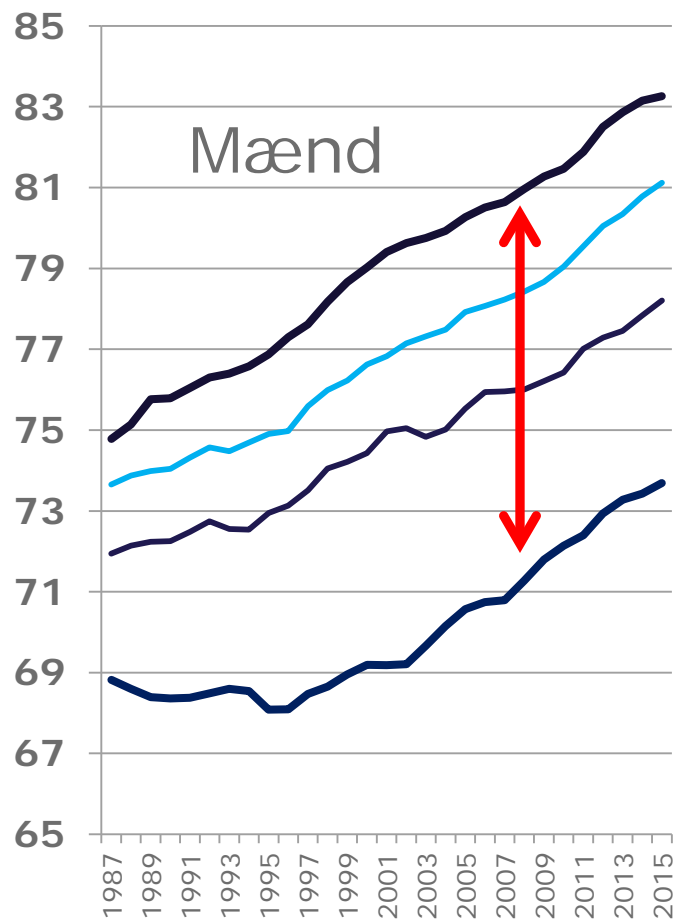
Jeg vil i dag berøre følgende spørgsmål:

1. Social ulighed i risiko at blive syg og i konsekvenserne af at være syg - omfang og udvikling.
2. Noget om årsager og mekanismer – gener, adfærd, miljø mm
3. Hvorfor det er et problem – velfærdsstatens politiske økonomi
4. Hvordan flere politikområder kan føle ejerskab til problemet.

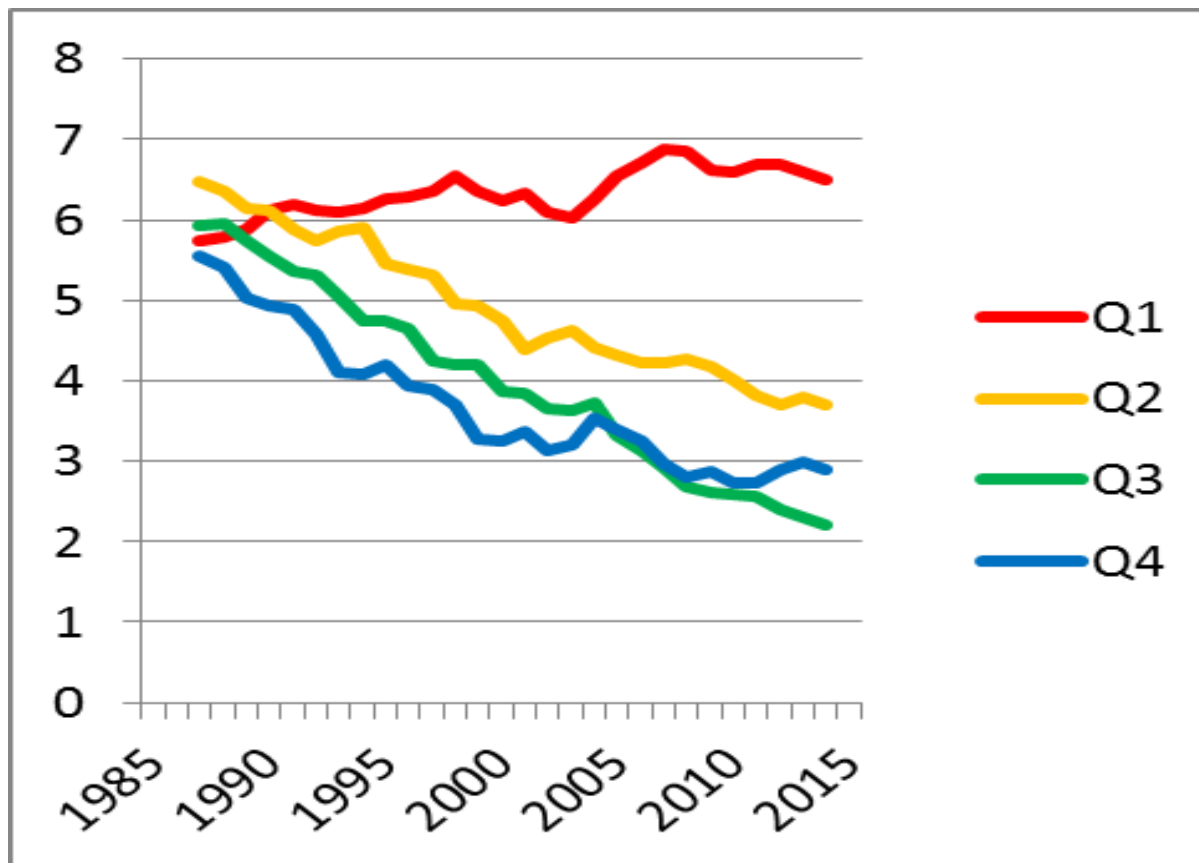


Ulighed i middellevetid (år) for mænd og kvinder mellem indkomstkvarterer. Danmark 1987-2015.

Kilde AE-rådet 2016

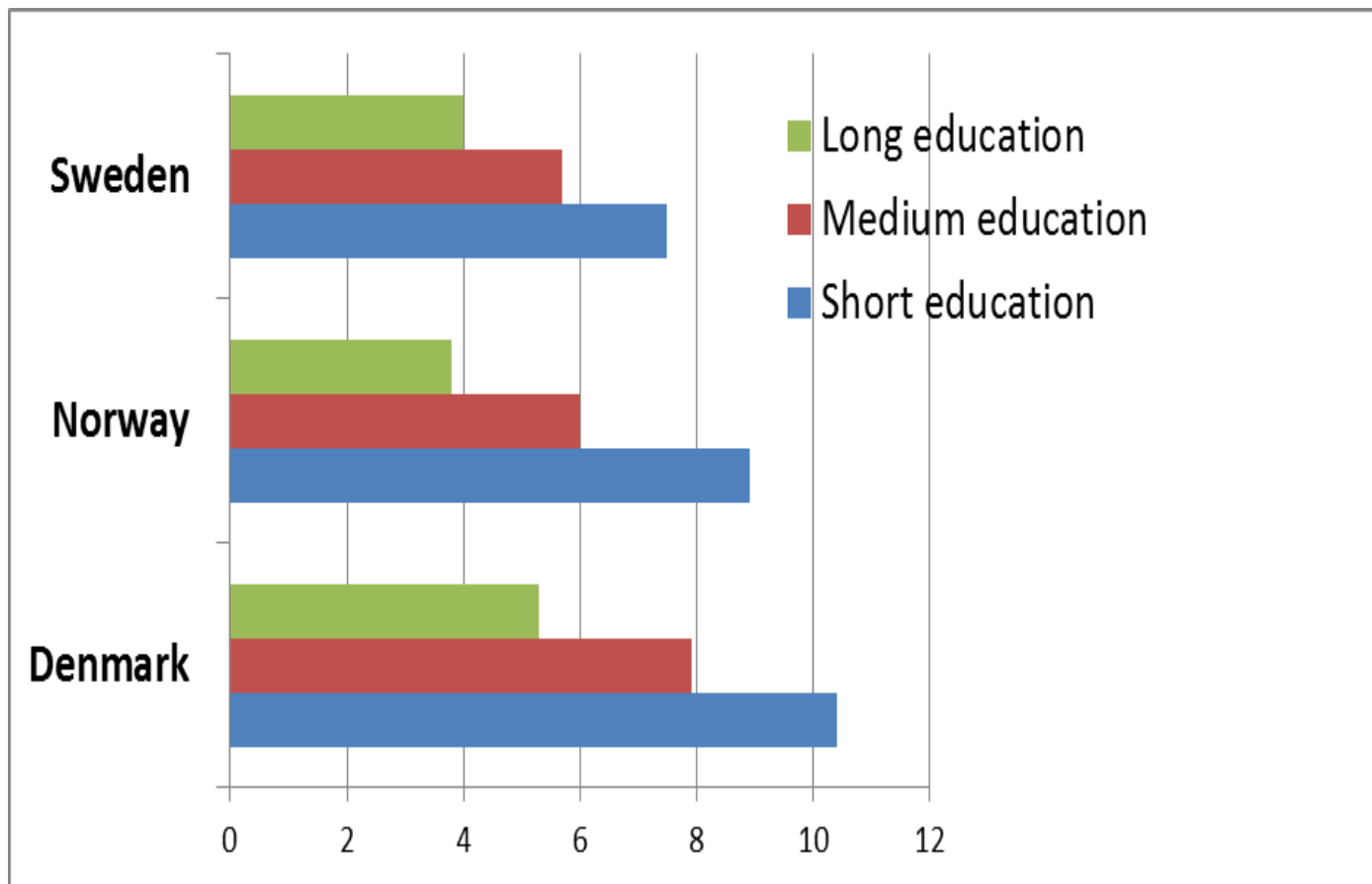


Forandret ulighed i middellevetid mellem mænd og kvinder opdelt efter indkomst 1987-2014



Ulighed i dødelighed i Skandinavien

(Døde per 1000. Alders- og kønsstandardiseret)



Også i USA: Voksene ulighed i dødelighed 1999-2013

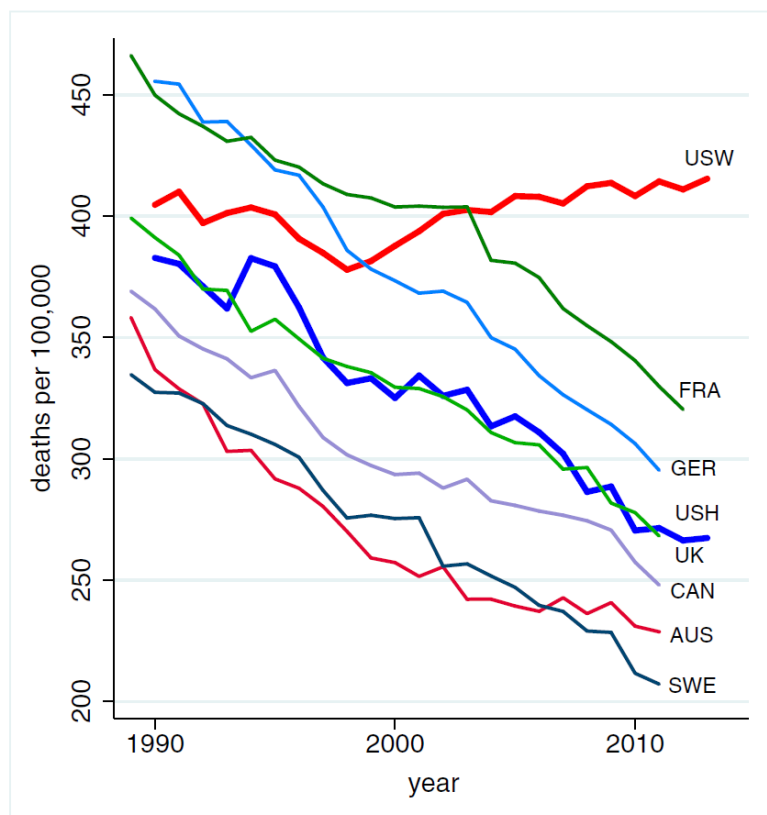


Fig. 1. All-cause mortality, ages 45–54 for US White non-Hispanics (USW), US Hispanics (USH), and six comparison countries: France (FRA), Germany (GER), the United Kingdom (UK), Canada (CAN), Australia (AUS), and Sweden (SWE).

Døde per 100.000 USA
hvide (USW) 45-54 år

	1999	2013	Ændring
Kort	602	736	+134
Mellem	291	288	- 3
Lang	235	178	- 57

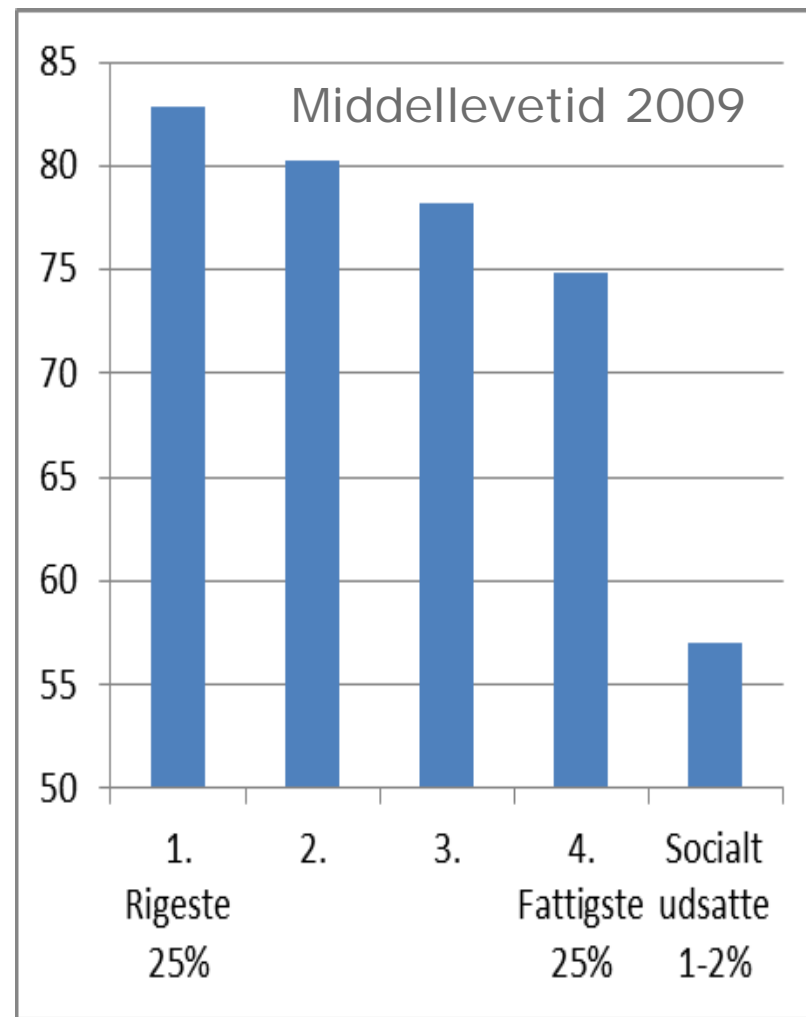
Case & Deaton:
PNAS 2015;112:1578-83



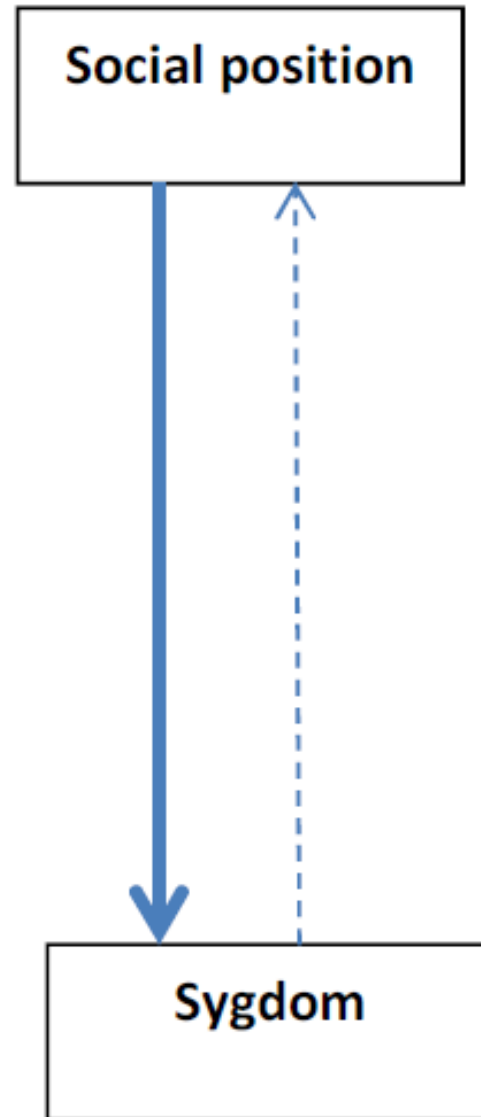
Social ulighed i sundhed: to perspektiver

1. En social **gradient** tværs gennem hel befolkningen med faldende middellevetid skabt af ulige livsvilkår og sygdomskonsekvenser

2. Socialt **udsatte** hvor udsathed er både en årsag til og konsekvens af alvorlig (ofte mental) sygdom og misbrug



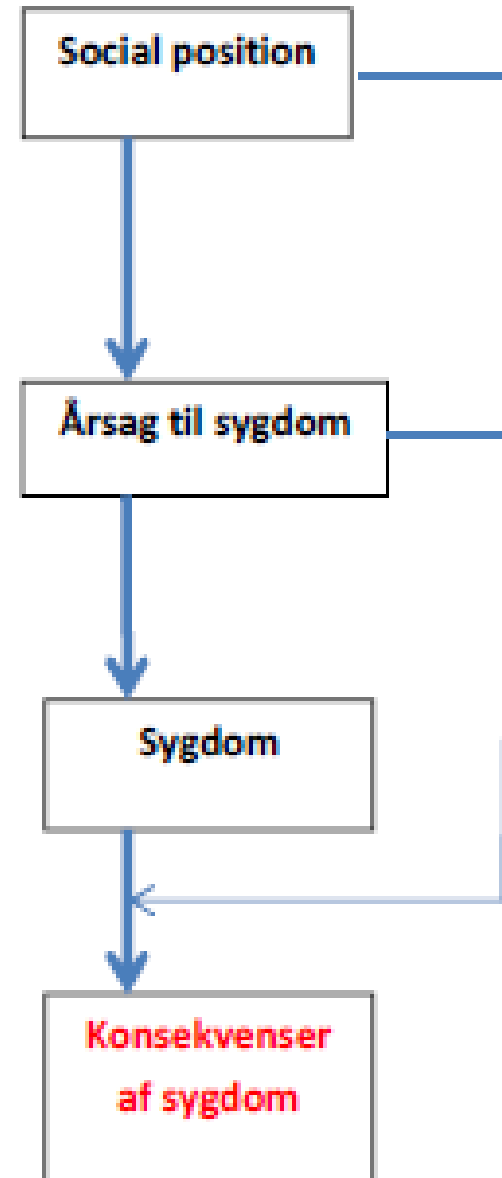
Social ulighed i sundhed handler om en systematisk association mellem individers sociale position og deres risiko for sygdom



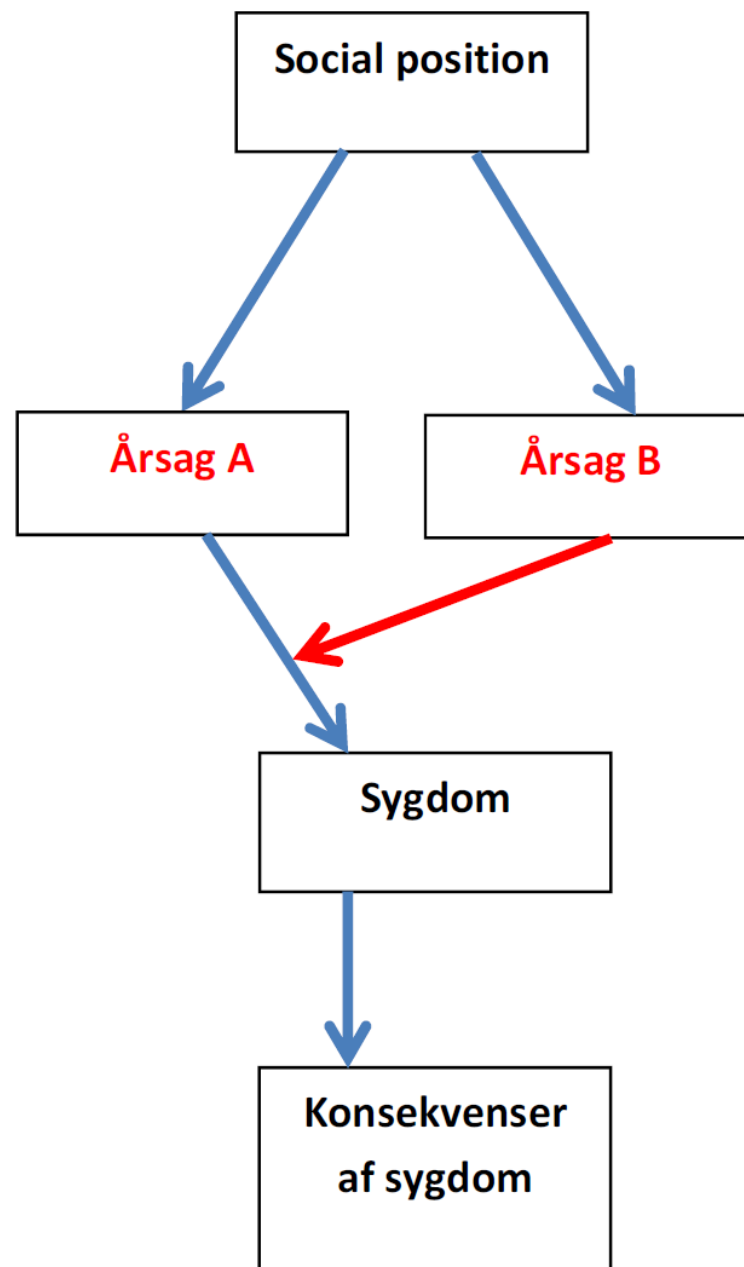
Årsager til ulighed i sundhed er ofte sygdomsårsager som er skævt socialt fordelt – fx tobaksrygning, fysisk arbejdsmiljø, økonomisk stress etc.



Ulighed handler ikke kun om risiko for at blive syg men også om ulighed i konsekvenserne af at være det pga. ulighed i behandling og rehabilitering

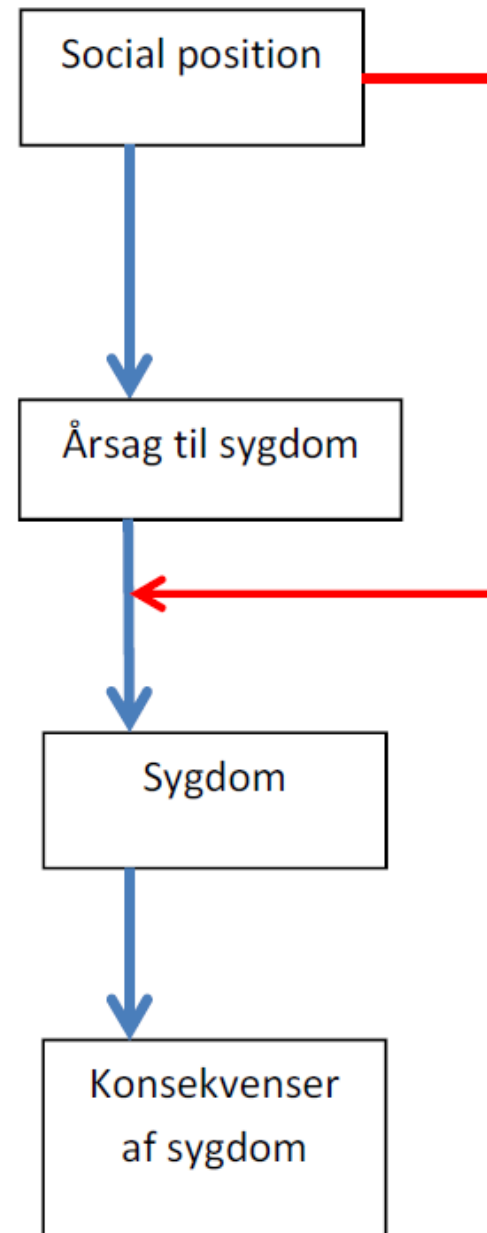


Sygdomsårsager påvirker ofte hinandens effekt på en sygdom, og det ene årsag øger dermed sårbarheden for effekter af den anden



Da mange
interagerende
årsager er skævt
fordelt leder til
differentiel
sårbarhed – og
differentielle
konsekvenser

se eksemplet
alkohol:



Uddannelse, alkoholforbrug og alkoholskader (indlæggelser og død). Danmark 1989-2009 (ICD10: F10,K70,K74,X45,X65). Kohorte med N=74.278

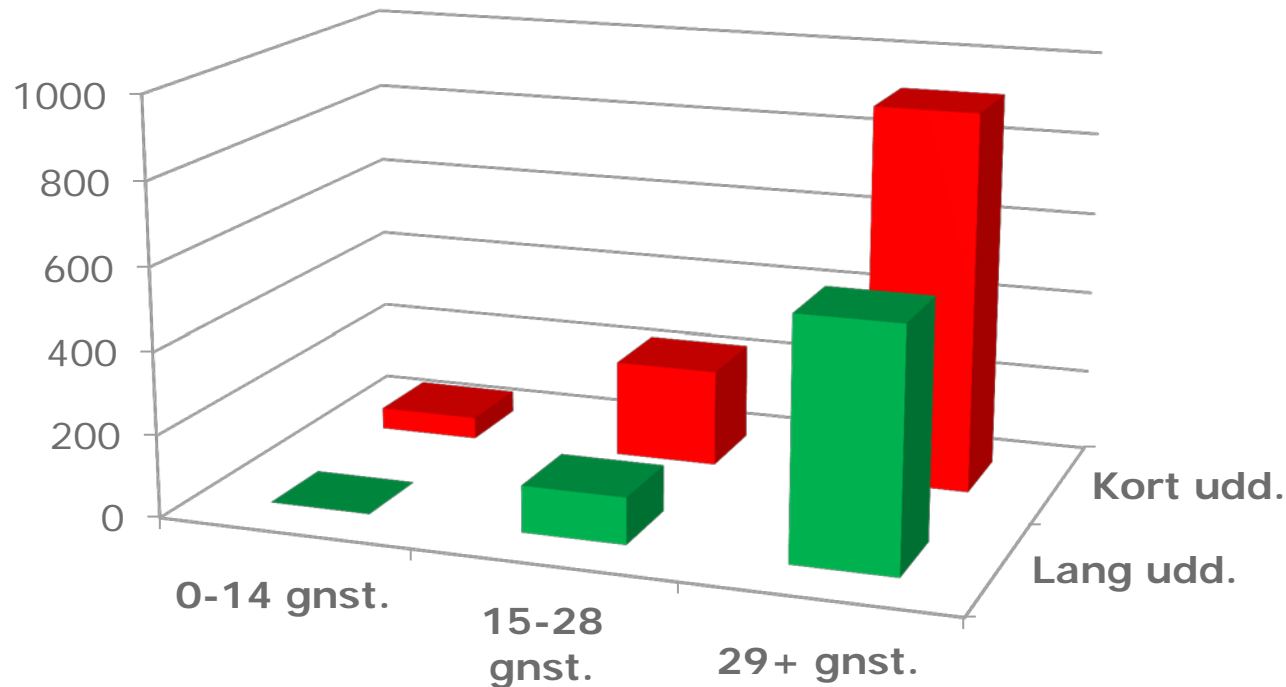
	% med >21/14 genstande/uge	% med alkoholskader
Lang uddannelse	30%	3%
Middel -	27%	4%
Kort -	26%	6%

Differentiel sårbarhed for helbredseffekter af alkohol. Dødsfald/indlæggelser per 100.000.

Nordahl H, Andersen I, Diderichsen F et al: Epidemiology 2017 (in press).

Mænd	Lang/ mellem Uddan.	Kort Uddan.	Interaktion= Differential sårbarhed
0-14 genst./uge	0 (ref)	53	
15-28 genst./uge	113	236	70 (-13; 153)
29+ genst./uge	577	919	289 (125; 457)
Kvinder			
0-7 genst./uge	0 (ref)	-13	
8-21 genst./uge	56	159	116 (69; 163)
21+ genst./uge	247	473	239 (90; 388)

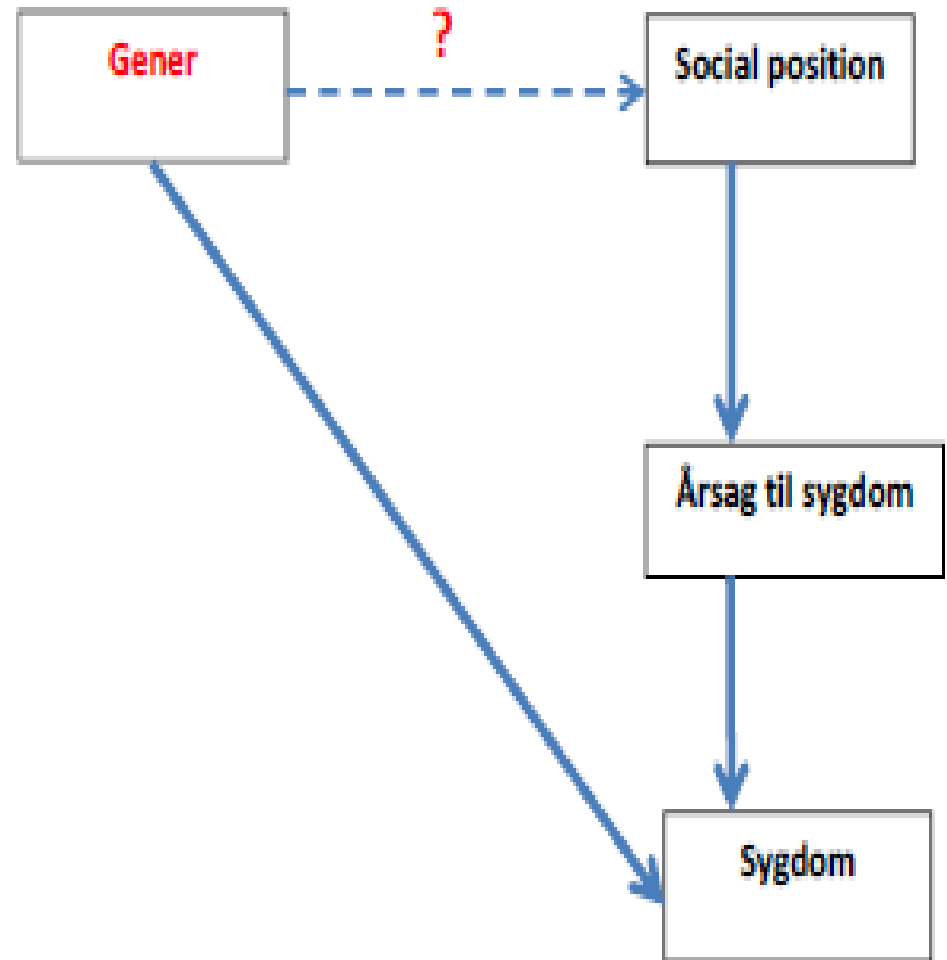
Differentiel sårbarhed – effekt af et givet alkoholforbrug er større hos kort uddannede (indlæggelser og dødsfald per 100.000)



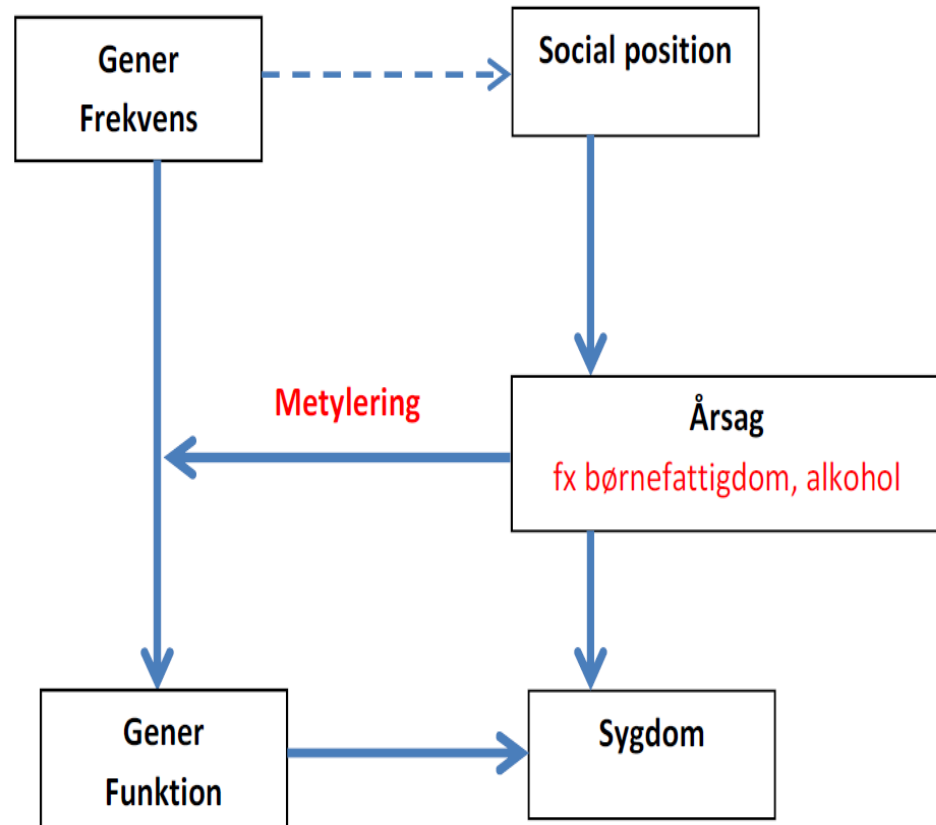
Nordahl, Andersen, Diderichsen. Epidemiology 2017

Er det ikke bare
gener det hele?

Mange eksempler på
sygdomseffekt af
gener men få om
association med
social position

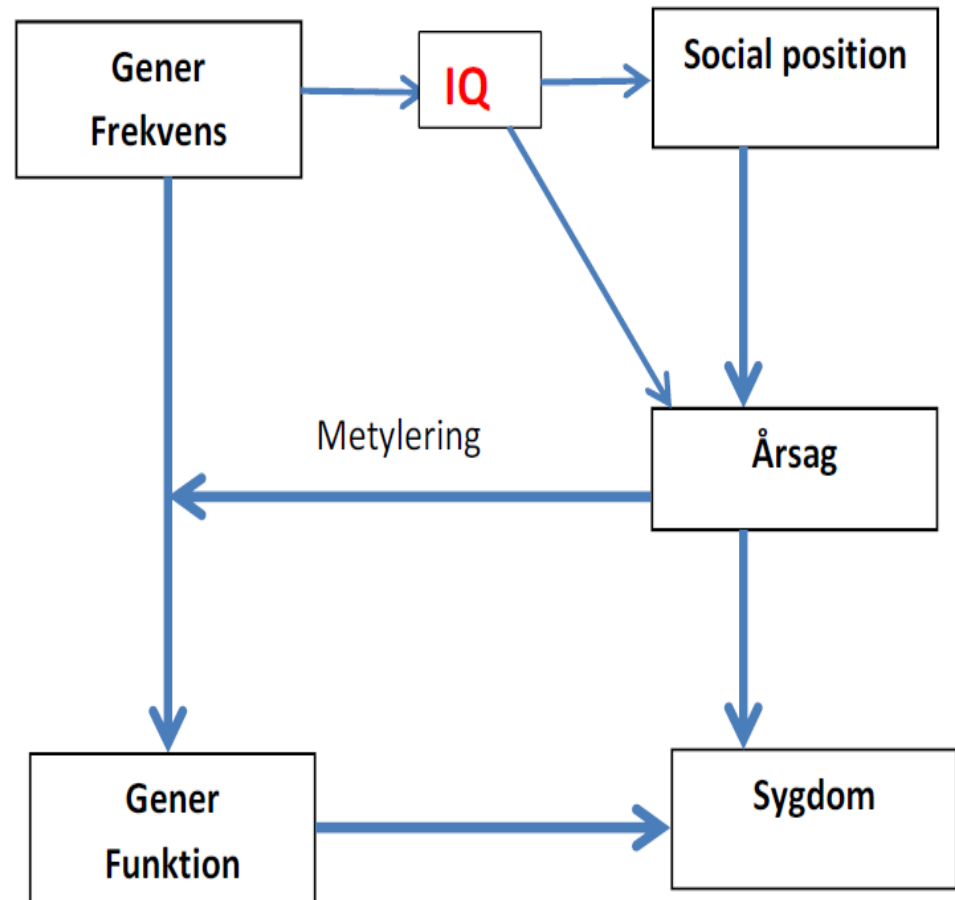


Såkaldt
epigenetiske
studier viser at
mange
sygdoms-
årsager (særlig
tidligt i livet)
påvirker
geners
funktion



Bl.a. danske tvillingstudier viser at gener har effekt på både intelligens og uddannelse, og samtidig på helbred

Arden et al: Int J Epidemiol. 2016 Feb; 45(1): 178-85



Dødelighed i alderen 15-49 år for mænd født i København 1953 (N=7319).

Effekt (RR) af faders erhverv, fødselsvægt og IQ.

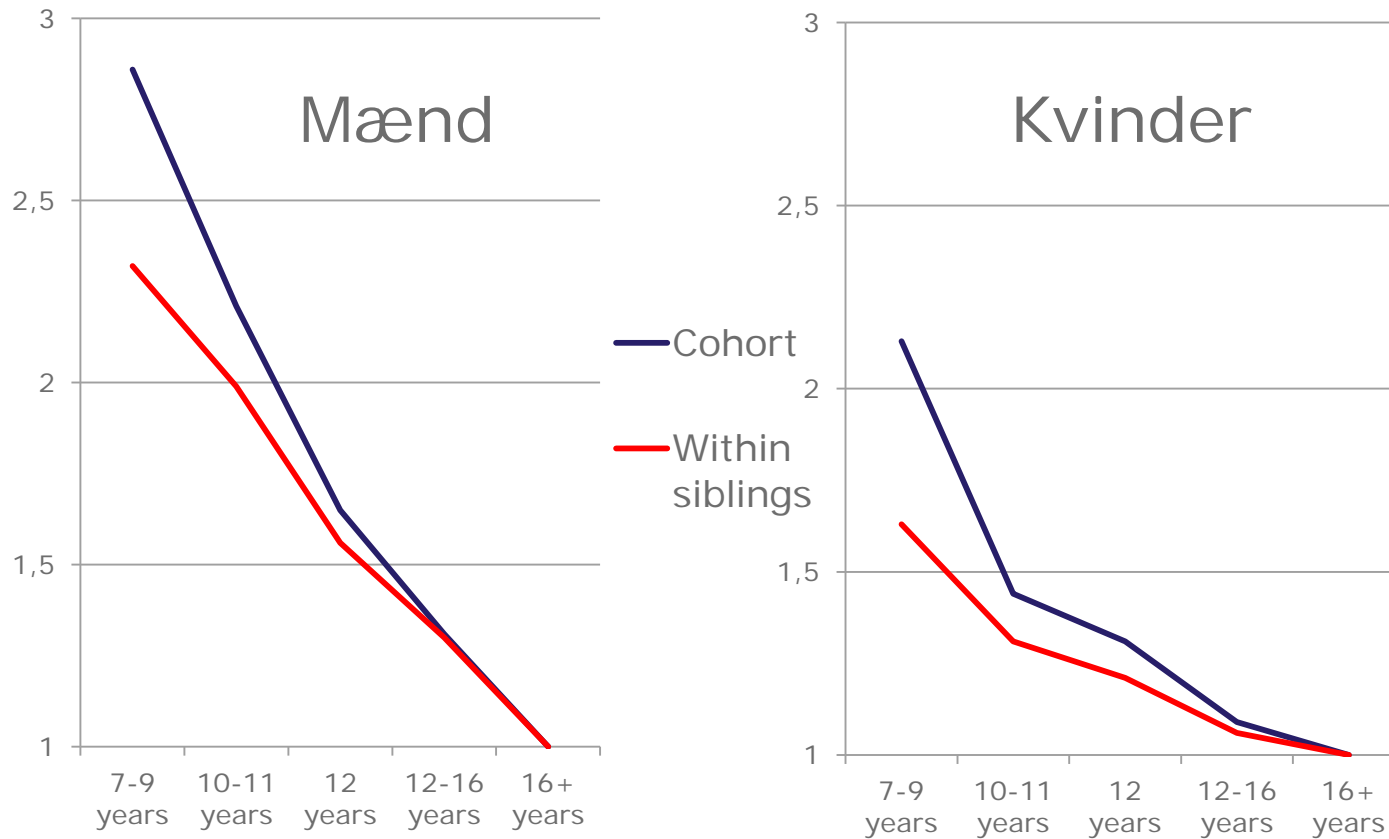
Alle effekter signifikante.

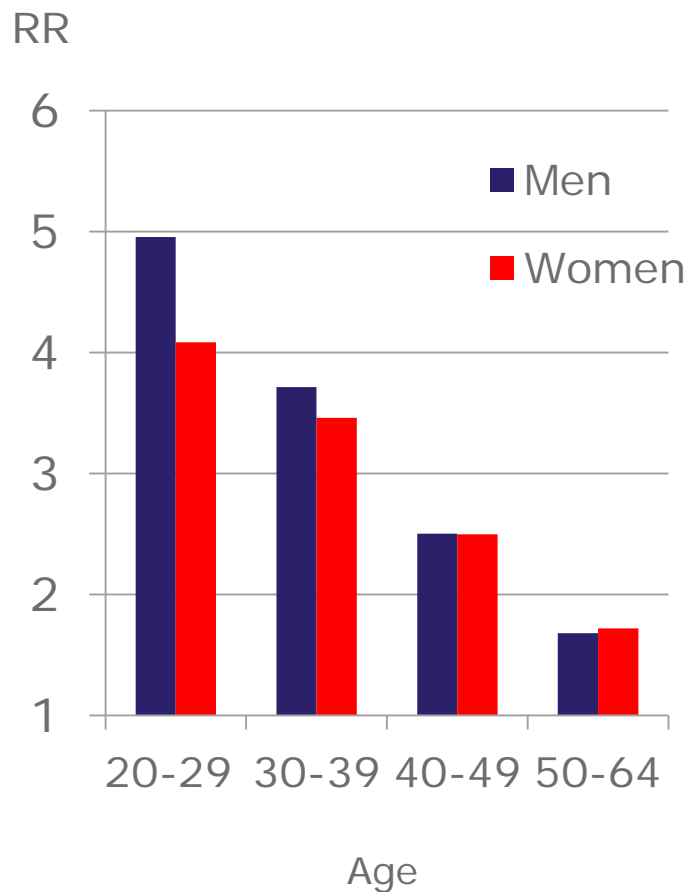
Osler et al JECH 2003;57:686-9

	Model 1	Model 2
Faders erhverv		
- Arbejdere	1,40	1,30
- Ukendt	1,94	1,81
Fødselsvægt < 3500g	-	1,25
IQ i 12 års alder		
- Laveste kvartil	-	1,53
- Næstlaveste	-	1,30

Uddannelsens længde og dødelighed i alderen 30-64 år. Lang videregående uddannelse = 1.

Norge 1991-2008. Næss et al: Int J Epid 2012;41:1683-91





Overdødelighed (relativ risiko) Blandt dem uden ungdoms- uddannelse

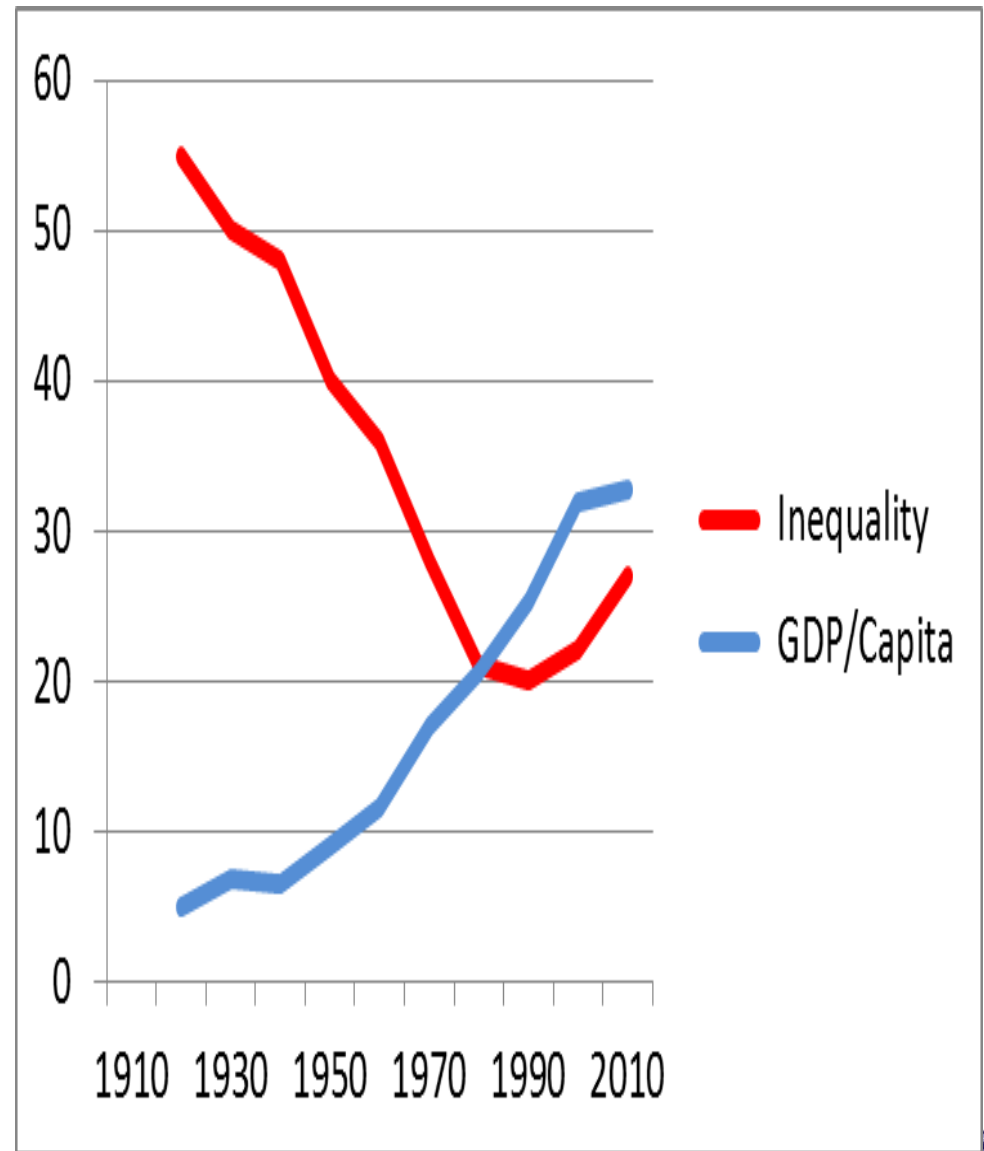
Diderichsen et al: Scand J Publ
Health 2012. Suppl 8

Nordisk velfærdspolitik: Det har været muligt at forene lighed og vækst i *økonomien*

Ulighed = Ginikoefficient * 100

Vækst = GDP per capita i 1000
PPP USD justeret for inflation

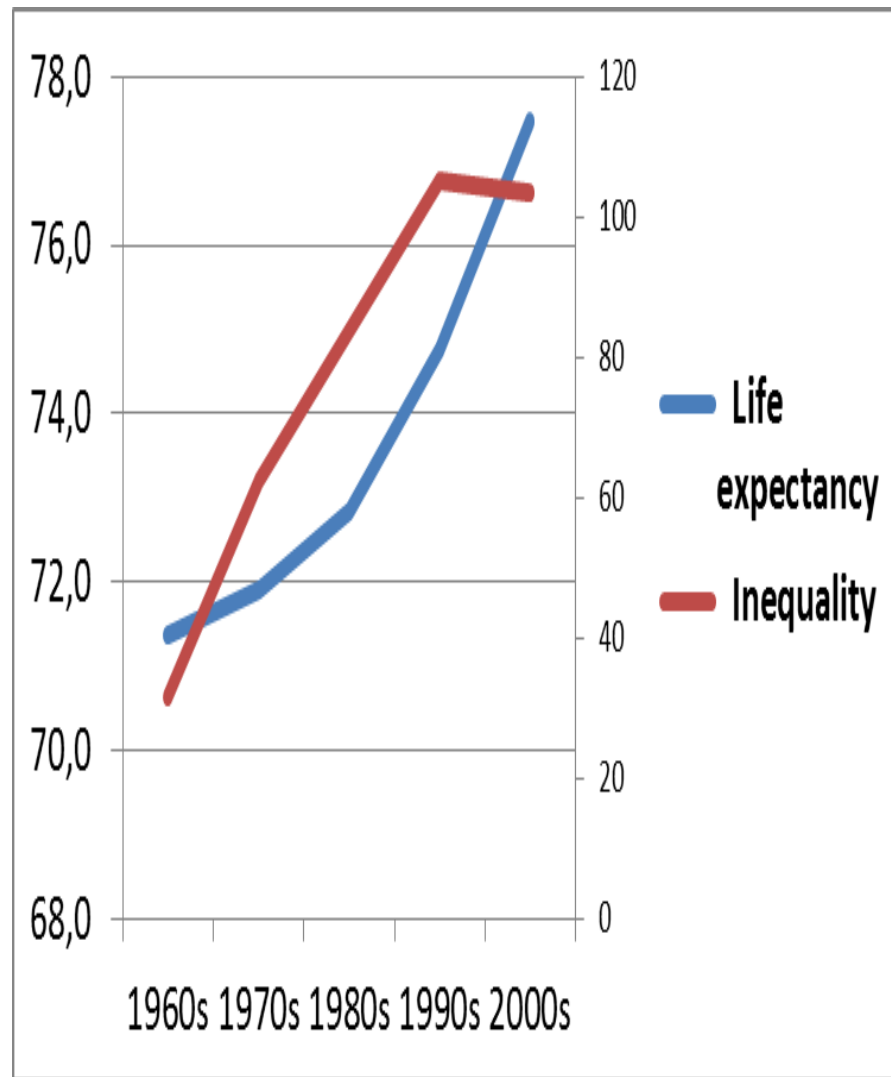
Kilde: Finansministeriet og Viby-Mogensen 2010



Det har været vanskeligere at forene lighed og vækst i sundhed

Middelevetid i år og ulighed mellem kort og langt uddannet døde per 10.000. Norge 1960-2010

(Strand et al 2015).



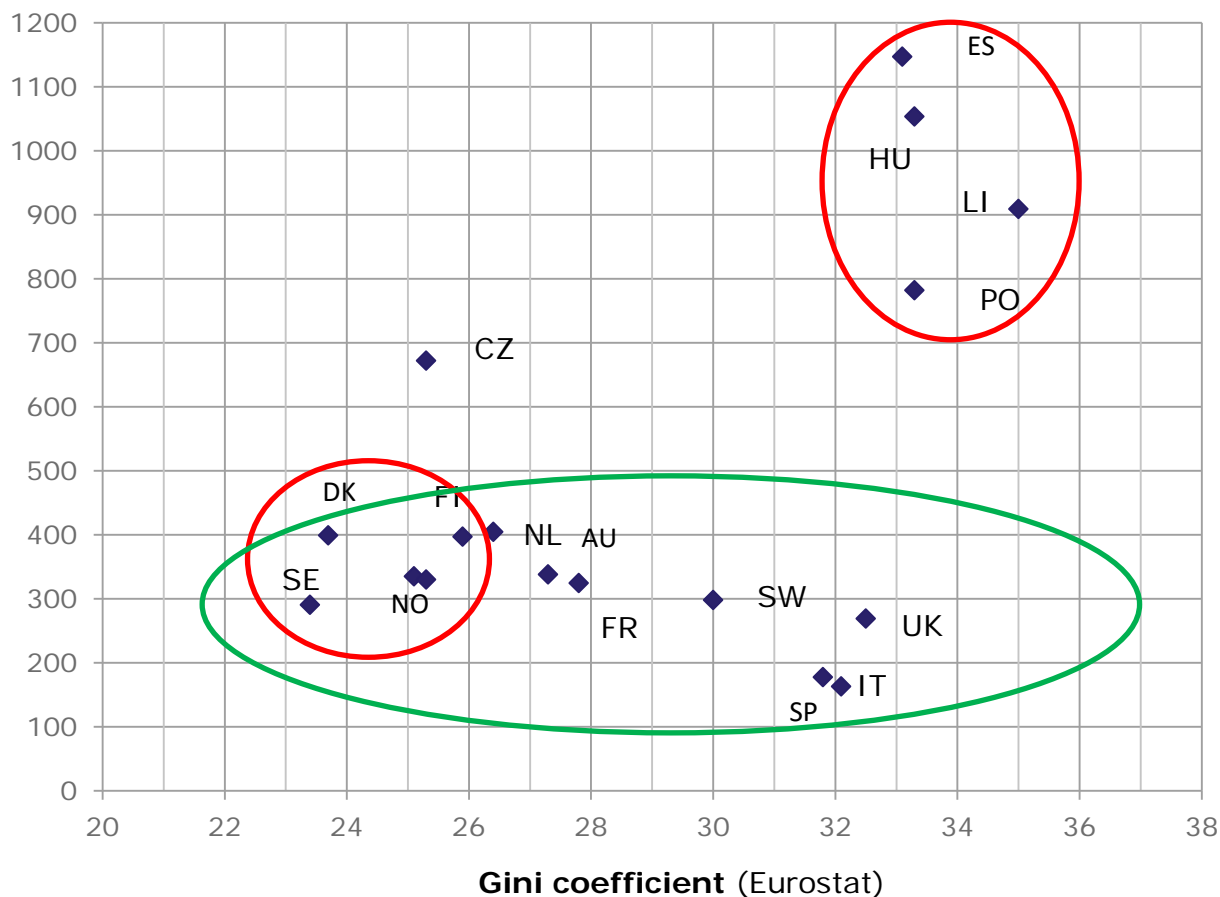
Den velfærdspolitiske udfordring:

*Hvordan kan man omsætte en
lav social ulighed i indkomster
til en lav ulighed i helbred ??*



17 Europæiske lande: Indkomstulighed (Gini) og ulighed i dødelighed efter uddannelse (per 100.000).

Over-
dødelighed
blandt kort
uddannede
Euro GBD SE



Ulighed i sundhed er et etisk/politisk problem af tre grunde

Menneskerettighed: Om dårligt helbred begrænser menneskers frihed at leve det liv de sætter pris på, så er systematiske forskelle mellem sociale grupper uretfærdige

Social bæredygtighed: Om sundhed er en central velfærdskomponent så er stigende ulighed i sundhed en trussel mod velfærdsstatens sociale og politiske bæredygtighed.

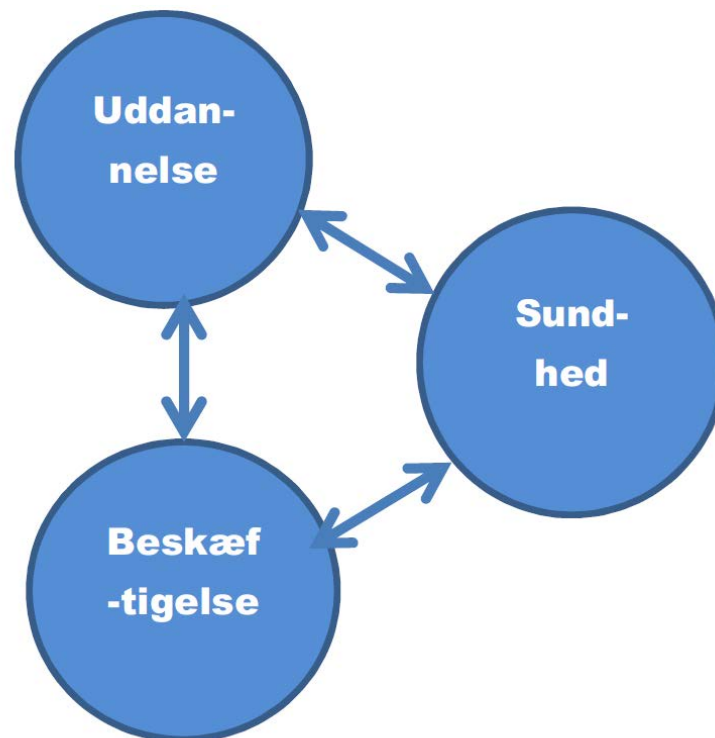
Sociale investeringer: Videnssamfundet kræver en velfærdspolitik som “prepares more than repairs”, dvs sociale investeringer i uddannelse og sundhed og dermed beskæftigelse.

Den nordiske velfærdsmodel er udfordret af den tiltagende ulighed i sundhed

Når kort uddannelse, sygdom og manglende beskæftigelse bliver alt stærkere associeret udfordrer den en velfærdsstat som er afhængig af høj beskæftigelse.

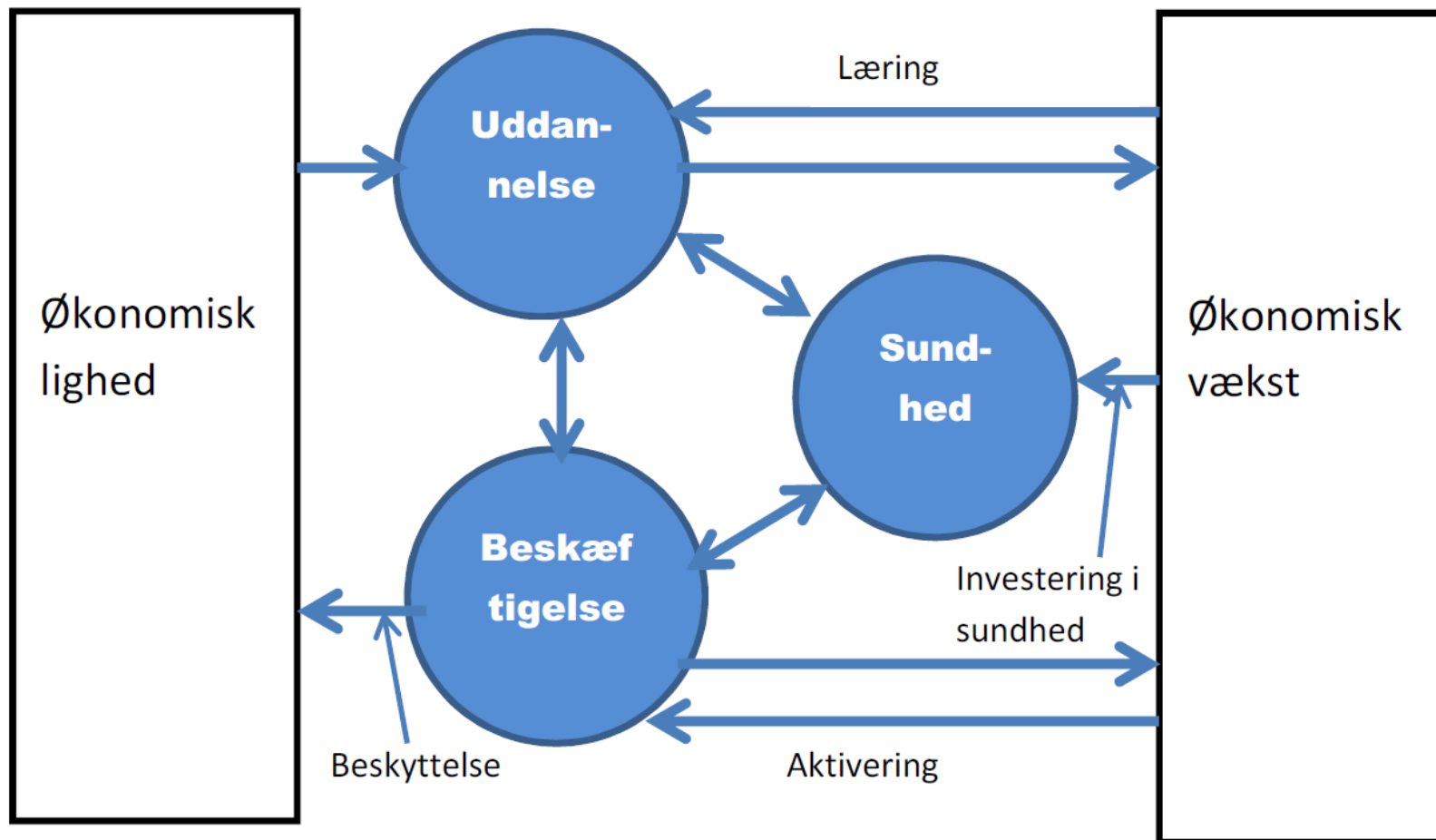
Hvorfor ?

Fordi det bliver vanskeligere at gøre sociale investeringer i uddannelse og sundhed med henblik at holde beskæftigelsen høj.



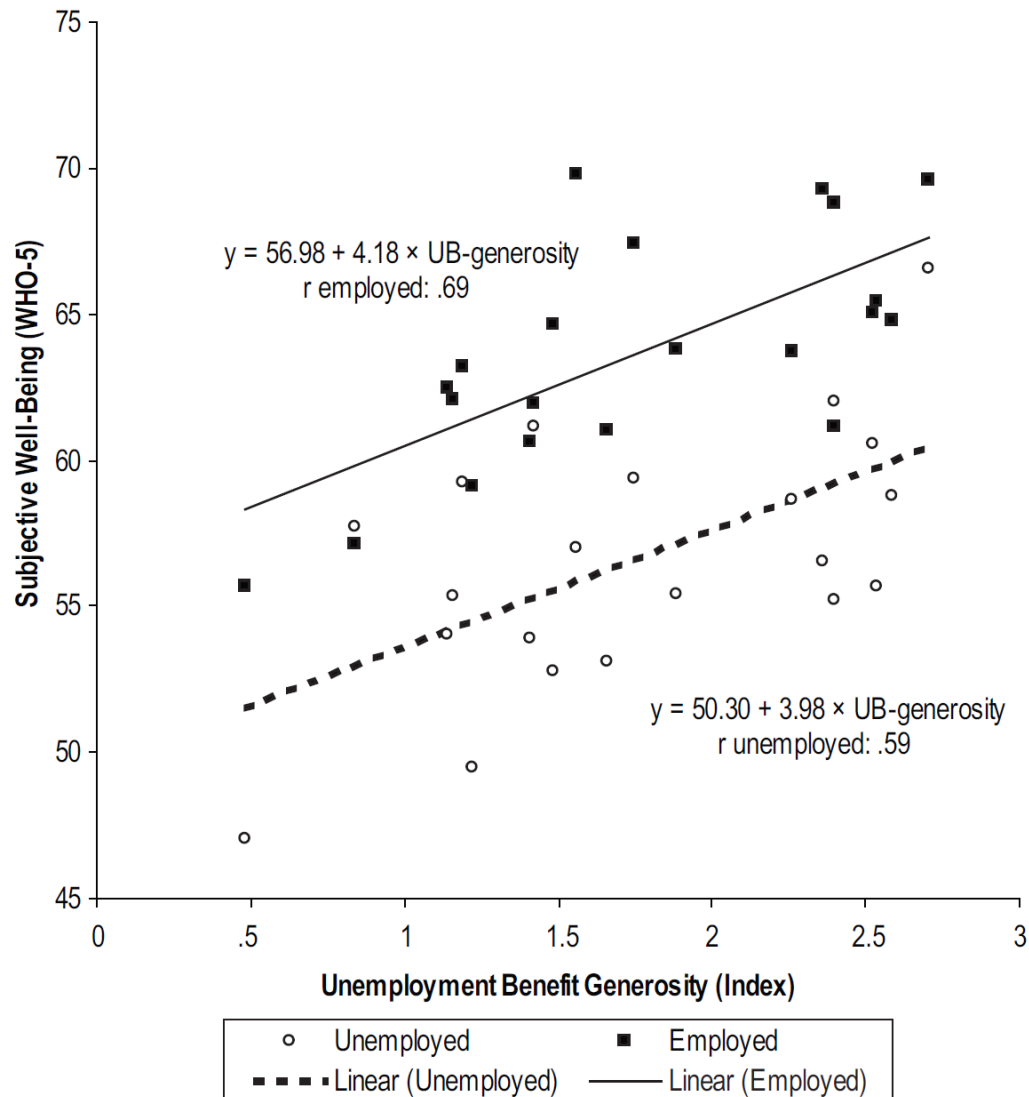
Sociale investeringer i velfærdspolitikken

Kilde: Diderichsen: Nord.Welf. Res. 2016; 1(1): 44-55



En generøs
arbejdsløsheds-
forsikring
forbedrer
selvvurderet
helbred blandt
både
arbejdsløse og
beskæftigede.

Sjöberg et al:
Social Forces
2010; 88(3): 1281-1304



Indvandringen er ikke en del af forklaringen.

(Dødelighed 1994-2007. Danskfødte = 1)

Kilde: Nørredam et al: BMC Publ Health 2012;12:757

Fødselsland	Mænd	Kvinder
Asien	0,35*	0,40*
Østeuropa	0,47*	0,62
Tidl. Jugoslavien	0,50	0,58
Irak	0,27*	0,45
Øvr. Mellemøsten	0,45*	0,36*
Nordafrika	0,31*	0,30*
Sydlige Afrika	1,12	0,83
Alle indvandrere	0,44*	0,43*
Født i Danmark	1 (ref.)	1 (ref.)

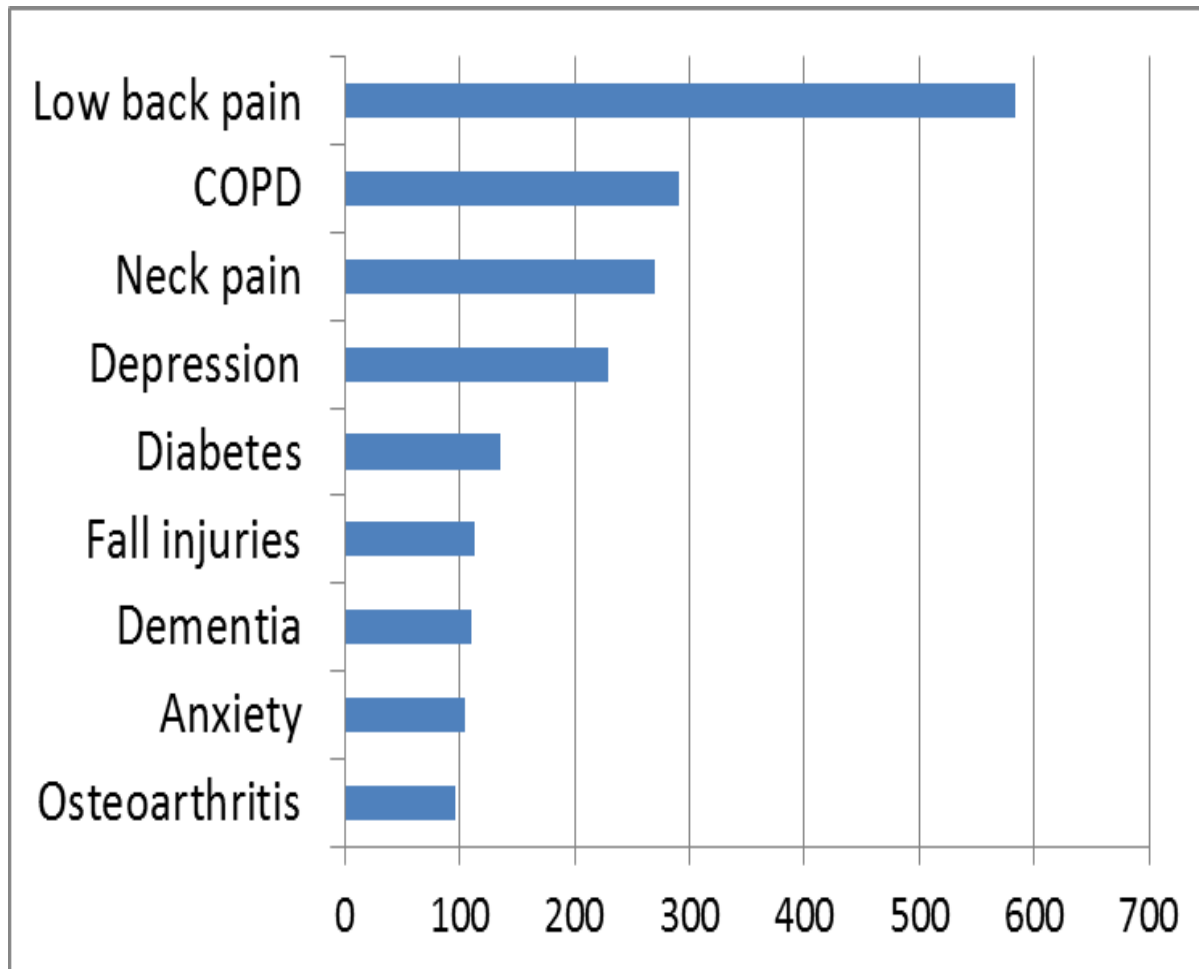
* $P < 0,001$

Den Nationale Alkoholkonference 2017



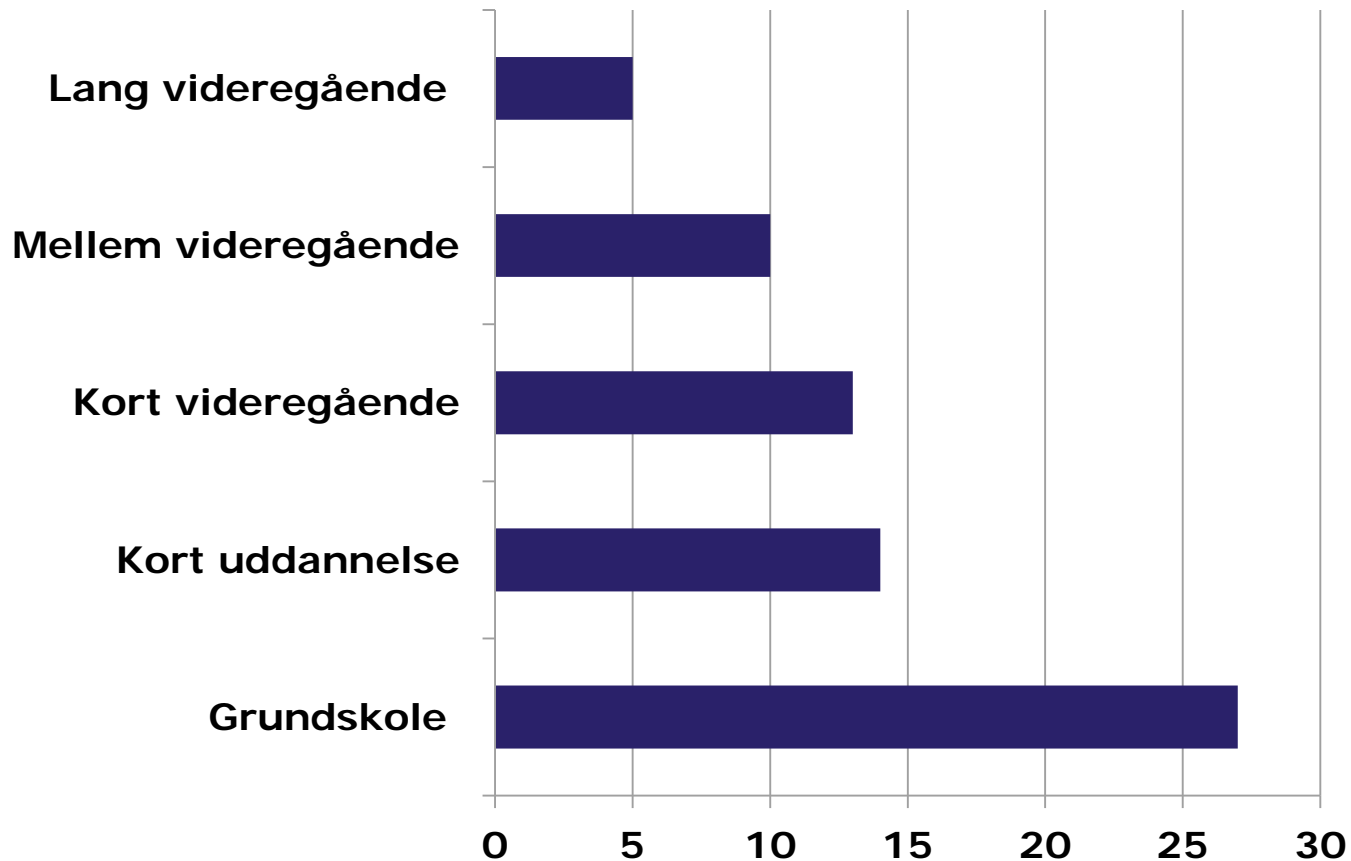
Hvilke sygdomme skaber den ulige sygdomsbyrde ? -

Danmark 2013 (Ulighed efter uddannelse i YLD per 100.000). Kilde: www.healthdata.org.



Ulighed i multi-sygdom.

Andel som har 3 eller flere kroniske sygdomme samtidig. Sundhedsprofil 2010. Region Hovedstaden.

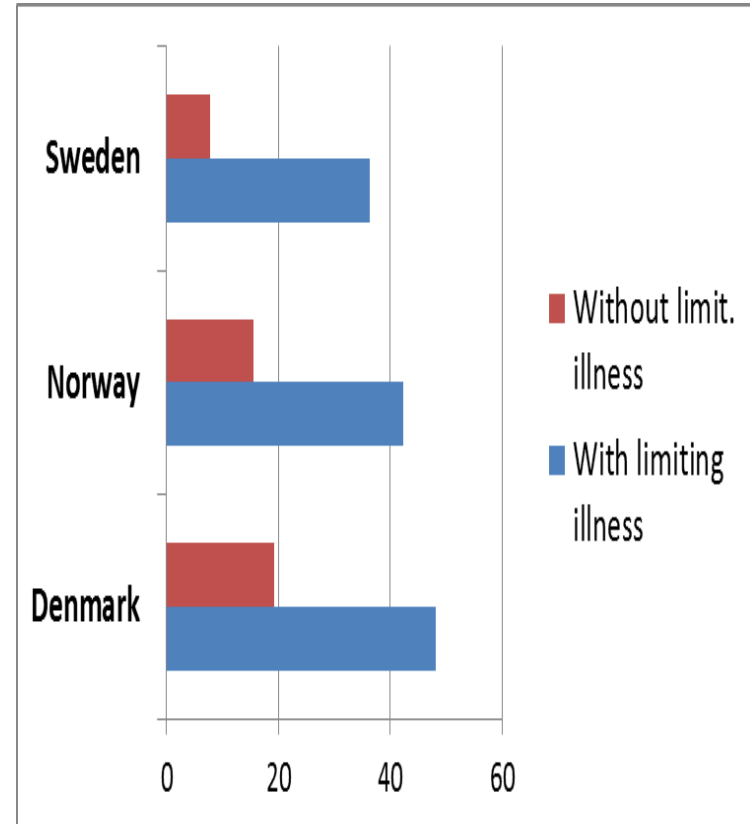


Ulighed i konsekvenser for beskæftigelsen af at være langvarigt syg med funktionsbegrænsning

Ulighed (procent enheder) i beskæftigelse efter uddannelse blandt kvinder uden og med langvarigt begrænsende sygdom

Kvinder 25-59 år 2005-07

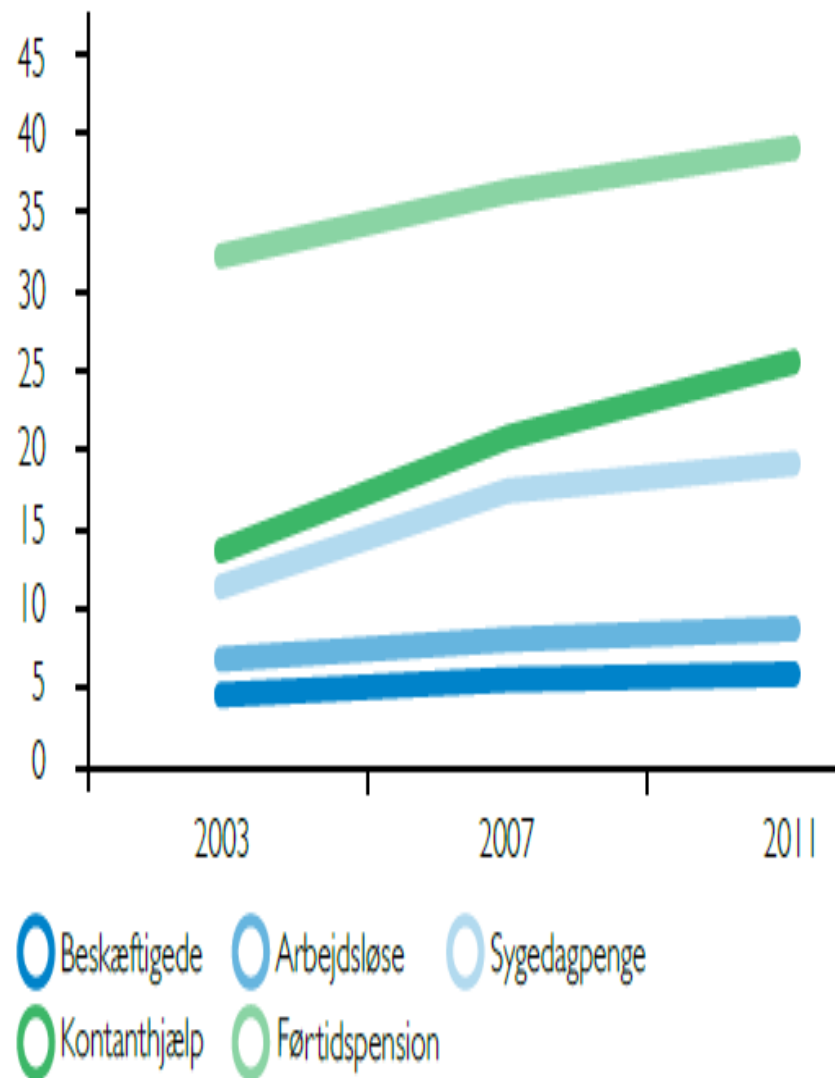
Bagsiden af "flexicurity"?



Kilde: Holland P et.al.: Int J Health Serv 2011; 41: 395-413

Forekomst (%) af psykiske lidelser (som er i behandling)

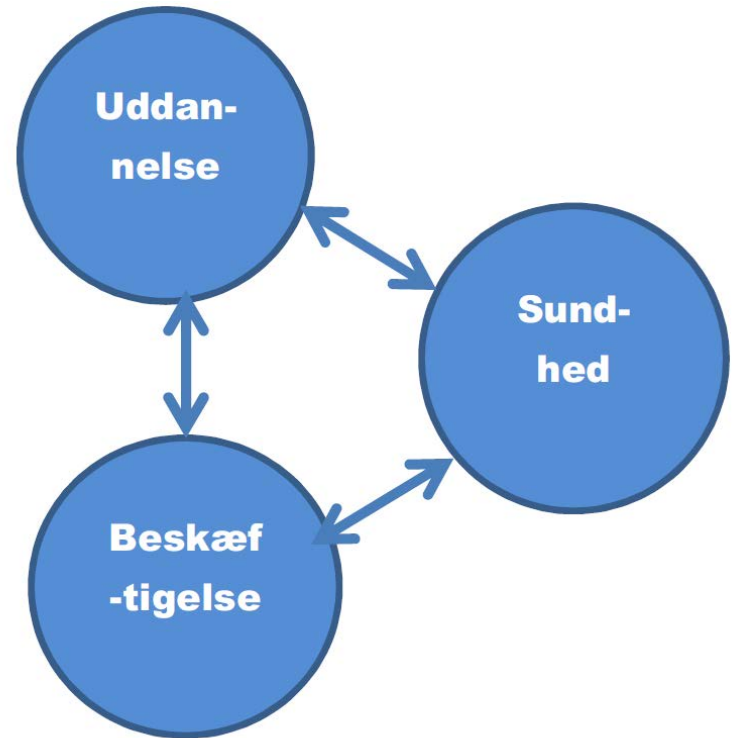
Andersen, Diderichsen et al: Soc Sci Med
2016



Andel med selv-rapporteret stress og nervøse besvær. Sundhedsprofil 2010-13

	2010	2013
Beskæftiget	10,1	11,0
Arbejdsløs	24,4	17,0
Kontanthjælp mm.	26,3	43,0
Førtidspension	31,1	29,4

De som står uden arbejde er alt oftere (psykisk) syge og uden kvalificerende uddannelse.



Svensk regeringskommission:

Lundberg m fl: SOU 2016;55.

8 prioriterede politik-områder som har ansvaret for:

- **Livets start:** børnefamiliers økonomi, daginstitutioner og skoler – optimere dækning og kvalitet i udsatte områder
- **Kompetence og uddannelse:** skolebørns og unges motivation, læring, psykiske helbred og at forebygge drop-out.
- **Beskæftigelse og arbejdsmiljø:** arbejdsløsheden og den fysiske arbejdsmiljø (for mænd) og psykiske (for kvinder).
- **Indkomst af forsørgelse** – indkomstens effekt på sundhed er særlig stærk blandt de med lave indkomster
- **Nærmiljø:** Bolig segregation udsætter de mest sårbare for den mest ressourcefattige og usunde miljø
- **Sundhedsadfærd:** Tobak, alkohol, fysisk aktivitet og søvn er vigtige sygdomsårsager som formidler effekt af sociale forhold
- **Kontrol og indflydelse:** Manglende indflydelse over arbejde og livsvilkår, mangel på tillid og deltagelse
- **Sundhedsvæsen:** Ulige adgang, kvalitet og effekt af sundhedsydelser – økonomiske, kulturelle, organisatoriske og geografiske hindringer



Lighed i sundhed i– og for - alle politikområder (EU & WHO)

Sundhedsvæsnet ejer problemerne, men andre politikområder ejer de fleste af løsningerne

Hver determinant er påvirket af flere politik områder

		Policy area				
		Education	Labour market	Social policy	Environment	Health care
Sundheds -politisk matrice						
Determinant	Early child development					
	Residential segregation					
	Unemployment					
	Physical activity					
	Tobacco/alcohol					

Hvordan får man sektorer til at arbejde sammen: Nogle nordiske erfaringer:

Lad den enkelte sektors bidrag udvikle sig på sine egne præmisser

Overskriften behøver ikke være (ulighed i) sundhed.
Social bæredygtighed har fx fungeret som
fællesnævner i flere svenske kommuner

Viden om forventede effekter og omkostninger er vigtig
for en seriøs budget håndtering – lav "business
cases"

Se til at nogle medarbejdere får kompetencer på tværs
af forvaltninger om de vigtigste determinanter og
hvordan de påvirkes – "policy entreprenører"

Monitorering af determinanter og deres fordeling – "det
som bliver målt bliver gjort"

Langvarig politisk og administrativ forpligtelse er
afgørende – kan kræve brede politiske alliancer

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/ulighed/nordisk-konference/rapporten-tackling-health-inequalities-locally-the-scandinavian-experience>



Tak for opmærksomheden !

