



ULIGHED I SUNDHED
– ÅRSAGER OG INDSATSER

2011

Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel

Bidragydere og ekspertgruppe:

Anne-Marie Nybo-Andersen, professor, Københavns Universitet
Elsa Bach, forskningschef, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Mikkel Baadsgaard, forskningschef, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd
Henrik Brønnum-Hansen, forskningschef, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
Finn Kenneth Hansen, forskningschef, Center for Alternativ Samfundsanalyse
Bernard Jeune, lektor, Syddansk Universitet
Torben Jørgensen, professor, overlæge, Københavns Universitet
Jes Søgaard, professor, direktør, Dansk Sundhedsinstitut.

Redaktion:

Line Raahauge Hvass, Anna Paldam Folker og Niels Sandø Sundhedsstyrelsen, Sunde Rammer

Emneord:

Social ulighed i sundhed; Kommunal sundhedsplanlægning; Evidens og Metode; Regioner og Forebyggelse; Tobak; Fysisk aktivitet; Alkohol; Ernæring; Stress og Mental Sundhed; Miljø og helbred; Børnesundhed; Graviditet; Ældresundhed; Sundhed på arbejdspladsen;

Kategori:

Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 17. maj 2011

© Sundhedsstyrelsen 2011. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Oplag: 1000

Grafisk tilrettelæggelse og tryk: Rosendahls-Schultz Grafisk

Publikationen citeres således

Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen kan bestilles hos (pris: 0,- kr. - dog ekspeditionsgebyr):

Sundhedsstyrelsens publikationer, Rosendahls-Schultz Distribution

Mail: sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk

Telefon 70 26 26 36

ISBN: (trykt) 978-87-7104-196-8

ISBN: (elektronisk) 978-87-7104-195-8

Sammenfatning

Danmark har ligesom mange andre lande flere sundhedspolitiske mål: længere middellevetid med færre syge år, og reduceret social ulighed i sundhed. Danmark har dog i særlig grad været udfordret på begge mål. Udviklingen i middellevetiden var 1970-95 meget svagere i Danmark end i andre OECD-lande, mens uligheden i dødelighed samtidig er vokset gradvis siden 1970erne. Det er en stor udfordring, at Danmark trods relativ lav økonomisk ulighed, og et lige og let tilgængeligt sundhedsvæsen, alligevel har haft en voksende ulighed i dødelighed i forhold til andre Vesteuropæiske lande. Mens det længe har stået klart, at årsagen til den svage middellevetidsudvikling var, at Danmark ikke i samme grad som andre lande har implementeret de strukturelle forebyggende tiltag på tobaks- og alkoholområdet, har der været større usikkerhed om, hvordan man kan bryde udviklingen af ulighed i sundhed i Danmark og det øvrige Europa. Der har derfor i de senere år, både i England, Sverige og Norge, været taget initiativer for at udrede årsager til, og mulige indsatser mod, ulighed i sundhed. Mest aktuelt for det foreliggende arbejde har været det review, som WHO's Commission on Social Determinants of Health udførte. Med denne rapport er der nu i en dansk kontekst gennemført en analyse for at pege på den viden, som findes; dels om årsagerne til ulighed i sundhed, dels om mulige indsatser, som kan forventes at have effekt på den.

Social ulighed i sundhed vil altid findes og handler om, at der er en systematisk association mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred. Denne association findes for både kvinder og mænd i alle aldre. De fleste af de store folkesygdomme forekommer oftere hos personer med kortere uddannelser, og som regel er konsekvenserne i form af dødelighed, nedsat funktion og arbejdsevne desuden alvorligere hos denne gruppe af disse sygdomme. For personer med sindslidelser eller misbrugsproblemer kan de sociale konsekvenser af sygdom blive så alvorlige, at vi taler om social udsathed. Beregnes den sociale ulighed i sygdomsbyrde, som forskellen mellem uddannelsesgrupper i leveår tabt ved for tidlig død og langvarig alvorlig sygdom, er kronisk obstruktiv lungesygdom, hjertesygdom, demens, lungekræft og depression tilsammen de sygdomme, der står for 2/3 af uligheden i Danmark.

Da ulighed i sundhed ikke er isoleret inden for sundhedspolitikens ressortområde, er det nødvendigt at pege på de andre sektorer potentialer for at reducere social ulighed i sundhed. En koordineret og tværgående politik for reduktion af den sociale ulighed i sundhed (jf. EU's Health In All Policies) kan skærpe både legitimitet og effektivitet i alle de involverede politikområder og skabe en forbedret folkesundhed for alle, både som mål i sig selv og som middel til samfundets økonomiske udvikling.

Som årsager til ulighed i sundhed er defineret tre typer af determinanter, som griber ind på hvert sit sted i de mekanismer, som skaber ulighed i sundhed. For hver type har forfatterne valgt et variende antal determinanter. Samlet bliver det til 12 determinanter:

- i. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred
 1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
 2. Skolegang – uafsluttet skolegang
 3. Segregering og socialt nærmiljø
- ii. Sygdomsårsager som påvirkes af social position:
 4. Indkomst – fattigdom
 5. Langvarig arbejdsløshed
 6. Social udsathed
 7. Fysisk miljø – partikler og ulykker
 8. Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial
 9. Sundhedsadfærd
 10. Tidlig nedsættelse af funktionsevne
- iii. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser
 11. Sundhedsvæsenets rolle
 12. Det ekskluderende arbejdsmarked

For hver af disse 12 determinanter er der kort redegjort for den viden, der findes om deres effekt på sygdomme og skader og for de baggrundsforhold, som påvirker udvikling og fordeling af determinanten. Under hver determinant er der foreslået et vist antal indsatser, som kan forventes at forandre determinantens forekomst og sociale fordeling. Sammenfattet i et livsforløb, fås følgende oversigt over indsatser til reduktion af social ulighed i sundhed:

- **0-8 år:** Allerede under graviditeten grundlægges vigtige funktioner og den screening for adfærdsmæssige, fysiske og sociale risikofaktorer, som jordemødrene har mulighed for, er af stor betydning for barnets og senere voksnes sundhed. At hjælpe med at sikre spædbarnets tætte emotionelle kontakt med forældrene, allerede i den tidlige fase i overgangen fra barsel til hjemmet og de første 18 måneder, kan gøres ved det aktive opsøgende og støttende arbejde som sundhedsplejerskerne udfører. At sikre gode materielle og sociale vilkår for barnet handler om at minimere børnefattigdom og at have tilbud om forældregrupper. De forebyggende børneundersøgelser bør have særlig fokus på at nå de børn, som er bagud i deres sproglige, emotionelle og sociale udvikling. En fokuseret indsats i førskole og de første skoleår for at få alle børn til at kunne læse har vist sig at have stor betydning for, hvordan de klarer sig senere i livet, i skolen og på arbejdsmarkedet.
- **9-18 år:** I skoleårene er der mulighed for at reducere ulighed i sundhed ved at fokusere på støtte af de udsatte og sårbare børn, og ved at skabe en skole som er aktivt motiverende, også for de som ikke motiveres så stærkt for skolegang hjemmefra. Kan man give børnene en følelse af at lykkes med de mål, de sætter sig, og at de oplever sejre i hverdagen, kan man udvikle deres selvtillid og handlekompetence. Dermed fremmer man, at de er motiverede for at klare sig helt frem til og med en ungdomsuddannelse. Samtidig forebygger man, at de giver sig ud i en usund adfærd i forhold til tobak, alkohol, stoffer, fysisk inaktivitet mm. Rummelighed i ungdomsuddannelserne, også for dem som har svært ved at finde sig til rette, og god adgang til praktikpladser er af betydning. Det er i denne aldersgruppe, at afhængighedsskabende kontakt med tobak, alkohol og stoffer etableres, og hvor de normskabende strukturelle virkemidler har særlig stor effekt. Det er også i skolen, at indsatser der sti-

mulerer til fysisk aktivitet er vigtige. At holde ungdomsarbejdsløsheden meget lav er vigtigt.

- **19-44 år:** Dette er en periode i livet, hvor meget skal nås: etablering af arbejdsliv, familie, børn og bolig. I denne aldersgruppe er forekomsten af træthed og søvnbesvær stigende og kombinationen mellem krav i arbejdsliv, familieliv og økonomi kan skabe et højt stressniveau i alle socialgrupper. Stigningen i de psykiske symptomer er dog mest udtalt hos dem med kort uddannelse. At skabe et arbejdsliv med fleksible fysiske og psykiske arbejdskrav, trivsel, udviklingsmuligheder og indflydelse over, og støtte til, hvordan man lever op til kravene er vigtigt. Det er en aldersgruppe, hvor det giver mening at kombinere indsats for forbedret arbejdsmiljø og bedre sundhedsadfærd. Det er også i denne aldersgruppe, hvor den økonomiske stress kan være udtalt, og hvor indsatser som holder fattigdom nede er vigtige. Mange i denne aldersgruppe rammes af psykiske lidelser, hvor vejen tilbage til arbejde kan være lang og besværlig. At sikre en effektiv behandling af den psykiske lidelse og koordineret indsats mellem jobcentre, arbejdsplads og behandlere er afgørende. For de personer, hvor langvarige psykiske handicap eller misbrug har givet svære sociale konsekvenser, bliver støtte til at finde et socialt liv, med lidt beskæftigelse, rimelig økonomi, egen bolig og behandling af både psykiske og somatiske lidelser af stor vægt for sundheden.
- **45-74 år:** I denne aldersgruppe kan de, som har haft et tungt fysisk arbejde, begynde at mærke det og behovet for et arbejdsmarked der udviser fleksibilitet i arbejdskraven bliver større, for at de med nedsat arbejdsevne kan fortsætte i arbejdsstyrken. Fysisk aktivitet og kostvaner med mindre fedt og salt og mere frugt og grønt bliver ekstra vigtige. En del risikofaktorer og tegn på tidlig sygdom som forhøjet blodtryk, blodfedtforstyrrelser, overvægt og diabetes og visse kræftformer bliver mere almindelige, og det er således vigtigt, at de praktiserende læger har øget opmærksomhed på dette, ikke mindst blandt patienter med kort uddannelse. Tidlige tegn på aldring og svigtende funktionsevne bør skabe ekstra fokus på behovet og muligheder for fysisk aktivitet.
- **75+ år:** Tegn på svigtende funktionsevne er så almindelige i denne aldersgruppe, at de forebyggende hjemmebesøg må lægge særlig vægt på at opfange disse. Det er også i denne aldersgruppe, at behovet for behandling, genoptræning og rehabilitering bliver stort, og hvor adgangen til sundhedsvæsenets ydelser bliver ekstra vigtig. Sundhedsvæsenets evne til at integrere indsatser fra sygehus, praktiserende læge og kommune bliver afgørende, ikke mindst for de patienter som har svært ved at argumentere for deres behov. En stærk opmærksomhed på ulighed er påkrævet i de lange kroniske patientforløb med rehabilitering mm.