

Handlingsnotat om mere lighed i sundhed



Indhold

Den uretfærdige og stigende ulighed i sundhed	3
Anbefalinger.	5
Årsagerne er mangfoldige	8
3 gode argumenter for at gøre noget	9
Det demokratiske argument	9
Det etiske argument.	9
Det økonomiske argument	10
Fælles ansvar	10
Uligheden rammer mange borgere	11
De mange	11
Børn og unge	13
Uligheden rammer særlige grupper	14

Hvem er Forum for Lighed i Sundhed

Forum for Lighed i Sundhed er en forening, der organiserer alle med interesse for at arbejde med at skabe mere lighed i sundhed, samt personer og organisationer, som sympatiserer med foreningens formål.

Foreningen ønsker at skabe opmærksomhed på betydningen af at skabe lighed i sundhed. Vi vil fremme dialogen med beslutningstagere om initiativer til fremme af lighed i sundhed. Vi arbejder for at fremme dokumentation, forskning og oplysning om lighed i sundhed.

Forum for Lighed i Sundhed kan kontaktes på www.lighed.dk

Den uretfærdige og stigende ulighed i sundhed

I Danmark er uligheden i middellevetid fordoblet gennem de sidste 25 år, så forskellen i middellevetid mellem mænd med kort og lang uddannelse er steget fra 5,5 år i 1987 til 10 år i 2011. Dette til trods for at vi har en relativ lav, men dog stigende indkomstulighed. Skønt der ifølge sundhedsloven er let og lige adgang til sundhedsydelse, og mange sundhedsydelser er gratis, fungerer det ikke sådan for alle borgere i praksis. Konsekvensen er, at dem med de højeste uddannelser også er dem, der lever længst og med færrest sygdomme, fordi de har mulighed for at leve sundere og benytte sundhedsvæsenet på en mere optimal måde. Sundhedsrisici og sygdomme er skævt fordelt i Danmark, sådan at sundhedsrisici, sygdom og død stiger gradvis i takt med, at den sociale position falder. Derudover har grupper af borgere, som er særligt udsatte. Det er mennesker med psykiske lidelser, socialt udsatte samt borgere med handicaps, som har markant dårligere helbred og lever markant kortere end resten af befolkningen.

Ved ulighed i sundhed forstås, at sundhedsrisici og sygdomme er skævt fordelt.

Uligheden kommer til udtryk på 2 måder:

- En gradvis ulighed i den brede befolkning – kaldet den sociale gradient i sundhed. Det betyder, at udsathed for sundhedsrisici og sygdom i befolkningen stiger gradvis i takt med, at den sociale position falder. Indkomst, uddannelseslængde og beskæftigelse er af afgørende betydning for sundhed, sygelighed og død.
- Ulighed i forhold til de særligt udsatte grupper som fx hjemløse og stofmisbrugere.

Der er flere argumenter for, at vi skal styrke indsatsen mod uligheden i sundhed. De væsentligste tre er:

- Det er uretfærdigt, at der i praksis ikke er "let og lige adgang" til sundhedsydelser i Danmark, når der nu står i sundhedsloven, at der skal være det.
- Vi som samfund har en etisk forpligtigelse og ansvar over for de børn, der vokser op med massive sundhedsmæssige udfordringer, som giver dem en skæv start med udsigt til et kortere liv med mere sygdom og mindre sundhed.
- Uligheden er en økonomisk belastning - både i direkte og indirekte sundhedsudgifter, forsørgelsesydelser, tabte skatteindtægter mv.

I et velfærdssamfund som vores kan vi ikke være denne store ulighed i

sundhed bekendt, når det ikke behøver at være sådan. Skal vi gøre noget afgørende ved denne ulighed, kræver det en fælles indsats, og ikke mindst kræver det et politisk lederskab. Den store ulighed i sundhed er ikke noget, der hverken kommer af sig selv eller forsvinder af sig selv. Det er et udtryk for prioriteringer, og det er derfor i sidste ende også et politisk valg, om vi fortsat skal have så stor ulighed i sundhed her i Danmark. Ligesom det er et politisk ansvar at skabe forudsætninger, handlinger og rammer for at reducere uligheden i sundhed.

Dette handlingsnotat er udarbejdet, fordi

- uligheden betyder dårlige liv både fysisk, psykisk og socialt for en stor gruppe af befolkningen
- det er dyrt for samfundet i udgifter til både sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet
- mindsket ulighed i sundhed kan medvirke til flere gode leveår og dermed til, at flere kan blive længere på arbejdsmarkedet.
- uligheden i sundhed mindsker sammenhængskraften i samfundet
- ulighed i sundhed er uretfærdig og forebyggelig
- det er muligt ved en samlet og systematisk indsats på tværs af kommuner, regioner, stat og virksomheder at mindske uligheden i sundhed
- Vi håber, at notatet kan bidrage til at politikere og beslutningstagere på lokalt, regionalt og nationalt niveau tager deres ansvar for folkesundheden alvorligt og sikrer, at der sættes ind for at skabe mere lighed i sundhed.

Anbefalinger

10 anbefalinger, som kan mindske uligheden i sundhed.

1. Politikere tager ansvar for at skabe rammer, som er med til at reducere uligheden i sundhed

Der er behov for at begrænse adgangen til sundhedsskadelige produkter som alkohol og tobak. Alene alkohol og tobak står for mellem 60 - 70 % af uligheden i dødelighed. Derudover har faktorer som bl.a. fysisk inaktivitet, usund kost og ensomhed også stor betydning for udviklingen af diabetes, hjertekar sygdomme, samt for udviklingen af kræft.

Der er desuden behov for et særligt fokus på det fysiske arbejdsmiljø for at undgå nedslidning og muskelskelet-lidelser. Ca. 65% af kortuddannede har smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led. De særlige behov, borgere med handicap har, skal tænkes med i den fysiske planlægning.

2. Politikerne prioriterer de fysiske rammer i borgernes nærmiljø

De fysiske rammer i nærmiljøet skal gøre det lettere og sjovere at bevæge sig samt give større mulighed for at skabe kontakt og samvær med andre mennesker.

Byerne skal planlægges så omgivelserne øger beboernes fysiske aktivitet. Det sker fx ved at øge antallet af parker/grønne områder i gåafstand fra boligområder (max 500 meters afstand), ved at øge antallet af stop til offentlige transportmidler, ved nærhed til servicefunktioner, ved mange fodgængervenlige gadekryds, brede gangstier og gode cykelruter.

3. Der er en styrket indsats i forhold til svangerskabet og barnets første 3 leveår

Her skal der være særligt fokus på at:

- Støtte forældrene
- Følge barnets udvikling
- Styrke jordemødre og sundhedsplejen i at være mere opmærksomme på sundhedsrisici og mistrivsel

Den tidlige udvikling er meget afgørende for barnets sundhed i voksenlivet. I særlig grad spiller omsorg, stimulering, støtte og tilknytning under graviditet og i de første 3 år en stor rolle. Der er ulighed i lav fødselsvægt, ligesom der også ses en klar social gradient i børns kognitive udvikling allerede ved 7 års alderen. Derfor er der brug for en indsats, der i særlig grad hjælper og støtter de forældre, som har behov herfor.

4. Øget indsats for trivsel i folkeskolen

En undersøgelse af skole, læring og psykisk sundhed viser, at oplevelsen af problemer og oplevelsen af at mislykkes i de første skoleår har negative konsekvenser for skolegangen, for den videre uddan-

nelse og for sundheden i voksenlivet. Samtidig ses, at stadig flere børn giver udtryk for at være pressede, ligesom 19 % af 15-årige piger og 25% af drengene angiver at have høj livstilfredshed. Derfor er der behov for en forstærket indsats på børns trivsel i skolen.

5. Sikre, at 95% får en ungdomsuddannelse, og styrke indsatsen over for unge, som aldrig får startet på en uddannelse eller forlader uddannelsessystemet

Selvom der er bred politisk opbakning til målsætningen om at 95% af alle unge får en ungdomsuddannelse, er der stadig ca. 15 % af en ungdomsårgang der ikke har fået en ungdomsuddannelse 10 år efter, de har forladt folkeskolen. Unge, der ikke får en uddannelse, har en markant øget risiko for marginalisering i forhold til arbejdsmarkedet, hvilket har betydning for deres fremtidige sundhedstilstand. Allerede i ungdomsårene ses en markant overdødelighed i denne gruppe af unge. Derfor er der behov for at sikre, at flere unge får en ungdomsuddannelse. For en del af disse unge skal der ske en afklaring af, om de evt. også har psykiske lidelser.

6. Politikerne igangsætter handlinger til særlige grupper af borgere

Alvorligt psykisk syge mennesker, mennesker med handicaps og socialt udsatte borgere – som hjemløse, stof- og alkoholmisbrugere - er alle sammen grupper af borgere, som har en markant lavere middellevetid end resten af befolkningen. Den er mellem 15 – 20 år lavere. En del af denne forskel kan forklares med dårlig eller manglende kontakt til sundhedsvæsenet, hvorved alvorlige sygdomme overses og negligeres. Derfor er der brug for opsøgende indsatser, som fx tilbud om regelmæssige sundhedstjek, ligesom der er behov for koordinerende støttefunktioner, som fx socialsygeplejersker, i kontakten til sundhedsvæsenet. Der er desuden behov for at sikre sundhedsfremmende indsatser til disse borgere, i de omgivelser, de opholder sig i, hvad enten det er botilbud eller væresteder.

7. Fælles fokus i sundhedsloven og beskæftigelsesloven

En høj beskæftigelse forudsætter ikke kun et stort udbud af arbejdspladser, men også at borgerne har helbredet til at påtage sig et arbejde. Derfor er en koordineret indsats mellem sundhedslov og beskæftigelseslov central, særligt for de borgere som har samtidige udfordringer i forhold til sundhed og beskæftigelse. Dette fokus skal sikre, at indsatserne for sårbare borgere tænkes sammen. Hvis indsatserne ikke tænkes sammen, medfører det i bedste fald uhenigtsmæssige parallelforløb og i værste fald, at indsatser modarbejder hinanden fx i forhold til bekæmpelse af misbrug og psykiske lidelser hos ledige. Med indførelsen af rehabiliteringsteams er der et vist brud i silotænkningen, men der er stadig stort behov, og potentiale for at sikre en bedre og mere samlet indsats for borgeren.

8. Nem og lige adgang for alle til praktiserende læger og speciallæger

Fordelingen af praktiserende læger i landet skal i højere grad afspejle sygeligheden i de forskellige områder af Danmark således, at læger i områder med en høj sygelighed honoreres fuldt for færre patienter end en læge i et område med lavere sygelighed. Desuden skal der sættes øget fokus på, at alle borgere med behov får tilbudt og støttes i tilgængelighed til speciallæger. Endelig skal man sikre, at læger, speciallæger og andre behandlere har handicapvenlig adgang.

9. Reducere egenbetalingen for sundhedsydelser

Selvom de fleste sundhedsydelser er gratis, er der egenbetaling for ydelser til fx tandlæge, psykolog, fysioterapi og medicin. Inden for områder med egenbetaling ses også en ulighed i brugen af ydelser som tandlæge og psykolog. Derudover medfører egenbetaling til medicin, at netop de mest syge og de kortest uddannede er dem, som får de største udgifter til medicin. Et forhold der kan have stor betydning for, hvorvidt patienter følger deres behandling og tager deres medicin. Der er derfor behov for, at egenbetalingen til sundhedsydelser reduceres.

10. Danmark får en folkesundhedslov i lighed med andre nordiske lande

Både sundhed og ulighed i sundhed skabes rigtig mange andre steder end i sundhedssektoren. Alligevel er der en tendens til, at ansvaret placeres netop i sundhedssektoren. Der er behov for at sikre, at alle sektorer har fokus på at arbejde med de faktorer, der har betydning for ulighed i sundhed. Det kan med fordel ske gennem en folkesundhedslov, sådan som det kendes fra andre nordiske lande. En sådan lov kan udgøre en ramme for dette fokus.

Årsagerne er mangfoldige

Når usund sundhedsadfærd, sygdom, død, arbejdsløshed som følge af sygdom alt sammen har en markant ulighed i sig, er der noget der tyder på, at blot at pege på sundhedsadfærden som forklaring vil være den lette løsning på den komplekse udfordring.

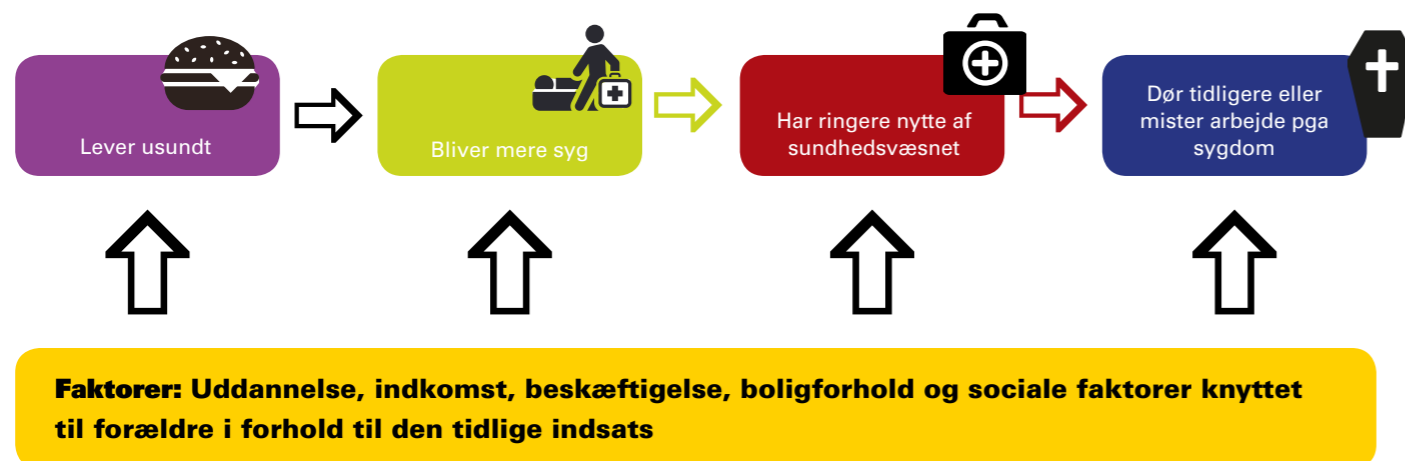
Sundhedsadfærd kan heller ikke forklare hele forskellen i dødelighed og middellevetid. Det understreges bl.a. af et studie, som så på middellevetiden blandt mænd og kvinder, som aldrig havde røget, var ex-rygere, moderate rygere og storrygere. Her var der en forskel i middellevetid fra kort- til højtuddannede på 2-3 år for mænd, og 1-2 år for kvinder. Denne forskel var til stede uanset rygerstatus. Der er altså behov for at se på andre faktorer.

Opvækstbetingelserne – de tidlige år fra undfangelse til skole og uddannelse – har utrolig stor betydning for de muligheder, man har for at et sundt liv senere i livet. Det hænger sammen med både de tidlige eksponeringer, man udsættes for, ens succes i uddannelsessystemet, de økonomiske muligheder man har, ens evne til at orientere sig i sundhedssystemet og det stressniveau, som bliver en del af hverdagen.

Om man færdiggør sin uddannelse, om man (tidligt) oplever langvarig arbejdsløshed, hvilke muligheder, der er for at engagere sig i fritidsaktiviteter, boligens tilstand osv. - alt dette har også betydning for udvikling af sygdom, tidlig død og år, hvor man oplever begrænsninger som følge af sygdom.

Men også i mødet med sundhedsvæsenet slår uligheden igennem. Det kan være i forhold til brug af de ydelser som koster penge, herunder medicin, tandlæge, psykolog, fysioterapeut mv. Det kan også være i forhold til, hvornår man søger læge i forbindelse med sygdom, hvor der er en tendens til, at særligt kortuddannede, og især kortuddannede mænd, ikke er opmærksomme på symptomer på fx en række kræftsygdomme. Derudover ses også ulighed i forhold til, om man i forbindelse med sygdomsforløb henvises til rehabiliteringsforløb, og om man deltager og fastholdes i disse forløb.

En simpel forklaring på uligheden i sundhed findes ikke, og det gør



den nemme løsning heller ikke. Der er brug for forebyggelses-, uddannelses-, sociale-, beskæftigelses- og sundhedsindsatser, hvis der for alvor skal gøres noget ved uligheden i sundhed.

Sagen er, at det med "det frie valg" af livsstil er en sandhed med modifikationer. Det er i hvert fald et valg, vi som samfund i allerhøjeste grad er med til at påvirke og sætte rammerne for.

3 gode argumenter for at gøre noget

Det demokratiske argument

Det står i sundhedsloven, at der skal være let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Det er der bare ikke i dag. Af mange årsager. Det handler om den måde vi prioriterer på i praksis. Det handler om, at danskerne har meget forskellige forudsætninger for at opsøge og navigere i sundhedsvæsenet. Og det handler om, at vi har meget forskellige forudsætninger for at kommunikere med sundhedsvæsenet og for at følge et udrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsforløb. Det handler også om, at vi har meget forskellig viden om vores rettigheder i sundhedsvæsenet.

Men grundlæggende set handler det her argument om, at når der står i sundhedsloven, at der skal være let og lige adgang til sundhedsvæsenet – så skal vi sikre, at der også er det i praksis.

Det etiske argument

Som samfund har vi – og tager vi – på mange områder et fælles ansvar over for dem, som ikke selv kan tage (eller gives) det ansvar – dem som af den ene eller den anden årsag ikke helt kan tage vare på eller ansvar for sig selv. Det er på ingen måde noget nyt. Det er fx børn og borgere med svære udviklingsforstyrrelser.

Det betyder ikke, at forældre ikke har et ansvar. Eller at samfundet skal blande sig i og bestemme det hele. Men på den anden side betyder det jo heller ikke, at vi som samfund er fritaget for ansvar. Hvor grænsen går og hvordan vi i praksis indretter os som samfund er til stadighed til debat – og det skal det være i et sundt og levende demokrati.

Imidlertid er der nogle grupper i vores samfund, som ikke har samme muligheder for at vælge frit, og som ikke har de samme forudsætninger for at kunne tage vare på sig selv. Ud over børnene, drejer det sig om kognitivt svækkede og mentalt handicappede borgere, samt nogle borgere med svære psykiske lidelser. Desværre viser statistikkerne os, at netop disse grupper af voksne i langt højere grad er ramt af sygdom og tidlig død.

Det etiske argument handler grundlæggende set om, at vi har forskellige forudsætninger for at tage ansvaret for vores egen sundhed. Der er grupper af borgere, som har meget ringe forudsætninger og

muligheder for det. Og de grupper har vi som samfund et ansvar for. Hvordan det skal gribes an, hvad der skal gøres og hvor grænserne går, er til diskussion. At vi har et ansvar, er ikke til diskussion.

Det økonomiske argument

Ulighed i sundhed koster dyrt - både i tabt arbejdsproduktion, i velfærdstab som oplevet sygelighed og tidlig død, i ekstra udgifter for sundhedsvæsenet og til overførselsindkomster. Der er ikke lavet samlede beregninger her i landet, men der findes europæiske og amerikanske beregninger, hvori Danmark også indgår.

I undersøgelserne spørger man: Hvad er omkostninger og udgifter forbundet med den ringere sundhedstilstand, som er dokumenteret forbundet med at befinde sig i den tredjedel af befolkningen med de korteste uddannelser? Dette er her definitionen på "prisen for ulighed i sundhed".

Den årlige pris for Danmark er skønnet til (beløbene kan ikke lægges sammen):

- 24 milliarder kroner i tabt produktionsværdi
- 165 milliarder kroner i oplevet velfærdstab
- 30 milliarder kroner i merforbrug sundhedsvæsenet
- 10 milliarder kroner i overførselsindkomster til at kompensere individet/familien for indtægtstab ved tabt produktion

Alt i alt mange penge, som vores samfund kunne anvende til forebyggelse af sygelighed, for tidlig død og give den tredjedel af landets borgere med dårligst sundhedstilstand et bedre helbred og livskvalitet. Altså penge der kunne bruges til bedre velfærd.

Fælles ansvar

I beskrivelsen af ulighed i sundhed fremstilles det ofte som om, det stort set kun er sundhedsvæsenet og det enkelte individ, der selv har ansvaret for sundheden og uligheden heri. Men det er langt fra tilfældet. Sundhed og ulighed i sundhed – grundlægges alle andre steder end i sundhedsvæsenet, da sundhedsvæsenet stort set kun tager sig af at reparere de skader, der er sket.

Den enkelte vælger ikke sin livsstil eller sundhedsadfærd. Det sker derimod under indflydelse af en række samfundsmæssige forhold som social arv, normer, kultur, viden mv. Livsstilen påvirkes fx også af fødevarer- og nydelsesindustrien, som søger at øge deres salg af fx cigaretter, alkohol, sukker og fedt. Som tidligere nævnt har også arbejdsmiljøet stor betydning for nedslidning og sygdom, ligesom den tidlige indsats i form af fx normeringer i daginstitutioner har betydning for trivsel og infektioner blandt børnene.

Uanset hvordan det vendes og drejes, så er den uretfærdige og stigende ulighed i sundhed et politisk ansvar. Det gælder især de nationale politikere, som sætter de overordnede rammer for det regionale og kommunale niveau samt til dels for virksomhederne, ligesom de kan

regulere tilgængelighed og pris på usunde og skadelige produkter som alkohol og tobak.

De regionale politikere har også et stort ansvar, da de har hovedansvaret for sundhedsvæsenet. De skal sikre, at der er reel let og lige adgang for alle borgere. De 3 hovedaktører i sundhedsvæsenet – sygehus, almen praksis og kommuner - skal sørge for, at der skabes sammenhæng for den enkelte.

Endelig har kommunalpolitikere ansvaret for den daglige drift af de rammer og forhold, som borgerne færdes i. Fx daginstitutioner, skoler, bo- og aktivitetstilbud, det fysiske nærmiljø, jobcentre, sundhedscentre mv. Ligesom de har et ansvar for at koordinere indsatserne og sikre, at der tages hensyn til sociale forskelle.

Virksomhederne er bestemt heller ikke uden ansvar. En ansvarlig ledelse sørger for at forebygge sygdomme, herunder arbejdsrelaterede sygdomme, ulykker og stress. Altså, ledelsen sikrer et godt arbejdsmiljø, så medarbejderne kan forblive på arbejdsmarkedet.

For at sætte rammen for det fælles ansvar, på tværs af det nationale, regionale og kommunale niveau er det nødvendigt, at Danmark i lighed med andre nordiske lande får en egentlig folkesundhedslov. Heri præciseres, at lighed i sundhed skal indgå på tværs af de forskellige ministerier, på tværs af de kommunale fagområder og i samspillet mellem landets 3 niveauer.

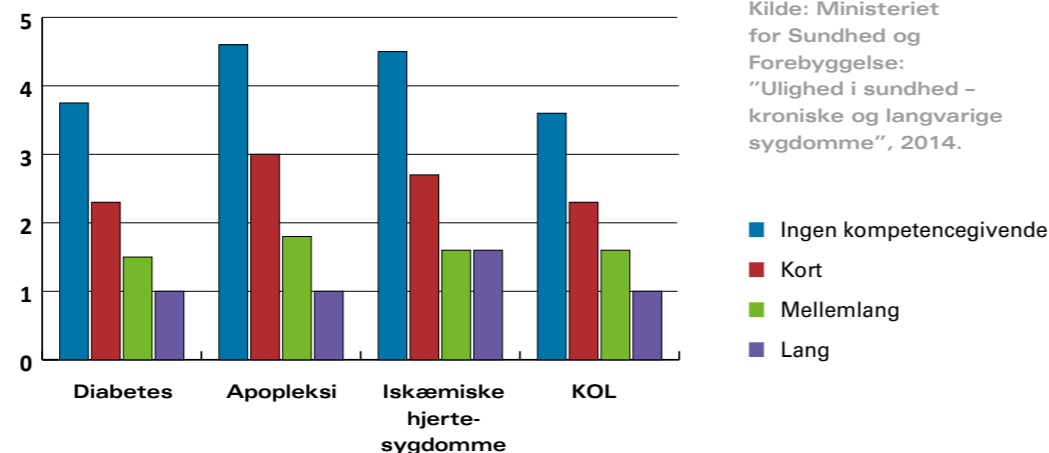
Uligheden rammer mange borgere

De mange

Der er ulighed i sundhed i Danmark. Det fremgår af en række forskellige områder. Fx er der forskel på, hvor længe vi kan forvente at leve. Sammenlignes gruppen af borgere med længere uddannelse med gruppen af borgere med kort uddannelse, ses en forskel i middellevetid på cirka 4 år for mænd og 2½ år for kvinder. Sammenlignes forskelle i indkomst, er forskellene i middellevetid endnu større. Således er middellevetiden for de 25 % lavestlønnede mænd 10 år kortere end den er for de 25% højestlønnede mænd. Tilsvarende for kvinder er forskellen 6 år.

Men det er ikke kun i forhold til, hvor længe vi kan forvente at leve, at der er forskel. Udenlandske undersøgelser viser, at kvinder uden uddannelse, uden partner og/eller uden arbejde er mere udsat for graviditetskomplikationer end andre kvinder. Der er også stor forskel på andelen af borgere, der må forlade arbejdsmarkedet efter sygdom – en forskel, der hænger tæt sammen med hvilken uddannelse man har. Således har borgere uden kompetencegivende uddannelse 3,5-4,5 gange større risiko for at miste arbejdet efter sygdomme som KOL, diabetes, iskæmiske hjertesygdomme og apopleksi.

Sandsynlighed (OR) for at stå uden arbejde i 2011, blandt pt. i arbejde i 2006



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: "Ulighed i sundhed - kroniske og langvarige sygdomme", 2014.

■ Ingen kompetencegivende
■ Kort
■ Mellemlang
■ Lang

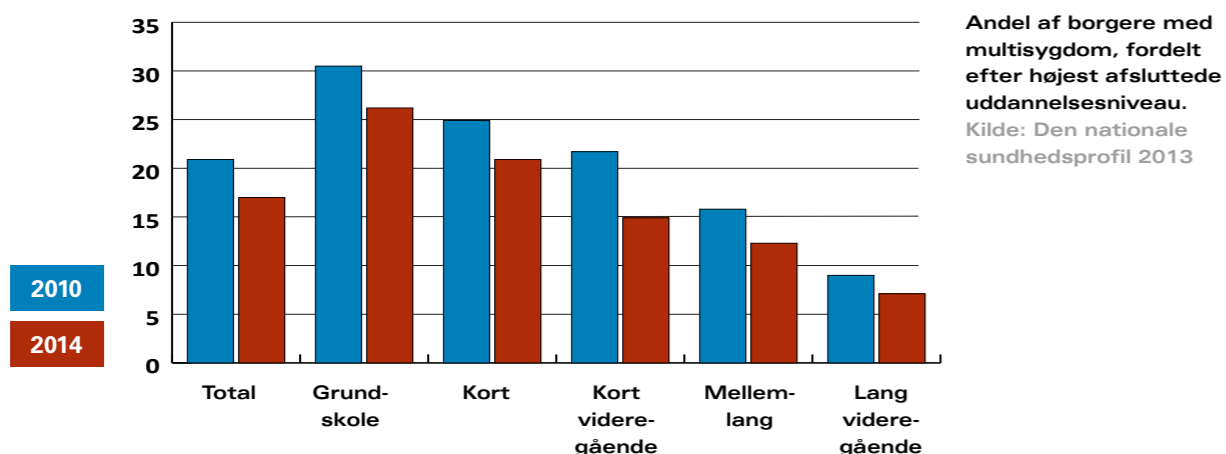
FIGUR 1

Uligheden ses også på fordelingen af sundhedsadfærd (rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og overvægt), således at jo kortere uddannelse, des større er sandsynligheden for at man ryger, er fysisk inaktiv, er overvægtig mv.

Derudover er der en klar koncentration af risikofaktorer blandt dem med korte uddannelser. Samtidig er andelen af kortuddannede, som udsættes for mere end 3 risikofaktorer, 10 gange større, end den er hos dem med en længere uddannelse.

Der er en tydelig ulighed i forekomsten af en lang række sygdomme. Det gælder sygdomme som diabetes, mange kræftformer, KOL, hjertekar-sygdomme og depression. Mange af disse sygdomme kan henføres til de påvirkninger, man har været udsat for i forhold til sundhedsadfærd. Desuden er der også en række sygdomme - herunder muskelskelet lidelser - som skyldes arbejdsforhold.

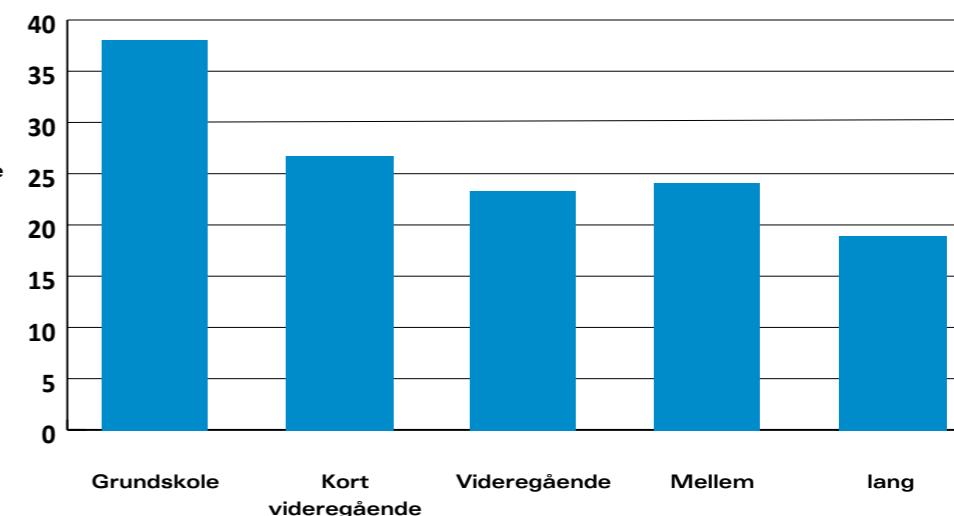
En række sygdomme er således en spejling af den ulighed, der er forårsaget af sundhedsadfærd. Det er dog ikke hele billedet. Det er desuden ulighed i sygdomme, som ikke er direkte påvirket af sundhedsadfærd. Samlet set er resultatet ulighed i forekomsten af en lang række sygdomme og samtidig også en markant ulighed i forekomsten af multi-sygdom, dvs. at man har flere samtidige sygdomme.



Kilde: Den nationale sundhedsprofil 2013

FIGUR 2

Andel af borgere med multisygdom, fordelt efter højest afsluttede uddannelsesniveau. Kilde: Den nationale sundhedsprofil 2013.



FIGUR 3

I øvrigt er der langt flere med kort uddannelse, som dør af kræft, KOL, apopleksi med videre. Den ulighed er primært et udtryk for, at der er ulighed i alle de underliggende faktorer. Det betyder dermed, at der også er langt flere med kort uddannelse, som får disse sygdomme. Risikoen for at dø i et sygdomsforløb påvirkes imidlertid lige meget, uanset om man har en lang eller kort uddannelse. Der er dog nogle forskelle, hvor kortuddannede ser ud til bl.a. at opsøge læge senere end dem med længere uddannede, hvilket især udgør et problem blandt mænd. Uligheden i forhold til sygdom har også konsekvenser for tilknytningen til arbejdsmarkedet. En af årsagerne hertil kan være, at patienter med længere uddannelser oftere tilbydes rehabiliteringsforløb efter sygdom som fx kræft. Derudover kan der være en særlig udfordring i at sikre, at borgere med kort uddannelse, som henvises til rehabiliteringsforløb, også møder op og fastholdes i disse tilbud. Meget væsentligt er det også at påpege, at uligheden i sundhed medfører, at mange mennesker begrænses i at udvikle deres livspotentiale og leve det liv, de ønsker.

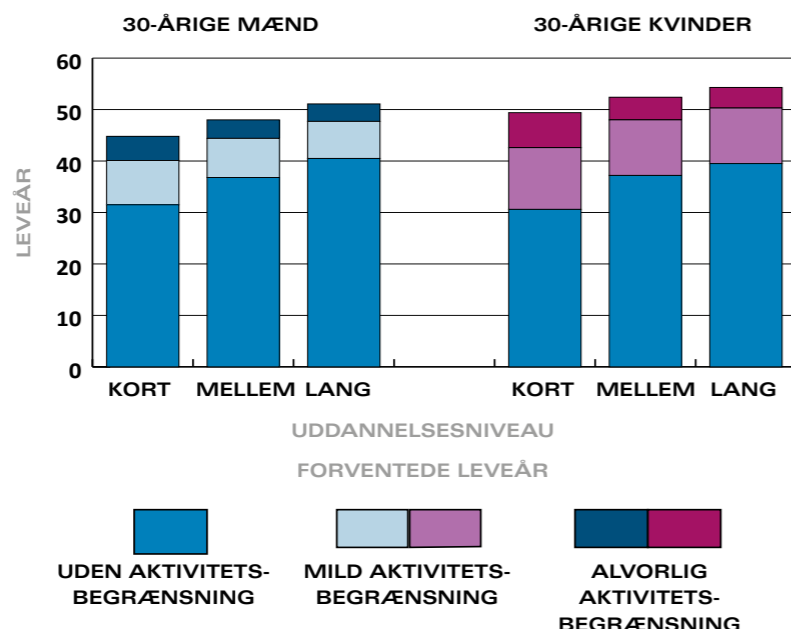
En undersøgelse af 30-årige mænd og kvinder viser, at ikke alene lever de kortuddannede kortere end de langtuddannede, de har også flere år med mild eller alvorlig aktivitetsbegrænsning, inden de dør. En del af disse aktivitetsbegrænsninger skyldes sygdomme, som kunne være undgået.

Børn og unge

Når der tales om børns tidlige udvikling, er det den kognitive, emotionelle, sociale og sproglige udvikling hos børn op til 6-8 års alderen, der henvises til. Den tidlige udvikling er en afgørende faktor for sundhedsmæssige og sociale forhold senere i livet.

Der ses en social gradient i forekomsten af nedsat fostervækst og for tidlig fødsel, som er faktorer der kan disponere for en række somatiske og psykiske/udviklingsmæssige sygdomme og tilstande.

Der ses ligeledes en social gradient i forekomsten af dårlig kognitiv udvikling (sen taleudvikling) og overvægt blandt 7-årige, set i forhold til moderens erhvervsstatus. Tidlig overvægt er en risikofaktor for senere overvægt og dårligt helbred.



FIGUR 4

Svigtende kognitiv udvikling blandt børn får konsekvenser for børnenes fremtidige uddannelsesniveau og jobmuligheder, og dermed grundlægges en tidlig social ulighed, en ulighed der har betydning for uligheden i sundhed.

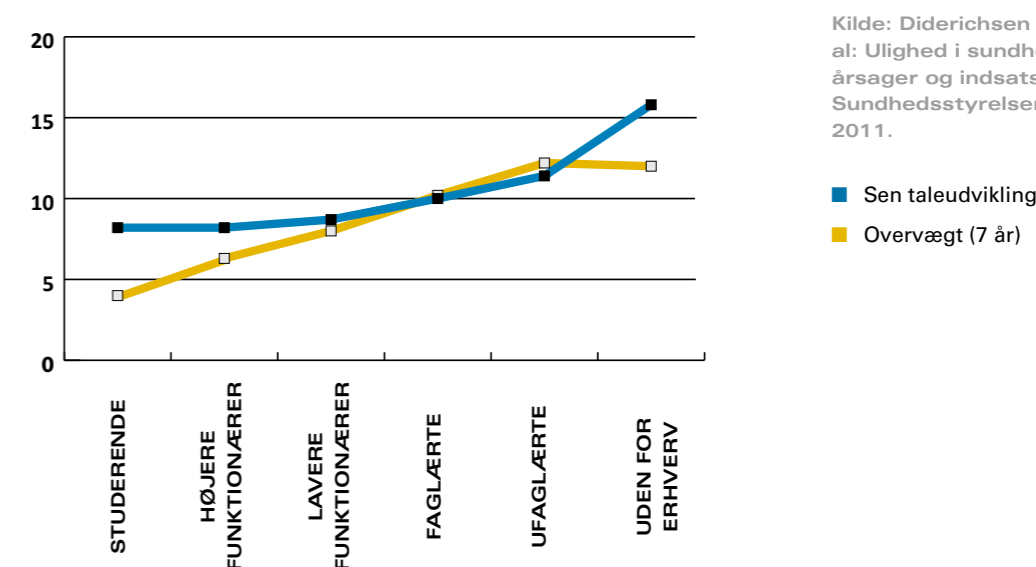
Børns trivsel har også betydning for deres senere fysiske og psykiske sundhed. I Skolebørnsundersøgelsen fra 2014 ses – udover en ophobning af helbredsmæssige udfordringer som overvægt, symptombelastninger og tilskadekomst i lavere socialgrupper – at der er en ophobning af belastninger som lav livstilfredshed og, at mange elever føler sig for tykke. Tilsvarende er der færrest i de lavere socialgrupper, som har højt selvværd, høj tiltro til egne evner og høj social kompetence. Psykiske symptomer i ungdomsårene kan være en konsekvens af vanskeligheder i skolen, ligesom det kan bidrage til udviklingen af vanskeligheder i skolen, og dermed grundlægges en ulighed i sundhed. Generelt har sociale belastninger i barndommen betydning for det uddannelsesniveau, børnene opnår. Dem, som ikke har fået en ungdomsuddannelse, når de er 20 år, har fem gange forhøjet dødelighed inden de bliver 30 år, og det er overdødelighed som hænger ved langt frem i livet.

Uligheden rammer særlige grupper

Psykisk syge mennesker

Helbredsproblemer blandt personer med psykiske lidelser er hyppigere end blandt den øvrige befolkning. Det ses bl.a. i en overdødelighed forårsaget af fysiske sygdomme. Både oversygelighed og overdødelighed kan have flere årsager. Psykisk syge mennesker har en usund livsstil, dobbelt så hyppig som andre. Det gælder både svær overvægt, rygning, usund kost og stillesiddende adfærd. Desuden er visse psyko-

Forekomst (procent) af dårlig kognitiv udvikling og overvægt blandt 7-årige fordelt på mors erhvervsstatus.



Kilde: Diderichsen et al: Ulighed i sundhed – årsager og indsatser, Sundhedsstyrelsen 2011.

Sen taleudvikling
Overvægt (7 år)

FIGUR 5

farmaka forbundet med øget risiko for hjertekar-sygdom og type 2-diabetes. Endvidere bliver somatiske sygdomme underdiagnosticeret og underbehandlet hos personer med psykiske lidelser. Endelig er der en sammenfaldende genetisk disposition til visse psykiske og somatiske lidelser.

Mennesker med handicaps

Mennesker med andre handicaps end psykiske lidelser har også en markant dårligere sundhed end resten af befolkningen. De ryger mere, spiser mere usundt og bevæger sig mindre. Samtidig får de mere medicin, er oftere indlagt, og de trives socialt dårligere. På samtlige faktorer – på nær alkoholforbrug – lever mennesker med fysiske og helbredsrelaterede handicap et usundere liv og har dårligere helbred og trivsel end resten af befolkningen. For borgere med udviklingshæmning er der påvist en markant overdødelighed. Både mænd og kvinder lever cirka 14 år kortere end befolkningen generelt

Socialt udsatte borgere

Socialt udsatte borgere sundhed er ofte meget udfordret, og der er tale om en gruppe mennesker (1-2% af befolkningen), som har store og samtidige sociale og sundhedsmæssige udfordringer. Det påvirker deres middellevetid meget markant, og middellevetiden for socialt udsatte er hele 22 år lavere end den er for resten af befolkningen. Mens sundheden er påvirket af en risikobetonet livsførelse, ses også en markant overdødelighed af sygdomme som kan behandles eller forebygges, hvis der er en god kontakt til sundhedsvæsenet.

Anvendt litteratur

Brønnum Hansen H et al: **"Impact of smoking on social gradient in life expectancy Denmark"**, J. Epidemiol Community Health 2004;58:604-610.

Bådsgaard M, Brønnum-Hansen, H: **Social ulighed i levetid**, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2012.

Davidsen, M et al: **Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012 - Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager**, Rådet for socialt udsatte/Statens Institut for Folkesundhed, 2013.

Diderichsen, F et al: **Ulighed i sundhed – årsager og indsatser**. Sundhedsstyrelsen 2011.

EHLEIS Country Reports, Issue 7, April 2014.

Føns Johnsen N. et al: **Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk**. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2014.

JP Mackenbach, WJ Meerdling, AE Kunst: **Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union**. Health & Consumer Protection Directorate-General, July 2007.

Jæger MM et al: **"Ulighed og livsforløb – analyser af betydningen af social baggrund"**, København 2003, Socialforskningsinstituttet, 03:10.

Koch, MB et al: **What is the association of smoking and alcohol use with the increase in social inequality in mortality in Denmark? A nationwide register-based study**. BMJ Open. 2015 May 11;5(5):e006588. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006588.

Meulengracht Flachs E. et al.: **Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning**. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2014.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: **"Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme"**, 2014.

Mousten I R et al: **Social position and referral til rehabilitation among cancer patients**. Acta Oncologica, 2015.

Nordentoft M. et al: **Psykisk sygdom og ændringer i livsstil**. Kbh. Vidensråd for Forebyggelse, 2015.

Rasmussen M, Pedersen TP, Due P, red.: **Skolebørnsundersøgelsen 2014**. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2015.

Sallis James F et al: **Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study**. The Lancet, april 2016.

Søggård, J: **Hvad ved vi om kvaliteten af dansk kronikerbehandling? Sociale forskelle og social ulighed som kvalitetstema**. Oplæg 10, nov. 2014, IDA mødecenter.

Lindquist, A et al: **The impact of socioeconomic position on severe maternal morbidity outcomes among women in Australia: a national case-control study**. BJOG, nov 2015.

Bouthoom, SH et al: **Socioeconomic inequalities in placental vascular resistance: a prospective cohort study**. Fertility and Sterility, maj 2014.

Kim, D & Saada, A: **The social determinants of infant mortality and birth outcomes in Western developed nations: a cross-country systematic review**. Int. J. Environ. Res. Public Health 2013, 10(6), 2296-2335