

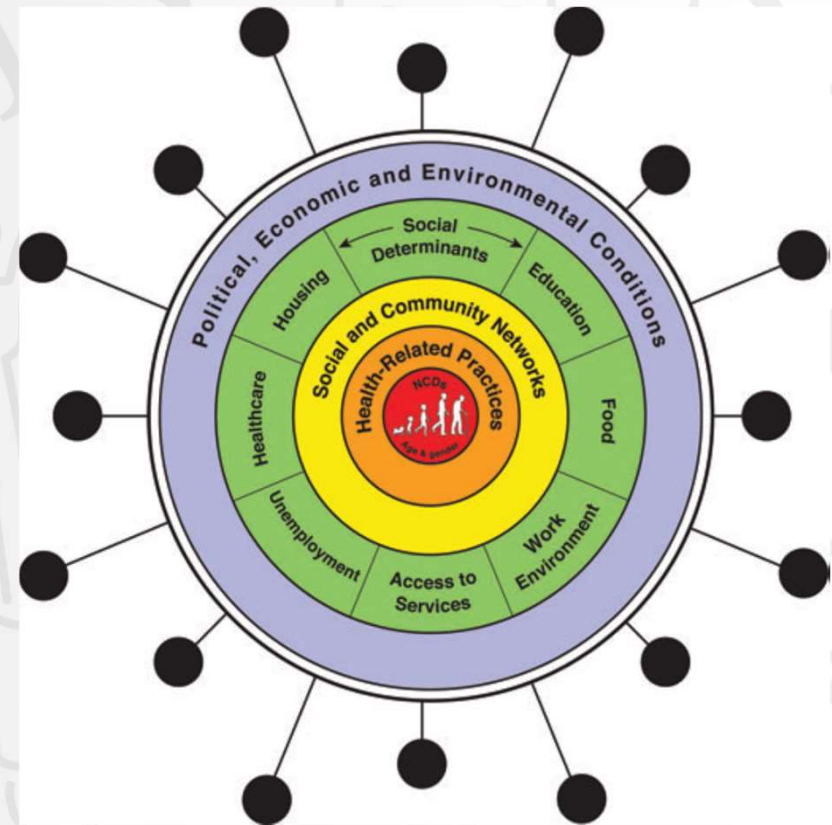
**Sundhedsstyrelsen**  
**2. September 2020**

# Hvad bør gøres?

Af stat, regioner, kommuner,  
civilsamfund og erhvervsliv

Finn Diderichsen, speciallæge  
Professor em. dr.med.  
Afd. for social medicin,  
Københavns Universitet

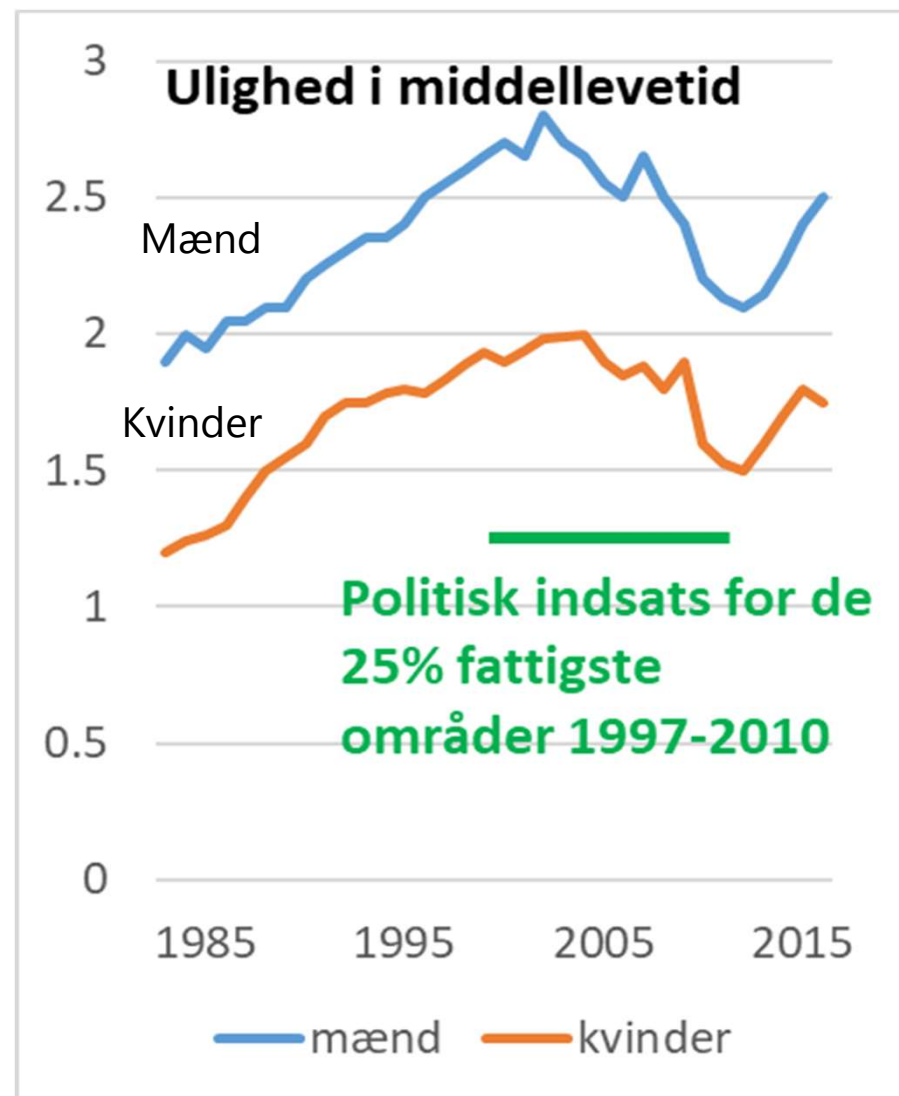
KØBENHAVNS UNIVERSITET



# Kan englænderne, så kan vi også!

En kraftfuld indsats i udsatte områder med ekstra ressourcer til jobs, boliger, skoler, sundhedsvæsen mm.

Barr & Whitehead: *BMJ* 2017;358;j3310



# Men vi skal stramme os mere an !

I en ny studie hvor godt 14 Europæiske lande er lykkedes med at reducere ulighed i dødelighed kommer Danmark sidst.

Procentuel årlig ændring 1992-2012 af ulighed i dødelighed (mænd).

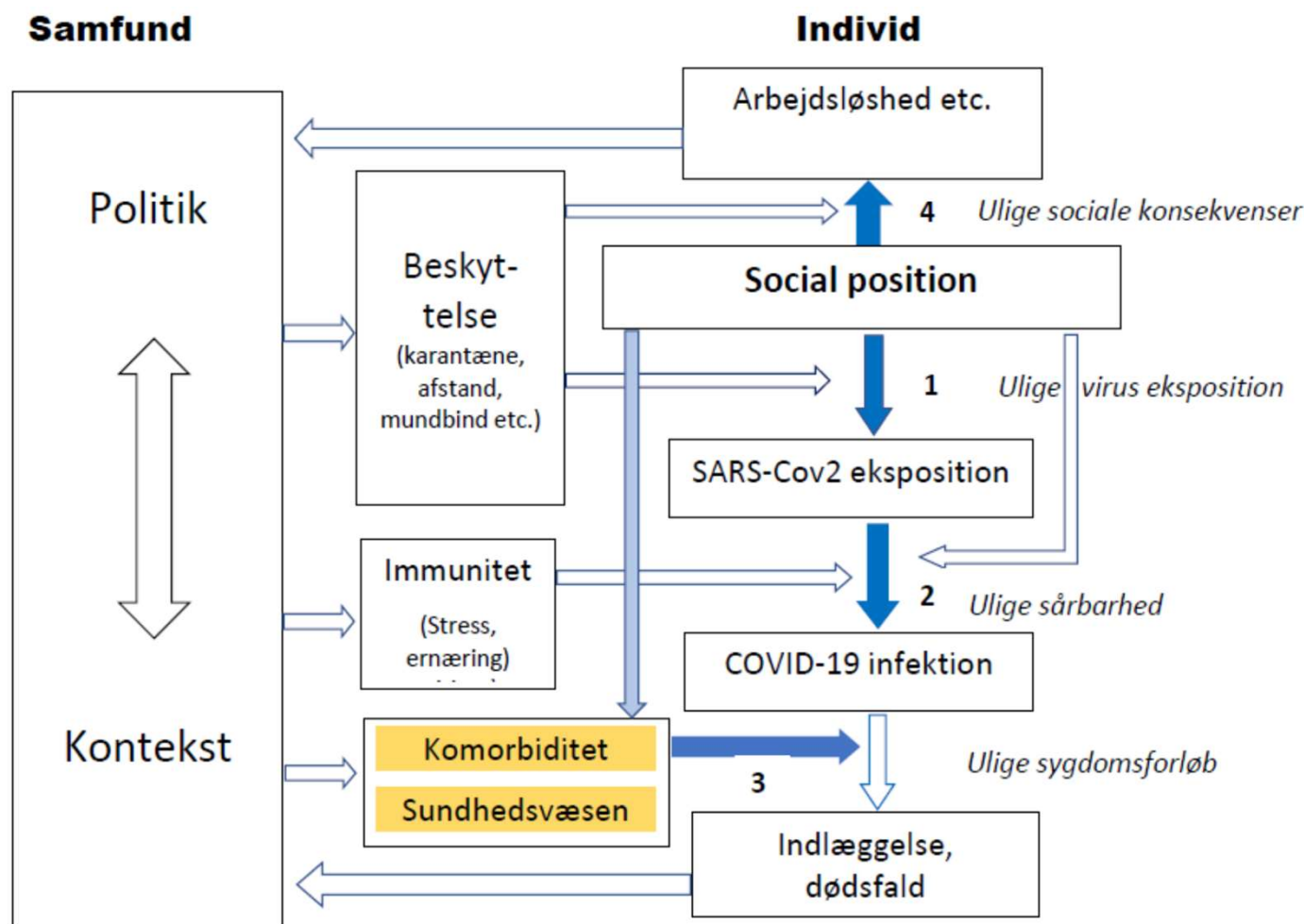
Mackenbach, Brønnum-Hansen et al.

*Eur J Epid* 2019;34(12):1131-42

	% ændring
<b>Danmark</b>	<b>+0.25</b>
Norge	-0.10
Sverige	-0.58
Finland	-0.72
England	(-1.62)

# Sundhedspolitik mod ulighed – fx COVID-19: Fire mekanismer - fire indsats punkter:

1. Ulige eksposition (virus)
2. Ulige sårbarhed (immunitet)
3. Ulige sygdomsforløb (komorbiditet)
4. Ulige sociale konsekvenser af policy



Efter: Diderichsen et al. *Glob Publ Health* 2019; 14(5):675-683

# “Ikke mere snak - kun handling kan sikre mere lighed i sundhed” (Lose & Astman, Danske Regioner, 7.nov.2019)

Måske er mangel på forskning ikke den afgørende hindring  
- men har vi stillet de rette spørgsmål?

- **Det epidemiologiske spørgsmål:** Hvilke er de vigtigste sygdomsårsager bag ulighed i sundhed i DK?
- **Det sociologiske spørgsmål:** Hvad og hvem former den socialt ulige fordeling af disse årsager?
- **Effektivitets spørgsmålet:** Virker alle de indsatser som gøres mod ulighed i sundhed?
- **Implementerings spørgsmålet:** Når indsatserne de som mest behøver dem?

# Endnu en ny rapport fra Sundhedsstyrelsen:

Et review af ny interventionsforskning  
og epidemiologisk viden om ulighed i  
sundhed. Sept. 2020

Af Gadeberg AK, Andersen I, Brønnum-  
Hansen H, Christensen U, Diderichsen F.

Afdelingen for social medicin,  
Københavns Universitet



**Eksempel på****Årsager og indsatser****Årsagerne til ulighed er bl.a.:**

- Børnefattigdom
- Uafsluttet skolegang
- Bolig- og skole-segregering
- Langvarig arbejdsløshed
- Økonomisk stress
- Fysisk tungt arbejdsmiljø
- Ulige sundhedsadfærd
- Ulige brug og kvalitet af sundhedsydelser

**Foreslåede indsatser: eksempler**

- Forstærket børnetilskud
- Sundhedspleje til socialt sårbare familier
- Forstærkede daginstitutioner i udsatte områder
- En skole som motiverer til erhvervsuddannelse
- Blande ejerformer & socialt boligbyggeri
- Socialsygeplejersker og boliger til udsatte
- Hæve priser på det susunde og mindske dem på det sunde
- Lægetæthed i alm. praksis som modsvarer ulighed i behov
- Etc.

## Mange indsatser genfindes i flere landes ekspertforslag

Indsats	Anbefalet i
Reducere børnefattigdom	DK,SE,NO,EN,WHO
Øget progressivitet i skatter	NO
Opgradere daginstitut. i udsatte områder	DK,NO,SE,EN,WHO
Flere tilbud om voksen uddannelse af ufaglærte	DK,NO,SE,EN
Jævnere fordeling af socialt boligbyggeri	DK,SE
Sikre boliger til socialt udsatte	DK,EN,WHO
Forstærket indsats mod fysisk tungt arbejdsmiljø	DK,NO,SE

Indsats (forts.)	Anbefalet i
Højere afgifter tobak, alkohol, sukker	DK,NO,SE,EN,WHO
Mindsket saltindhold i færdigmad	DK,EN
Skemalagt fysisk aktivitet i skolen	DK,SE
Forstærket primærsektor med områdesansvar	SE,EN
Integration sundheds/social sektor	DK,NO,SE,EN,WHO
Ressource allokering til primærsektor efter behov	DK,NO,SE,EN,WHO
Mindre brugerbetaling	DK,NO,WHO
Bedre integration og deltagelse	SE

DK=Danmark, NO=Norge, SE=Sverige, EN=England, WHO=WHO-Euro



## Også i DK er den tidlige indsats central – mere målrettet sundhedspleje til social sårbare familier

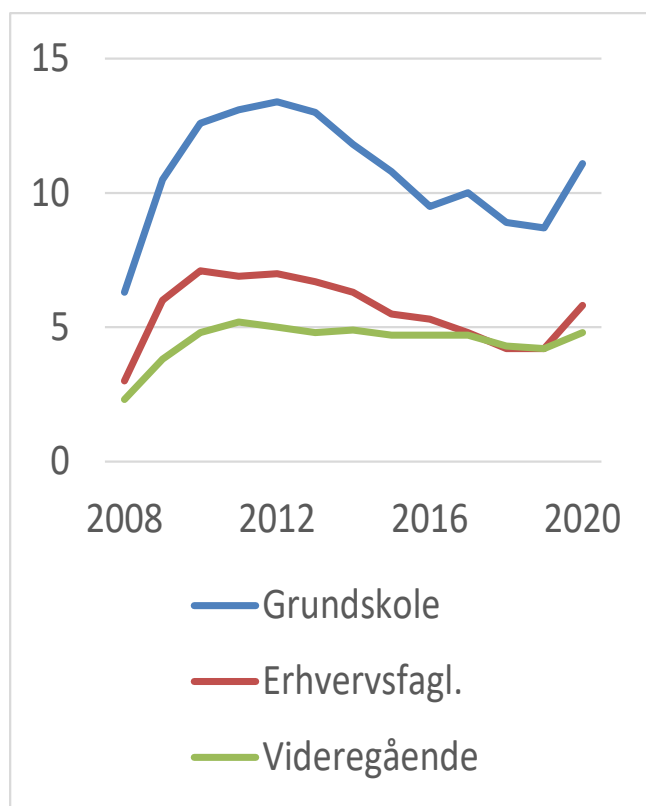
Ny dansk studie: En barndom i familier med fattigdom, tab, sygdom og misbrug er associeret med op til 4x højere dødelighed før 35 års alder.

Rod NH et al. *The Lancet*. 2020;396(10249):489-497.

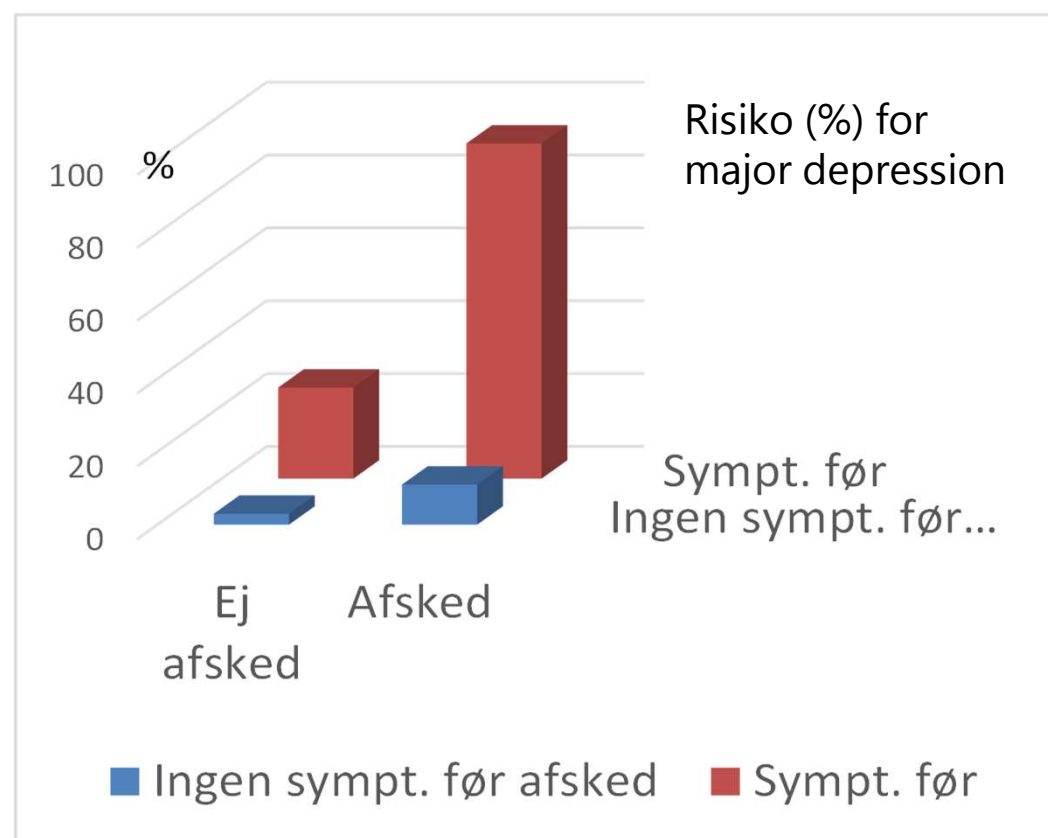
	Døde per år per 10.000
Mange vanskeligheder	13.2
Død eller svær sygdom i familien	5.2
Langvarig fattigdom	5.2
Tidlig fattigdom	4.0
Få eller ingen vanskeligheder	2.9

## Arbejdsløshed: En nu vigtigere, og meget ulige fordelt årsag

% arbejdsløse 2008-20

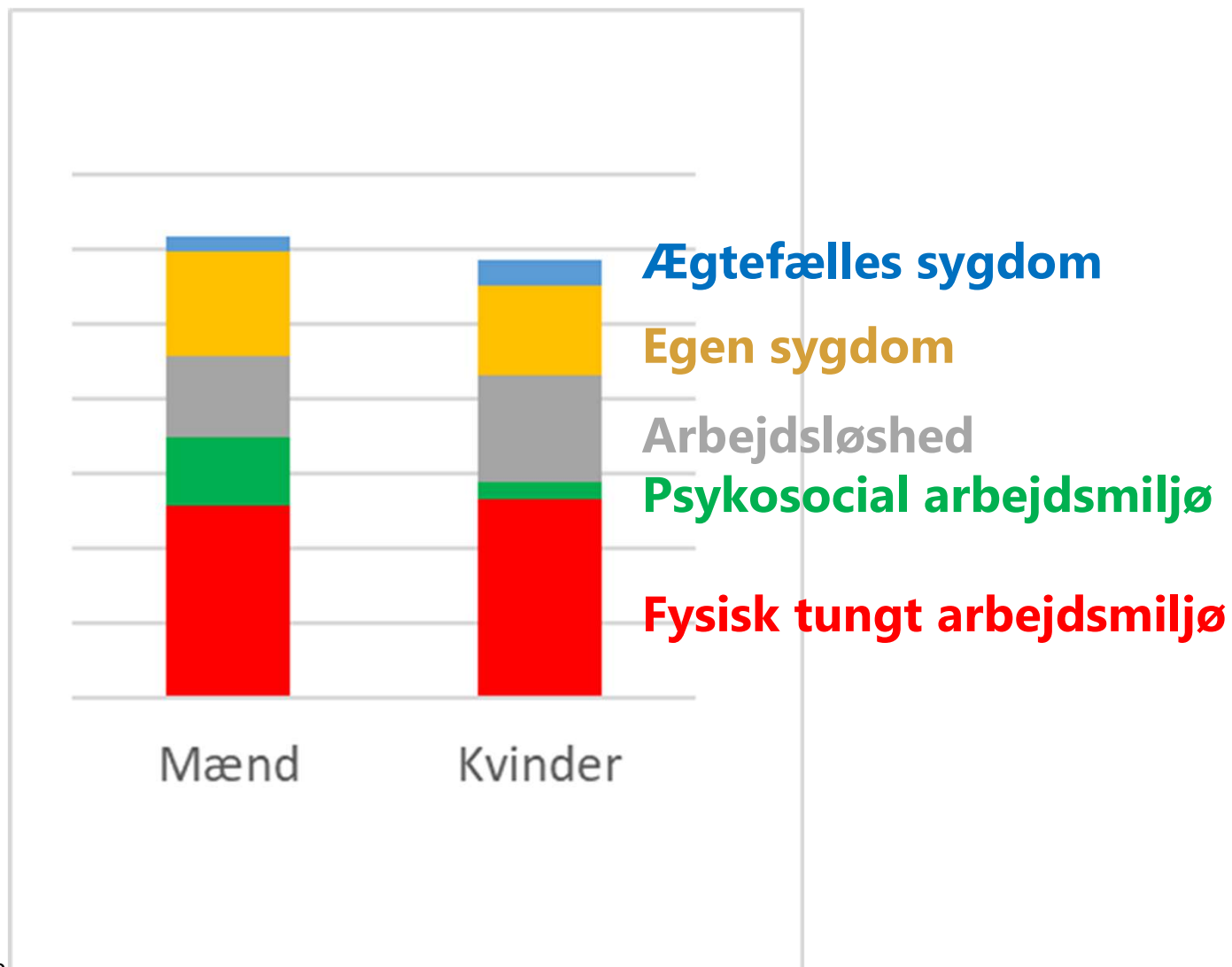


Arbejdsløshed giver 4-dobbelt risiko for depression – særligt for psykisk sårbare  
 Andreeva et al. *BMC Public Health* 2015;15:1045



# Hvad forklarer ulighed i tidlig tilbage-trækning i Danmark ?

JY Qvist: *Ageing & Society*  
2020:40 doi:10.1017/S0144686X20000203



## Sårbarhed og solidaritet

i forebyggelsen – ikke nyt, men meget aktuelt

*Når de mindre sårbare må ofre noget af hensyn til de mere sårbare*

- Af hensyn til ældre syge holder vi afstand og bær mundbind
- Af hensyn til børnene holder vi lav hastighed forbi skoler
- Af hensyn til sårbare skal >95% vaccineres mod mæslinger
- Af hensyn til unge har vi aldersgrænser for salg af tobak og alkohol
- Af hensyn til genetisk sårbare for fedme bør sodavand være dyrere
- Af hensyn til sårbare for KOL og kræft bør tobak være dyrere

## Mest sundhed og lighed for pengene

WHO's "Best Buys". Marteau et al. *The Lancet* 2019;393:2572-73

	Pris og afgifter	Markedsføring	Tilgængelighed
<b>Tobak</b>	Øge afgifter markant	Gennemføre kampagner i massemedier. Sikre adgang til rygestop-hjælp	Hæve aldersgrænse til 21 år. Håndhæve aldersgrænser. Omfatte E-cigraetter af Lov om røgfrie miljøer
<b>Alkohol</b>	Øge og ensrette afgifter per genstand	Stoppe markedsføring og sponsorering på alle platforme	Begrænse antallet af salgssteder og åbningstider. Håndhæve aldersgrænser.
<b>Kost</b>	Beskatte fedt, og sukker fremfor frugt og grønt	Stoppe markedsføring og sponsorering for usund mad ift. Børn	Begrænse salt i (halv)færdigretter og institutionsmad, Mindre portionsstørrelser i færdigmad
<b>Fysisk aktivitet</b>	Indføre afgifter på bilkørsel og parkering. Nedsætte prisen på kollektiv trafik	Gennemføre kampagner i massemedier	Planlægge fysiske rammer som fremmer gang, løb og cykling – ikke mindst i udsatte områder.

Bortset fra målrettede tilbud om rygestop savnes der evidens for at individrettede indsatser mindsker ulighed i sundhedsadfærd.

Men de kan forstærke effekten af de strukturelle tiltag.

## Målkonflikt? Ulighed i penge eller i sundhed

### Eksempel: Hvis cigaretpriserne fordobles fra 50kr til 100kr:

WHO/IARC: *Reducing social inequalities in cancer* 2019 & Verguet S et al. *Tobacco Control* 2020

	20% fattigste	20% rigeste
Disponibel indkomst per måned (kr.) 2018	9.600	45.600
Cigaretter/dag pr. person 2018	5,1	0,9
% af indkomst ved 50 kr. per pakke	4,0%	0,1%
% af indkomst med 100 kr. med ulige prisfølsomhed (-0,52 resp. -0.26)	4,8%	0,2%
Tabte leveår (DALY) pr 1000 ved 50 kr. pga. tobaksrygning i DK 2017	73,2	12,2
<b>Leveår pr 1000 indb. vundet ved 100 kr.</b>	<b>38,8</b>	<b>3,3</b>

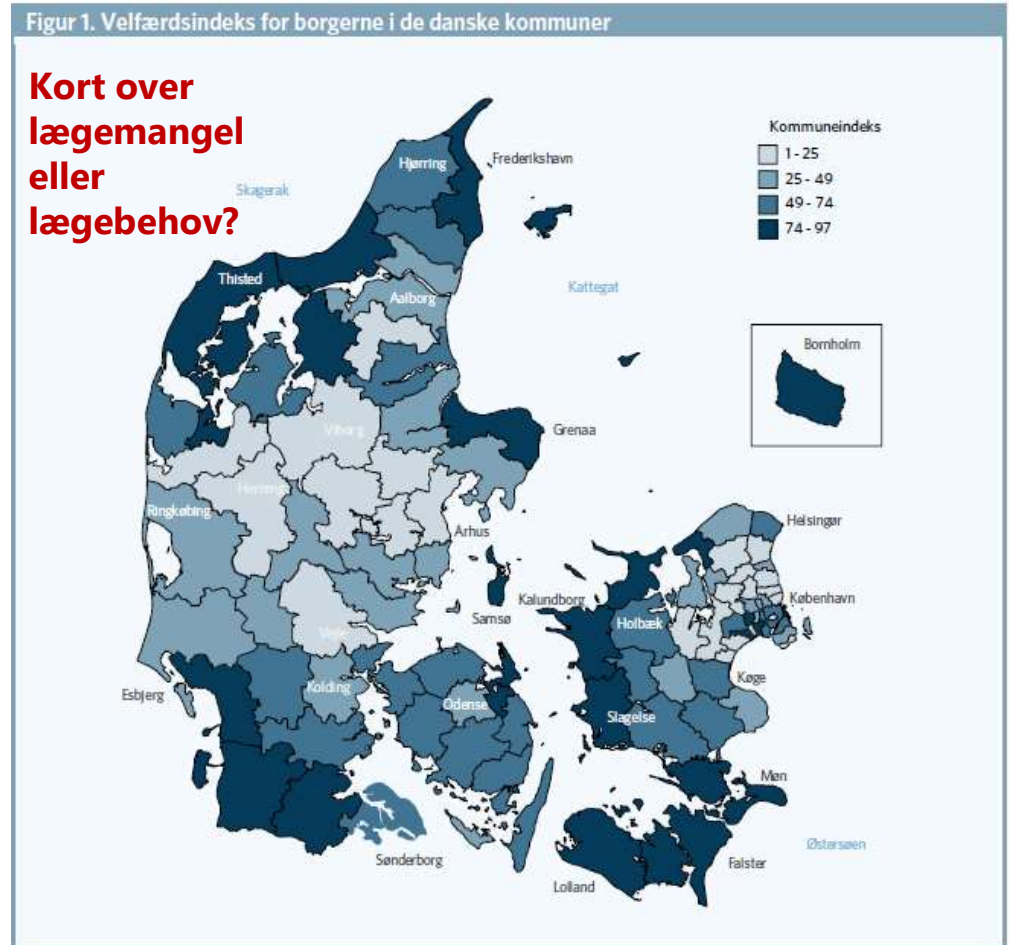
## Det påstås ofte

-at sundhedsvæsenet bidrager meget lidt til ulighed i sundhed,

men

- at sundhedsvæsenet er godt rustet til at tage imod konsekvenserne og deres ulige fordeling

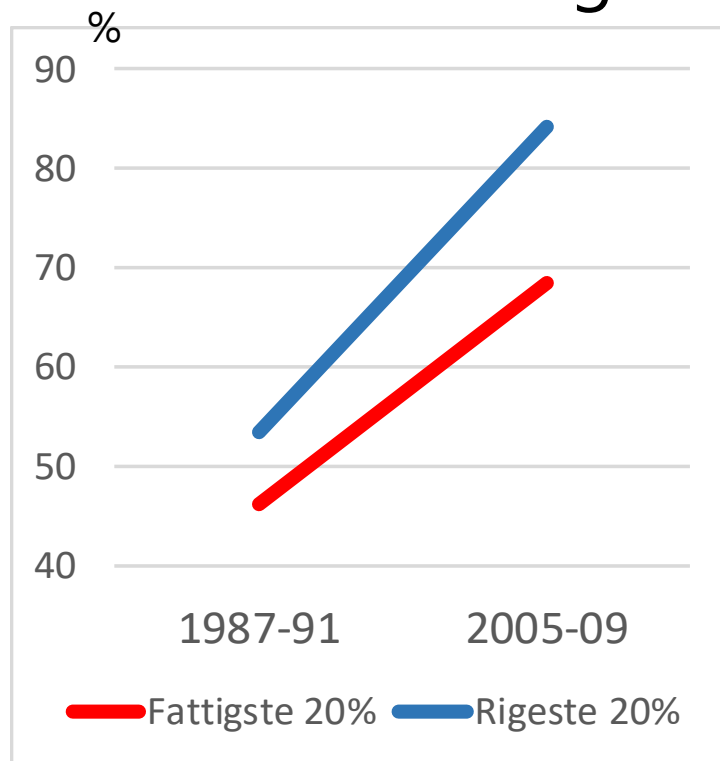
## Men er det sandt ?



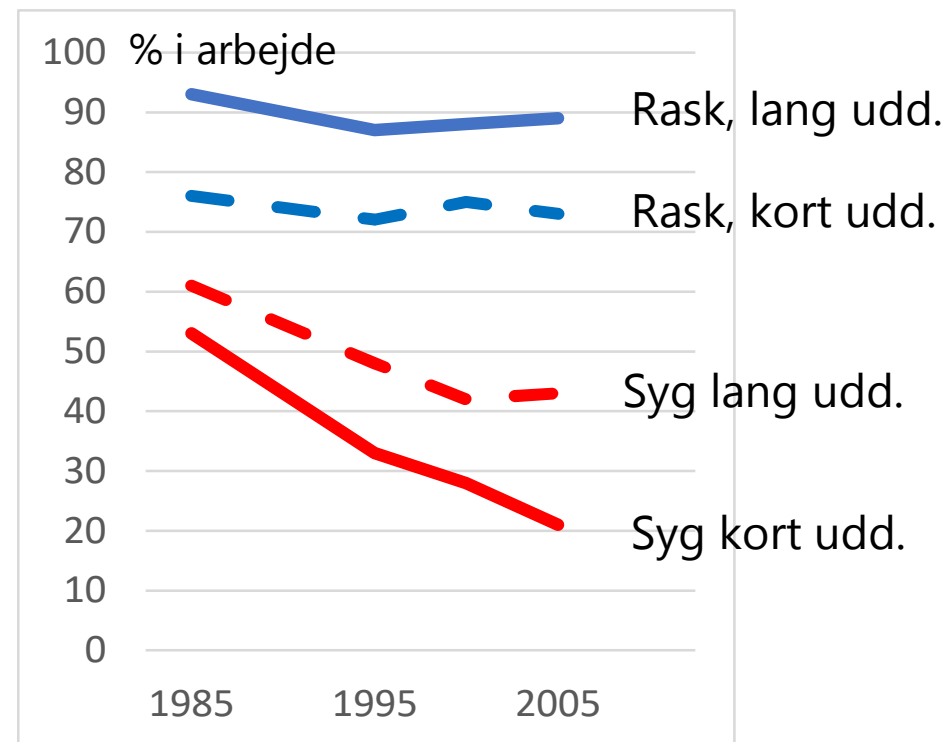


# Har vi undervurderet sundhedsvæsenets rolle?

## Voksene ulighed i sygdomskonsekvenser



5-års overlevelse (%) for alle kræfttyper (%). Danmark 1987-2009. Dalton et al.: *Acta Oncologica* 2019;58(5):737-44

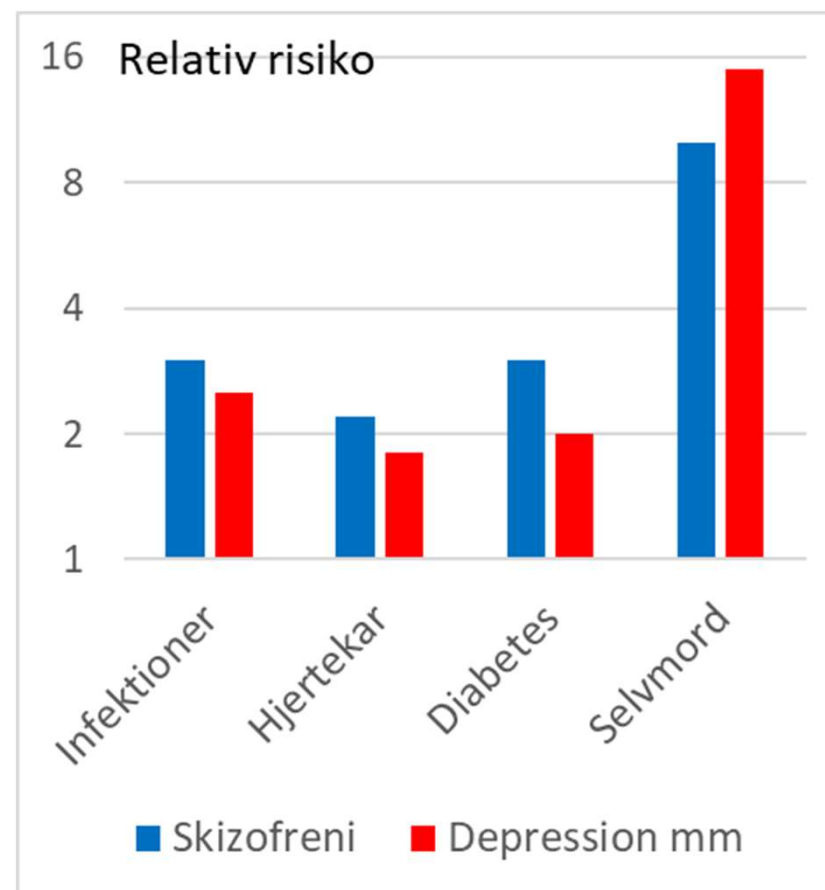


Beskæftigelse (%) for personer med og uden langvarig sygdom. Danmark 1985-2005. McAllister et al. *Int J Health Serv.* 2015;45(4):679-705

## Når behandlingen af multisygdom hos en udsat gruppe ikke fungerer

Når én sygdom (fx skizofreni eller depression) påvirker dødeligheden i mange andre sygdomme

Plana-Ripoll et al. *The Lancet* 2019;394(10211):1827-35



# Mismatch mellem behov og system

## Ændringer i befolkningen

- Multigdom øger og er socialt meget ulige fordelt
- Associationen mellem kort uddannelse, usikker beskæftigelse og dårligt fysisk og psykisk helbred bliver stærkere
- Det betyder at systemet skal være bedre til at identificere og ændre sociale årsager til - og konsekvenser af sygdom.
- Dermed bliver grænsefladen mellem sundheds- og socialektor vigtig for lighed i sundhed.

## Ændringer i systemet:

- Specialisering: og centralisering.
- Lægetætheden i primærsektor størst hvor behovet er mindst - "**The inverse care law**".
- Samarbejdet i primærsektoren er blevet mere en forhandling end et professionelt samråd
- Sundhedsaftalerne angriber sjældent uligheden

## **Et nært sundhedsvæsen for mere lighed i sundhed kræver:**

- At ressourcer fordeles i proportion til behov
- At der oprettes tydeligt områdesansvar
- At der bliver flere generalister for de multisyge
- At *De Nationale Mål også* omfatter indikatorer på uligheden og det tværsektorielle samarbejde

# Tak for opmærksomheden !

**“Epidemier synliggør noget fundamentalt om vores samfund, og hjælper os til at se, at ting kan gøres anderledes”**

M Marmot: *The Lancet* 2020;395(10234):1413-14.

fidi@sund.ku.dk

[www.sst.dk/da/Viden/Ulighed-i-sundhed](http://www.sst.dk/da/Viden/Ulighed-i-sundhed)