



Social ulighed i sundhed

Arbejdspladsens rolle

Helle Stuart





Hvad er social ulighed i sundhed?

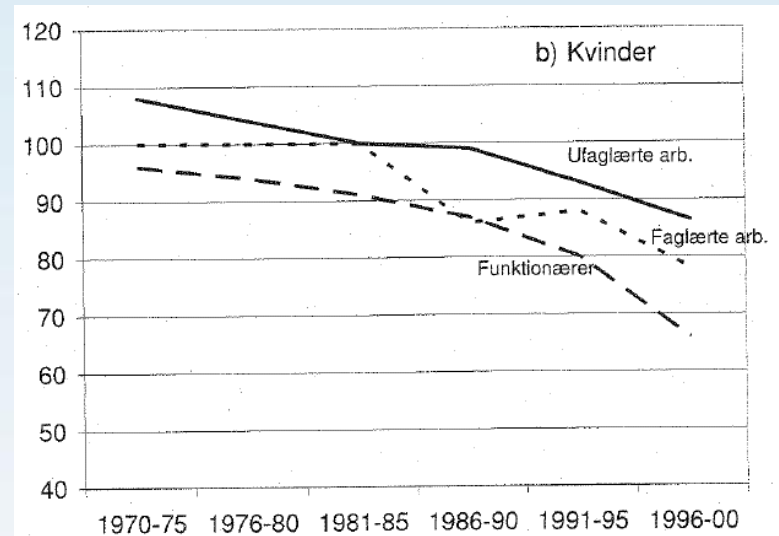
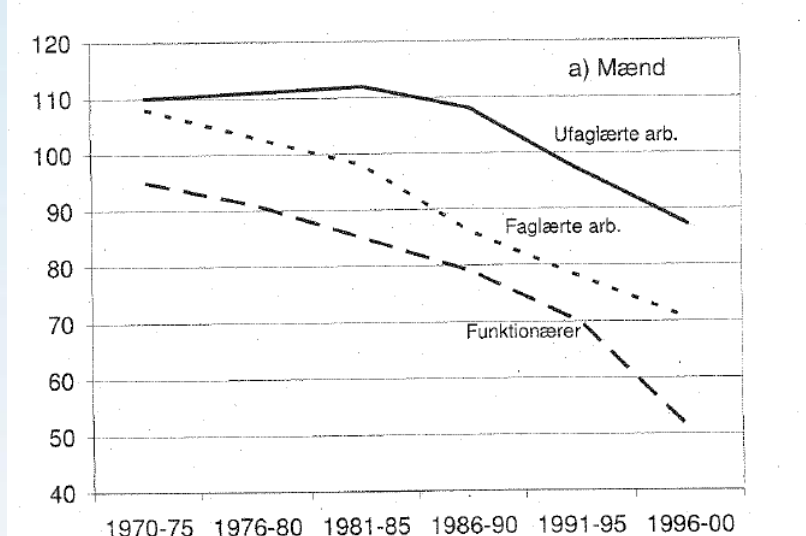
	Mænd		Kvinder	
	Forventet restlevetid totalt	Forventet restlevetid med mindre godt helbred	Forventet restlevetid totalt	Forventet restlevetid med mindre godt helbred
Lang uddannelse	46,2 år	12,7 år	50,6 år	14,2 år
Kort udannelse	38,8 år	16,8 år	45,8 år	20,6 år

Tabel 1: Forventet restlevetid for en 30-årig i Københavns kommune år 2000. Kilde: (4)



Uligheden vokser

Figur 2 a-b. Erhvervsrelateret ulighed i dødelighed i Danmark 1970-2000. Aldersstandardiserede dødstal for mænd (a) og kvinder (b) hvor gennemsnittet for alle beskæftigede 1970-75 er sat til 100.

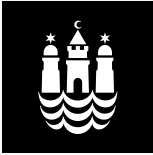


Hvad skyldes den sociale gradient i sygdomsbyrde?

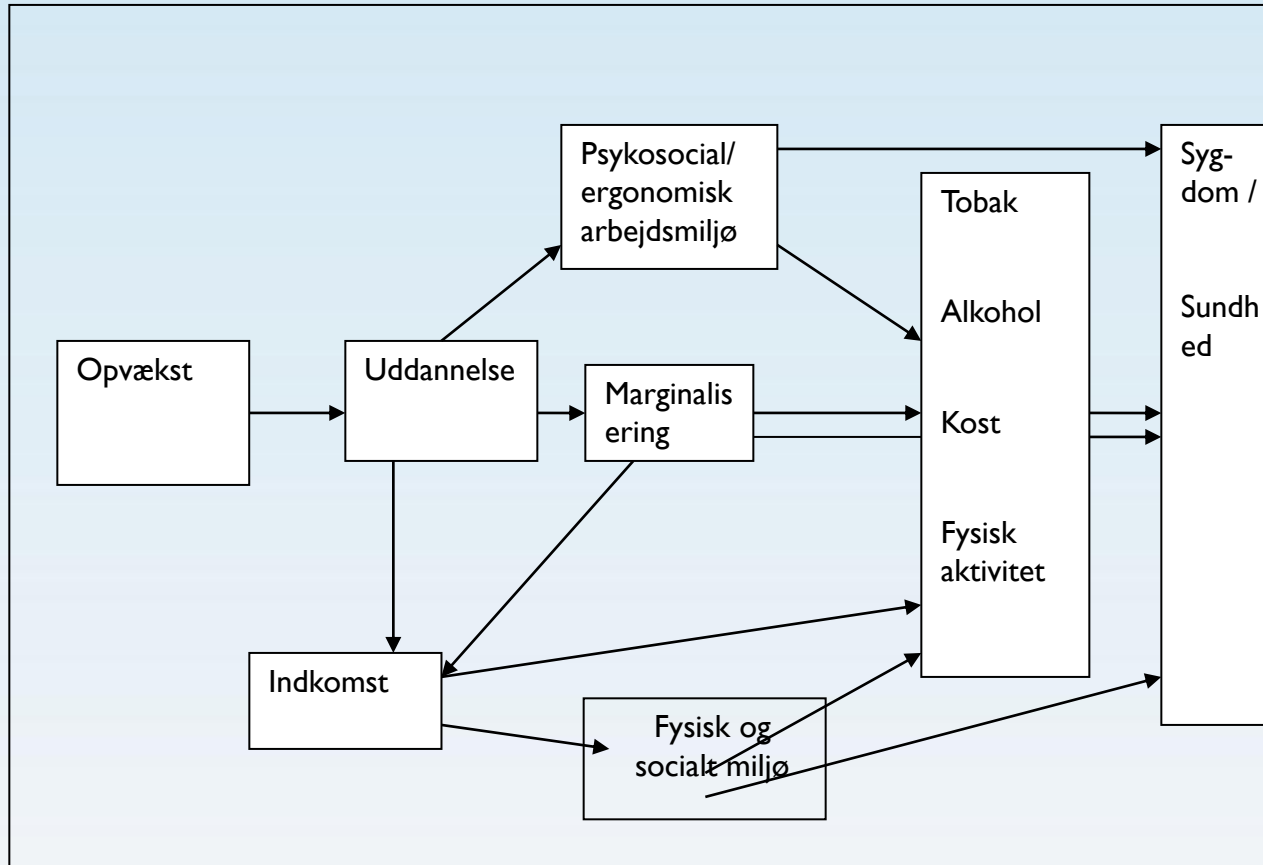


Hvilke helbredsproblemer udgør de 11,2 syge år som de veluddannede undgår?

- > Fem somatiske sygdomme – kronisk lungesygdom, iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, lungekræft og diabetes udgør 42 % af de ulighedsskabende sygdomme
- > Fem psykiske diagnoser udgør 37 % - depression, alkoholmisbrug, stofmisbrug, skizofreni og demens
- > Disse ti diagnoser udgør 79 % af uligheden og 47 % af den gennemsnitlige sygdomsbyrde
- > De sygdomme der i gennemsnit dominerer sygdomsbyrden er de samme som dominerer uligheden



Social ulighed i sundhed



Mulig relationer mellem de forskellige medierende årsager til social ulighed i sundhed

(Diderichsen: At prioritere social ulighed i sundhed. 2006)

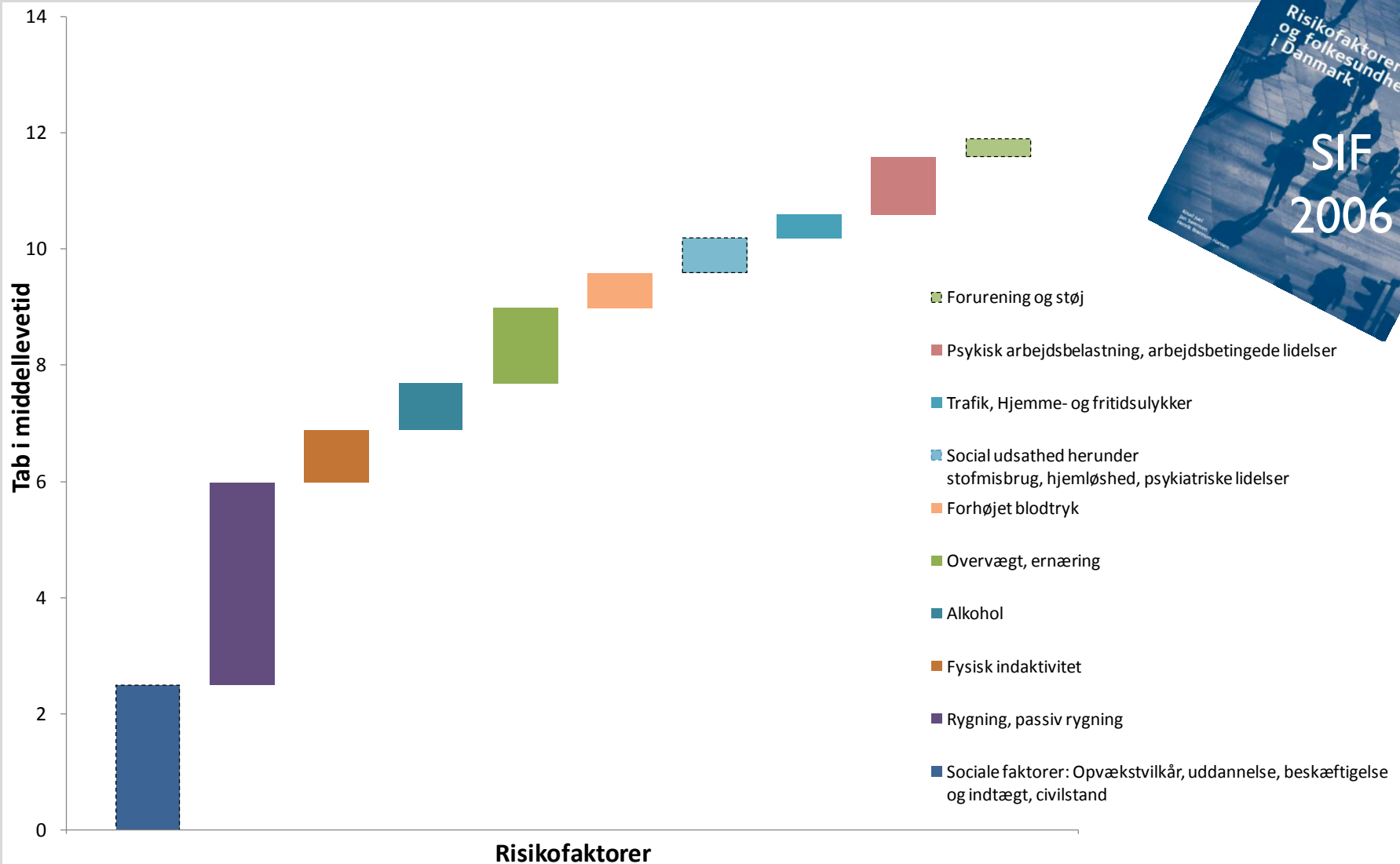
Årsager til Social Ulighed i Sundhed

- > Tidlige årsager som påvirker social position og helbred
 - > Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
 - > Skolegang – uafsluttet skolegang
 - > Segregering og socialt nærmiljø
- > Sygdomsårsager som påvirkes af social position
 - > Indkomst – fattigdom
 - > Langvarig arbejdsløshed
 - > Social udsathed
 - > Fysisk miljø – partikler og ulykker
 - > Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial
 - > Sundhedsadfærd
 - > Tidlig nedsættelse af funktionsevne
- > Årsager som påvirker sygdomskonsekvenser
 - > Sundhedsvæsenets rolle
 - > Det ekskluderende arbejdsmarked

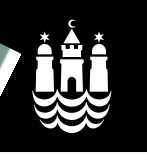
- > Reduktion i social ulighed i sundhed indebærer i sagens natur, at indsatser skal skabe en mere *ligelig fordeling* af disse forskellige årsager i forhold til den sociale position i samfundet.
- > Dette kan principielt opnås på tre måder:
 1. At forbedre årsagsfaktoren for mere ressourcetsvage sociale positioner eller
 2. at svække årsagsfaktoren for socialt bedrestillede positioner, samt endeligt
 3. at omfordele årsagsfaktoren ved at gøre begge dele på én gang.



Udvalgte risikofaktors betydning for middellevetid



Årsagerne overlapper, da effekten af sociale faktorer i væsentlig grad medieres af KRAM- og miljøfaktorer. Derfor er vurderingen af størrelsesordenen af tab af middellevetid usikker.



Risikofaktorer og social ulighed i sundhed

Andel af den sociale ulighed og af gennemsnittet af sygdomsbyrden som kan tilskrives specifikke sygdomsårsager Finn Diderichsen (2006) Københavnske data

	Ulighed	Gennemsnit
Tobaksrygning	41,6	16,1
Alkohol	14,0	12,1
Fysisk inaktivitet	12,2	6,6
Overvægt + fedme	7,3	2,5
Kost (Lav frugt og grønt + høj mættet fedt)	4,7	4,0
Psykosocialt arbejdsmiljø	18,4	3,0



Strukturelle interventioner

Hvad virker i forhold til at mindske ulighed i forhold til rygning?

1. Hæve priser	Stærk positiv effekt- særlig i forhold til kortuddannede og udsatte grupper
2. Masse medie kampagne	Medium positiv effekt , men det forudsætter at kampagnen er målrettet og designet til kortuddannede og udsatte grupper, ellers vil det øge uligheden.
3. Rygepolitikker på offentlige steder og på arbejdspladser	Stærke/medium positive effekter i forhold til at mindske ulighed
4. Lokalområdeindsatser	Utilstrækkelig evidens
5a. Social marketing 5b. Markedsføringsrestriktioner 5c. At bekæmpe smugling 5d. Røgfri hjem	Ingen evidens