



Meget af den gængse viden om ulighed i sundhed forældet og præget af myter. Derfor er der brug for en offentlig debat, der både er mere omfattende og mere dybtgående end hidtil, og som mobiliserer forskere, mediefolk og ansvarlige i sundhedsvæsenet.

Det er derfor vi har lavet Årsagsundersøgelsen.

Poul Erik Skov Christensen,
forbundsformand 3F



Hvorfor dør vi først?

Eksperternes forklaringer – og danskernes

Årsagsundersøgelsen. 3F 2010



Ulighed kan forebygges

Forord

3F tog i efteråret '07 alvorligt fat på at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed. Vi satte gang i projektet "Ulighed kan forebygges" for at få de ufaglærtes alt for høje dødelighed ned.

Det kan nemlig godt lade sig gøre, og det skal ikke kun være en sag for folk selv. Arbejdspladsen, kollegaerne og sundhedsvæsenet kan alle spille vigtige roller. Især hvis de spiller sammen.

Derfor gennemførte vi sidste år over 600 sundhedstjekks ved at sende en bus ud på 10 arbejdspladser. Tjekket viste, at det er muligt at fange mange tilfælde af alvorlig sygdom, før de bryder ud – bl.a. blodpropper, sukkersyge og KOL. I de kommende år vil vi – med støtte fra Forebyggelsesfonden – tjekke yderligere 6000 lønmodtagere på ca. 60 arbejdspladser i forskellige brancher rundt om i landet. Samtidig arbejder vi med at udvikle redskaber, der kan hjælpe arbejdspladserne til at følge op og i det hele taget blive stadig mere sundhedsbevidste. Vi har også indledt en langsigtet dialog med kommunerne om, hvad de kan og bør gøre.

Et vigtigt mål med projekt "Ulighed kan forebygges" er at ændre samfundets almindelige opfattelse af, hvorfor mange kortuddannede dør før tid. Som man kan se i denne rapport, er meget af den gængse viden forældet og præget af myter. Derfor er der brug for en offentlig debat, der både er mere omfattende og mere dybtgående end hidtil, og som mobiliserer forskere, mediefolk og ansvarlige i sundhedsvæsenet. Det er derfor vi har lavet Årsagsundersøgelsen.

Poul Erik Skov Christensen, forbundsformand 3F

Indhold

- 05 Resume – Om undersøgelsen
- 07 Undersøgelsens resultater
- 11 Årsagsundersøgelsen

Bilag:

- 49 Ulighed i sundhed – nogle fakta
- 52 Ulighed i perspektiv



Resume

Hvorfor dør vi først? (Årsagsundersøgelsen) viser, at der er store forskelle på, hvordan befolkningen i almindelighed opfatter ulighed på sundhedsområdet og de opfattelser, der dominerer blandt fagfolk.

Ni danske eksperter er blevet stillet en række spørgsmål om, hvordan kortuddannedes adfærd og vilkår adskiller sig fra det, man typisk finder blandt højere uddannede. Desuden er de blevet bedt om at bedømme betydningen af 12 mulige årsager til kortuddannedes såkaldte overdødelighed på en skala. Hvor vigtige er faktorer som f.eks. boligforhold, livsstil, arbejdsvilkår og evnen til at forstå advarselne fra sundhedsmyndighederne?

De samme spørgsmål er stillet et repræsentativt udsnit af befolkningen. Svarpersonerne i befolkningen er desuden blevet bedt om at oplyse, hvorfra de har deres viden om spørgsmålet og at placere sig selv på skala efter hvor meget de går op i sundhed. Se mere om undersøgelsen i tekstboksen.

Undersøgelsens resultater kan opsummeres således:

- Den mest markante forskel i opfattelse drejer sig om synet på stress. I befolkningen tror et flertal, at stress fortrinsvis rammer folk i høje stillinger. Den opfattelse er samtlige eksperter uenige i. Eksperterne ser – i forlængelse af en række forskningsresultater fra de senere år – langvarig stress som en af de vigtige årsager til ufaglærtes overdødelighed.
- De årsager til overdødeligheden, der vejer tungest for eksperterne, drejer sig de kortuddannedes manglende ressourcer til at gøre op med usund levevis. Eksperterne lægger her stor vægt på, at vores levevis er en del af en større social sammenhæng i familien, på arbejdspladsen mm., som den enkelte kan ikke bare ændre. Disse forklaringer lægger befolkningen mindre vægt på.
- Befolkningen lægger omvendt mere vægt end eksperterne på fysisk nedslidning og farligt arbejde, når de skal udpege årsagen til de kortuddannedes overdødelighed. De tillægger også forskelsbehandling i sundhedsvæsenet en større rolle end eksperterne gør.
- Hverken befolkningen eller eksperterne mener, at overdødeligheden i særlig høj grad skal ses som et resultat af en livsstil, som den enkelte selv har valgt. Der er også beskedent tiltro til, at den kan mindskes afgørende ved at informere de kortuddannede bedre.
- Der er ikke tegn på større forskelle i motivationen til at leve sundt mellem de kortuddannede og de højtuddannede som gruppe betragtet. Årsagsundersøgelsens data afkræfter, at der skulle være en generel sammenhæng mellem uddannelsens længde og interessen for ens personlige sundhed.
- Undersøgelsen viser, at det store flertal i befolkningen har deres viden om emnet fra medierne. Den sætter dermed spørgsmålstegn ved, om medierne har gjort nok for at oplyse om et af velfærdssamfundets mest markante uligheder, bl.a. de senere års internationale forskning på området. Den nye viden blev omtalt i rapporten fra Forebyggelseskommissionen, men er ukendt uden for fagkredse.

- Årsagsundersøgelsen viser også, at der er ganske små forskelle i, hvordan venstrefløjens vælgere og borgerlige vælgere opfatter ulighedsproblemet på sundhedsområdet. Forklaringen er nok, at hverken den ene eller den anden fløj for alvor har søgt at sætte problemet på den offentlige dagsorden.

OM UNDERSØGELSEN

Undersøgelsen af meningerne om årsager til ulighed i sundhed bygger på to separate datasæt.

For det første fra en spørgeskemaundersøgelse af et repræsentativt udsnit af danskere på 1010 personer i alderen 18-74 år. Denne del af data blev indsamlet af YouGov Zapera i perioden 9.-15. marts 2010 via internettet med udgangspunkt i virksomhedens Danmarkspanel. Tallene er vejret på kriterierne køn, alder, geografi og uddannelsesniveau. For det andet bygger undersøgelsen på data fra en tilsvarende spørgeskemaundersøgelse på internettet til eksperter på feltet fra maj 2010.

12 eksperter blev spurgt og ni svarede, nemlig Claus Vinther Nielsen, Klinisk lektor, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet; Torben Jørgensen, Klinisk professor, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; Anders Hede, Forskningschef, Trygfonden; Henrik Brønnum-Hansen, Forskningsleder, seniorforsker, cand.scient., Institut for Folkesundhed; Lars Iversen, Professor, afdelingsleder COWI; Tage Søndergaard Kristensen, Professor, Task-Consult.; Knud Juel, seniorforsker, Statens Institut for Folkesundhed; Signild Vallgård, Professor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns universitet og Charlotta Pisinger, Seniorforsker, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

Årsagsundersøgelsen

Indledning

Videnskabelige undersøgelser har vist, at mennesker med korte uddannelser i gennemsnit har flere alvorlige sygdomme og et kortere liv end befolkningsgrupper med højere uddannelse¹. Forklaringen er antagelig, at uddannelsen er med til at bestemme, hvilket liv man kommer til at leve bagefter: Hvilket arbejde får man, hvem kommer man til at omgås, hvor meget tjener man osv. osv. Derfor kan uddannelseslængden bruges til at inddele befolkningen i grupper med forholdsvis ensartede livsvilkår og vaner.

Men det siger naturligvis ikke i sig selv noget om, hvilke forskelle i livsvilkår eller vaner der er årsag til den sociale ulighed i sundhed.

I de senere år har der været meget fokus på såkaldte livsstilsfaktorer, hvor borgerne er blevet opfordret til at holde op med at ryge, drikke behersket, motionere mere og spise sundere. Også betydningen af fødevarerpriser, arbejdsmiljø og andre strukturelle forhold er blevet diskuteret. I de seneste år er der desuden fremlagt flere undersøgelser, der viser, at chancen for at overleve en alvorlig sygdom også vokser, jo bedre uddannet man er. Det har fået sundhedspolitikere og andre debattører til at spørge, om sundhedsvæsenet giver de bedrestillede en positiv særbehandling.

Årsagsundersøgelsen sætter de forskellige forklaringer på uligheden op i mod hinanden med henblik på at afklare, hvilke der er rigtigst – og vigtigst. Det er sket ved at stille en række spørgsmål til henholdsvis et ekspertpanel og et repræsentativt udsnit af befolkningen.

En række af spørgsmålene drejer sig om at finde frem til, hvad der er bred enighed om at betragte som fakta blandt eksperterne hhv. i befolkningen. Andre spørgsmål forsøger at give et billede af, hvordan forskerne og befolkningen forklarer disse fakta.

Målet er at få et tydeligere billede af ulighedens årsager frem og at lægge op til debat om dem.

1

Se bilaget: Ulighed i sundhed – nogle fakta

Debattens præmisser

Debatten om ulighed i sundhed bygger på en række antagelser om, hvordan kortuddannede adskiller sig fra højere uddannede. I surveyen blev svarepersonerne præsenteret for 12 udsagn, der ofte indgår som præmisser i debatten om årsagerne til den højere dødelighed blandt kortuddannede. Svarfordelingen er gengivet i figur 1.

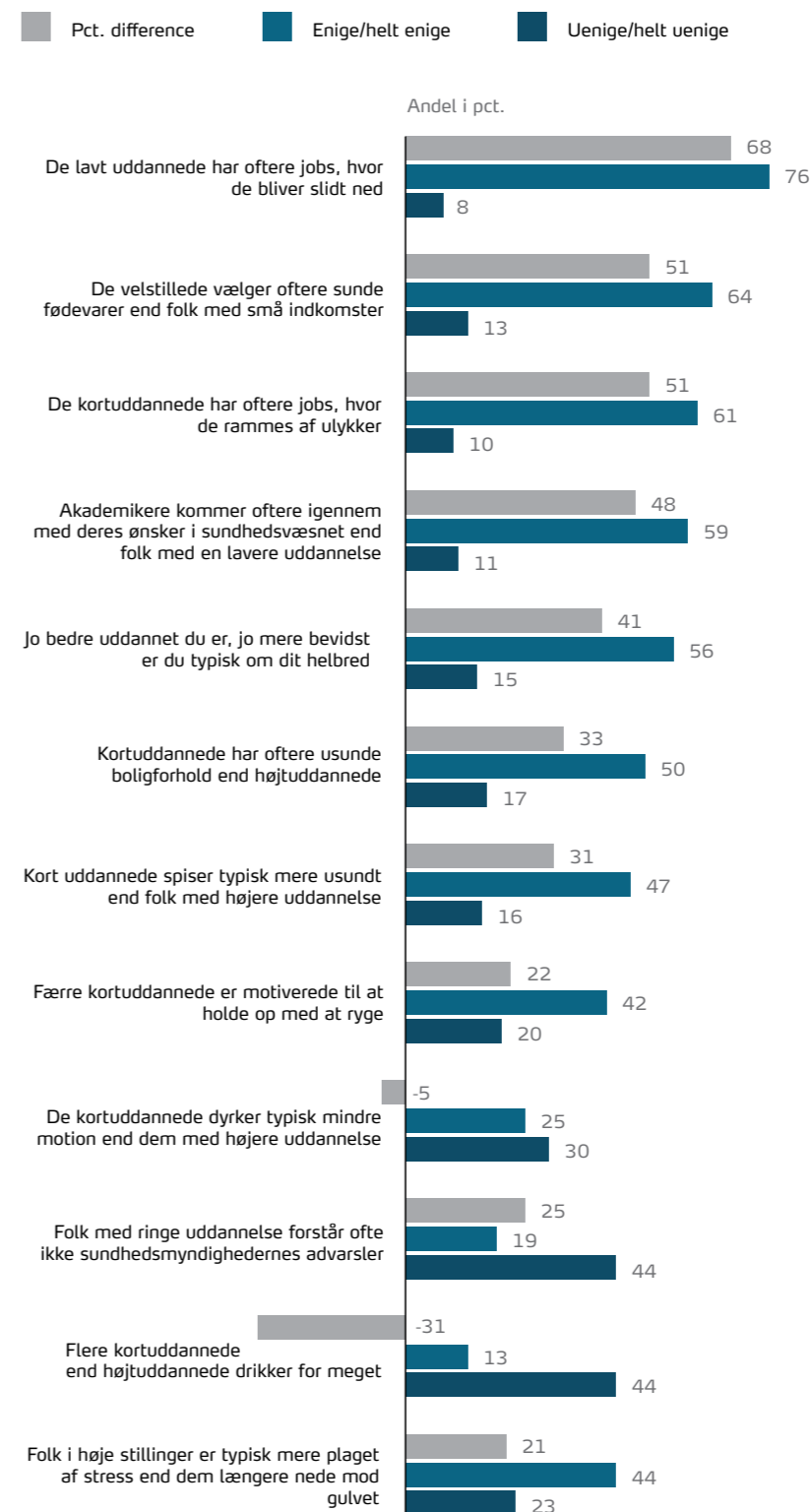
Spørgsmål: "Først kommer en liste med nogle af de påstande, man sommetider hører i debatten. Vi vil gerne høre, om du er helt enig, enig, helt uenig, uenig eller hverken enig eller uenig i disse udsagn." **Note:** Procentdifferencen viser andelen af enige fratrukket andelen af uenige. Når tallet er positivt, er der altså flere enige end uenige i påstanden. Hvis tallet er stort, betyder det, at der er stor enighed i befolkningen om, hvorvidt påstanden er rigtig eller ej.

Der er større eller mindre flertal bag alle de nævnte påstande, bortset fra tre:

Et pænt flertal afviser, at de kortuddannede skulle drikke mere alkohol end de højtuddannede.

Der er også et pænt flertal, som afviser, at dårligt uddannede simpelthen ikke skulle forstå advarslerne fra sundhedsmyndighederne. Endelig afviser et knebent flertal, at kortuddannede typisk skulle dyrke mindre motion.

Figur 1
De kortuddannede og de andre



Derimod er næsten alle enige i, at kortuddannede oftere har nedslidende jobs og oftere rammes af arbejdsulykker.²

Befolkningen er knap så overbevist, når det gælder påstande som, at økonomien har betydning for, hvor sundt man spiser (spørgsmål 2 og 7), at akademikere får positiv særbehandling i sundhedsvæsenet, og at kortuddannede bor mindre sundt. Her er lidt flere uenige og gennemgående også flere, der ikke kan eller vil tage stilling. Alligevel er det påstande, der står stærkt. Blandt dem, der tager stilling, erklærer ca. halvdelen, at de er enige. Det er færre end hver femte, der slet ikke mener, at disse påstande har hold i virkeligheden.

Større modvilje og usikkerhed gælder de to påstande om, at folk i højere stillinger er relativt mere stressplagede, og at kortuddannede skulle være mindre motive-rede for at stoppe med at ryge. Mindst en tredjedel af respondenterne har undladt at tage stilling.

Trods lunkenheden mener et relativt flertal alligevel, at de to påstande holder vand: Der er mere stress i den øvre ende af jobhierarkiet og mindre motivation til at holde op med at ryge blandt de kortuddannede, mener flertallet.

Eksperternes enighed

Årsagsundersøgelsen har som nævnt indhentet svar på de samme spørgsmål fra ni sagkyndige, der enten selv har forsket på området eller har fulgt det tæt. I en række spørgsmål er der bred konsensus imellem dem.

Alle eksperter erklærer sig således **uenige** i den følgende påstand: Folk i høje stillinger er typisk mere plaget af stress end dem længere nede mod gulvet.

Seniorforsker Knud Juel kan som den eneste finde lidt sandhed i påstanden: Dem i høje stillinger "er nok mere plaget af stress, men det plager dem ikke så meget", lyder hans kommentar. De øvrige finder påstanden forkert:

"Det er en almindelig forestilling, men meget arbejde kombineret med kontrol over arbejdet giver jo ikke stress", lyder kommentaren fra Lars Iversen. Samme linje anslår Signild Vallgård: "Hvis man med stress mener den sundheds-skadelige udsættelse for høje krav og lille indflydelse på jobbet, er det de lavt ud-dannede, der er mest stressbelastede", vurderer hun.

²

Omfattende dokumentation for 1987-2005 findes i SUSY databasen hos statens institut for folkesundhed under "det fysiske arbejdsmiljø" / kombineret skole- og erhvervsuddannelse på adressen <http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx#>

En tilsvarende konsensus findes om de følgende påstande, som **ingen** af ni eksperter er uenige i:

- De kortuddannede har oftere jobs, hvor de bliver slidt ned
- De velstillede vælger oftere sunde fødevarer end folk med små indkomster
- Kortuddannede spiser typisk mere usundt end folk med højere uddannelse
- De velstillede vælger oftere sunde fødevarer end folk med små indkomster
- De kortuddannede har oftere jobs, hvor de rammes af ulykker
- Akademikere kommer oftere igennem med deres ønsker i sundhedsvæsenet end folk med en lavere uddannelse
- De kortuddannede dyrker typisk mindre motion end dem med højere uddannelse
- Jo bedre uddannet du er, jo mere bevidst er du typisk om dit helbred.
- Kortuddannede har oftere usunde boligforhold end højtuddannede

Signild Vallgård påpeger dog, at udtrykket "usunde boliger" bør defineres nærmere, hvis man skal svare klart ja eller nej til spørgsmålet:

"Det er ikke mange i Danmark i dag, der bor i lejligheder og huse med fugt og træk eller andre fysiske sundhedsrisici.³ Men der er flere kortuddannede, som bor i boligområder, hvor de føler sig utrygge og hvor urisikoen for at blive udsat for vold er større end i de højtuddannedes boligområder. Der vil ofte også være mindre god adgang til rekreative områder og andre faciliteter, som kunne være sundhedsgavnige," kommenterer hun.

3

Data fra store befolkningsundersøgelser, der findes i susy-databasen hos statens institut for folkesundhed under "boligmiljø"/ kombineret skole- og erhvervsuddannelse tyder ikke på, at kortuddannede skulle have et mere belastende fysisk boligmiljø end højtuddannede. Faktisk er andelen, der generes af forkert temperatur, træk, lugt, indelukket luft og støj fra trafik eller naboer lavere blandt kort- end blandt højere uddannede for tallene fra 2005. Se <http://susy2.si-folkesundhed.dk/susy.aspx#>

Rige børn lever længst



Ulighed er noget vi taler om

Folk i Søllerød lever 10 år længere end folk på Nørrebro. De er også mindre syge. Man kan faktisk gøre meget for de titusinder af lønmodtagere, der går rundt med hjerteproblemer, rygelunger og sukkersyge. Det er let at undersøge og kan ofte behandles effektivt. Men det vil sundhedsministeren desværre ikke bruge penge på.

www.3f.dk/ulighed



FAGLIGT FÆLLES FORBUND

3F kampagne...

Hvem drikker mest?

I de andre spørgsmål er eksperterne mindre enige om, hvad fakta er. Det gælder bl.a. påstanden om, at kortuddannede drikker mere end højtuddannede:

Seks af de ni forskere er lodret uenige i påstanden, mens to er enige og to andre svarer, at de hverken er enige eller uenige.

Lars Iversen kalder det "virkelig en myte", at de kortuddannede skulle drikke mere end andre som gruppe betragtet, men tilføjer, at det ikke udelukker, at de kan have flere alkoholskader.

Knud Juel finder spørgsmålet "vanskeligt". "Vi måler jo, at flere overskrider genstandsgrænserne blandt højtuddannede," konstaterer han. Man skulle så tro, at flere af de veluddannede end kortuddannede ville dø af alkoholrelateret sygdom, men sådan er det ikke".

En forklaring kan være, at drikkemønstrene er forskellige i forskellige befolkningsgrupper. Det er også muligt, at de kortuddannede ikke er lige så præcise, når de bliver spurgt om, hvor meget de drikker, vurderer Knud Juel. "I virkeligheden burde det undersøges nærmere".

Fakta og forklaringer

En række af spørgsmålene i Årsagsundersøgelsen drejer sig om at finde frem til, hvad der er bred enighed om at betragte som fakta blandt eksperterne hhv. i befolkningen.

Andre spørgsmål forsøger at give et billede af, hvordan forskerne og befolkningen forklarer disse fakta.

Når langt flere kortuddannede end højtuddannede ryger, skal det så forklares med, at de er mindre motiverede for at holde op? Går de mindre op i deres egen sundhed på langt sigt end andre befolkningsgrupper? Eller er de dårligere informeret om de risici ved at ryge, drikke osv.? Skyldes det i så fald, at de har sværere ved at forstå advarselene? Eller ligger forklaringen i ydre pres eller manglende ressourcer?

Ekspertene lægger vægten forskellige steder i forsøget på at svare nuanceret:

Fire er således enige i påstanden om, at kortuddannede skulle være mindre motiverede for at holde op med at ryge. Fem er uenige. Flere er dog i tvivl. Tage Søndergaard Kristensen medgiver, at han er usikker på sagen. Heller ikke Knud Juel, der har været en hovedkraft i dansk rygeforskning i et par årtier, vil fælde dom:

”Lavt uddannede vil gerne holde op, men de er ikke så gode til det. Er det fordi, de ikke rigtig er motiverede?”, spørger han.

Signild Vallgård: ”Så vidt jeg ved, er det ikke motivationen til rygestop, der er forskel på, men måske ressourcer og overskud til at gennemføre det.”

En tilsvarende uenighed viser sig i påstanden om, at ”folk med lav eller ingen uddannelse oftere ikke forstår sundhedsmyndighedernes advarsler”, hvor fire forskere er enige, fire uenige og den sidste ikke tager stilling.

Lars Iversen afviser, at det skulle være svært for folk med ”ringe” uddannelse at forstå advarslerne. ”Budskaberne er klare nok.”

Signild Vallgård tror heller ikke på, ”at det er manglende viden eller forståelse, som gør, at folk handler sundhedsskadeligt. Hvis det var tilfældet, ville der ikke være så mange alkoholstorforbrugere blandt de veluddannede. Der ville heller ikke være stadig flere fede veluddannede, forudsat at forklaringen på fedme er kost og manglende motion”, siger hun med henvisning til den nyere fedmeforskning, der f.eks. undersøger betydningen af stress og nedarvede (såkaldt epigenetiske) faktorer for udviklingen af fedme.

Er højtuddannede mere sundhedsbevidste?

Forskerne er generelt enige om, at sundhedsbevidstheden vokser med uddannelseslængden, men flere er usikre på, hvor stærk sammenhængen er, og hvad den nærmere skyldes. Signild Vallgård mener, at den fortjener en nærmere analyse:

”Jeg ved ikke, om det er undersøgt. Det er muligt, at der er nogle stærkere idealer og status knyttet til at leve efter nogle sundhedsnormer blandt de højtuddannede. Til gengæld har de lavtuddannede dårligere helbred og bliver af den grund mindet om det og kan derfor være mere bevidste om det.”

Rige børn lever længst



Ulighed er noget vi taler om

Folk i Søllerød lever 10 år længere end folk på Nørrebro. De er også mindre syge. **Man kan faktisk gøre meget for de titusinder af lønmodtagere, der går rundt med hjerteproblemer, rygelunger og sukkersyge.** Det er let at undersøge og kan ofte behandles effektivt. Men det vil sundhedsministeren desværre ikke bruge penge på.

www.3f.dk/ulighed



FAGLIGT FÆLLES FORBUND

3F kampagne...

Figur 2
Interesseret i egen sundhed



Svar angivet som gennemsnittet

Spørgsmål: "Hvor meget går du op i din egen sundhed på en skala fra 1 – 10, hvor 1 betyder "jeg tænker næsten aldrig på sundhed" og 10 betyder "min sundhed på kort og lang sigt er afgørende for næsten alt, hvad jeg gør".

Årsagsundersøgelsens egne data kan ikke bekræfte sammenhængen mellem uddannelsens længde og sundhedsbevidstheden, selvom der er tendenser i den retning.

Der er f.eks. næsten ingen forskel på den gennemsnitlige score hos dem med en erhvervsfaglig uddannelse og dem med en lang videregående uddannelse. Og de mellemuddannede er mere sundhedsbevidste end de højtuddannede.

Det gælder også den blandede gruppe af unge og ældre, der ikke har uddannelse ud over grundskolen, som placerer sig klart på den sunde side af midten på en skala fra 1 til 10. Og de ligger ikke langt fra hverken gennemsnittet i hele befolkningen eller gruppen med lang videregående uddannelse.⁴

4

Vi har sammenlignet uddannelsesgrupperne direkte og her ikke taget højde for, at f.eks. køns- og alderssammensætningen af de enkelte grupper er forskellig.

Dødelighedens årsager

Efterfølgende har vi præsenteret eksperterne for en række påstande om årsagen til den højere dødelighed blandt kortuddannede. Påstandene forsøger at dække de forklaringer på overdødeligheden, som man typisk hører i debatten.

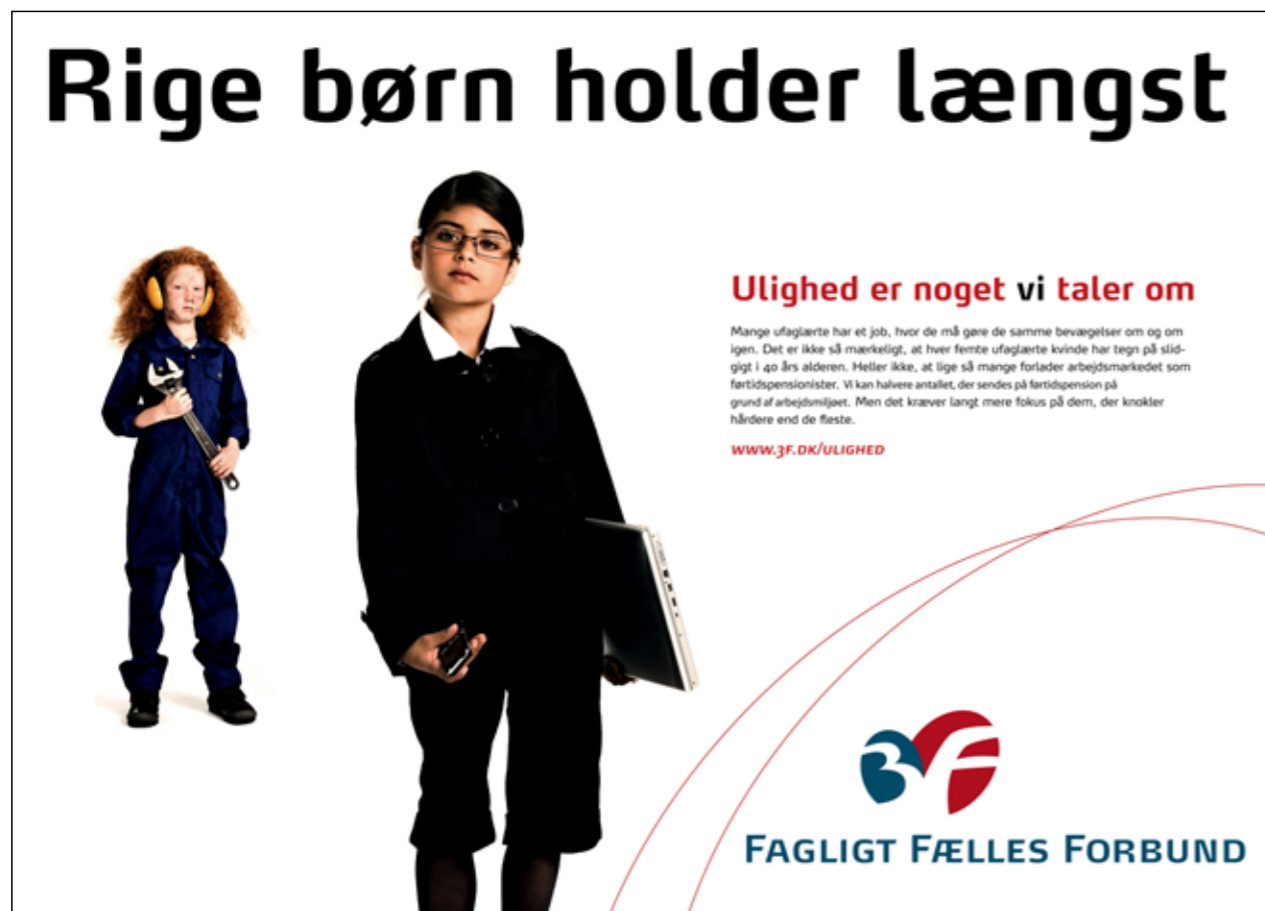
Den hyppigste påstand er måske, at de kortuddannede dør af livsstilssygdomme. Især fordi de ryger og spiser for meget og motionerer for lidt. Det kobles ofte sammen med ideen om, at de kortuddannede simpelthen ikke ved, hvordan man skal leve sundt. Hvis det var muligt at nå bedre ud med informationen, så ville de ændre deres vaner, lyder den tankegang.

Andre lægger vægt på, at de kortuddannede gennemgående også er mere ressourcesvage end de øvrige grupper og derfor har sværere ved at gøre op med uensigtsmæssige vaner. Det hænger bl.a. sammen med, at de – stadig i gennemsnit – lever et vanskeligere liv end de veluddannede. De savner bl.a. indflydelse på deres arbejde.

Der er også røster i debatten, der snarere betragter de usunde vaner som et kollektivt fænomen i familien, blandt kolleger osv. og i mindre grad som noget, den enkelte selv har valgt. De kortuddannede lever i miljøer, hvor mange har dårlige sundhedsvaner og dermed "sætter standarden", lyder argumentet.

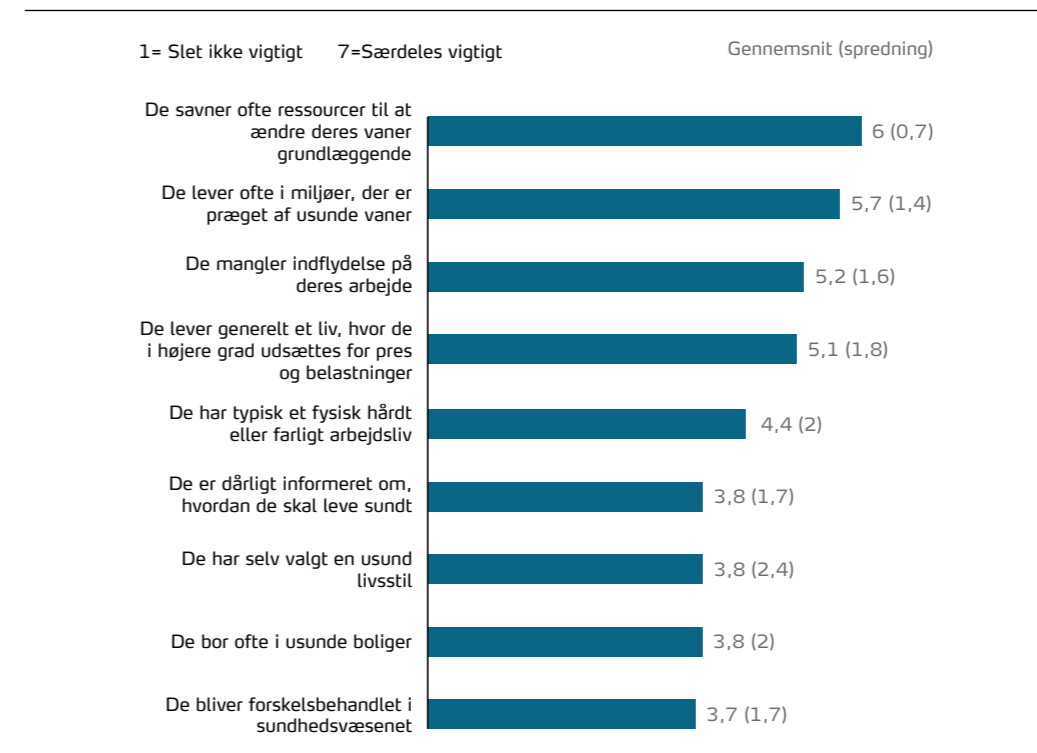
Endelig er overdødeligheden blevet forklaret med meget håndfaste og materielle forhold som f.eks., at de kortuddannede har et hårdere og farligere arbejdsliv, og at de oftere bor i mindre sunde boliger. Eksperterne er blevet bedt om at give deres bud på, hvor tungt de forskellige forklaringer vejer – hvis de overhovedet har betydning for det faktum, at kortuddannede i gennemsnit dør før de bedre uddannede.

Resultatet ses i figur 3



3F kampagne...

Figur 3
Dødens årsag



Spørgsmål: Mennesker med lav uddannelse lever i gennemsnit kortere end folk med mere uddannelse bag sig, hvis man ser på gennemsnittet. Vi vil gerne høre din mening om, hvorfor det er sådan. Her kommer en liste med nogle af de grunde, der nævnes i debatten. Kryds et tal mellem 0 og 6 efter, hvor vigtig du mener, disse grunde er for uligheden i sundhed. 0 betyder "slet ikke vigtigt", 6 betyder "særdeles vigtigt". Sæt et kryds ud for hvert af de nedenstående udsagn.

Noter: I spørgeskemaet optrådte listen af årsager i en anden rækkefølge. For nemheds skyld er svarmulighederne på skalaen fra 0 til 6 konverteret til en skala fra 1 til 7. Svarmuligheden "ved ikke" er ved beregningen sat som missing. Spredning er et mål for, hvor forskellige eller spredte vurderingerne af årsagernes vigtighed har været. Jo mindre værdien for spredningen er, jo mere ens så eksperterne på sagen.

Eksperterne lægger alt i alt mest vægt på de kortuddannedes manglende ressourcer, når de skal forklare disse gruppers overdødelighed. Samtlige forskere har givet denne påstand 4 point eller mere.

Lars Iversen gør dog opmærksom på, at udtrykket "ressourcer" er uhyre bredt. Ud over at henvise til materielle ressourcer, kan det også forstås som psykologiske eller personlige ressourcer som gå-på-mod og forandringsparathed. Iversen mener

i øvrigt selv, at der er en sammenhæng mellem det materielle og det personlige overskud: "Jo færre ressourcer man har, jo mere konservativ bliver man nok - jo mere satser man på det sikre. Ændringer skaber usikkerhed og risici".

Syv af de ni forskere tillægger det også stor betydning (4 point eller mere), at forholdsvis mange kortuddannede lever i miljøer med usunde vaner. Deres kommentarer til besvarelsener tyder dog på, at de lægger lidt forskellige ting i ordet "miljøet".

Knud Juel henviser til boligmiljøet, som han ikke tillægger den store betydning:

"De lever længere i Gentofte end på Lolland, men jeg tvivler meget på, at det ville hjælpe lollænderne ret meget om de flyttede til Gentofte."

Lars Iversen og Signild Vallgård opfatter miljøet som lig med "omgivelserne".

"Man præges selvfølgelig af omgivelserne. Derfor er miljøet jo vigtigt," skriver Iversen.

Signild Vallgård fastslår, at "vi alle, højt- som lavt uddannede prøver at opføre os, så vi vinder accept hos dem, vi hører til. Når det gælder kost, fritidsmotion og rygning, er der sociale forskelle i vores miljøer eller rettere i vores sociale omgivelser".

Eksperternes tredjevigtigste forklaring på overdødeligheden er manglende indflydelse på arbejdet. En enkelt giver kun et enkelt point, men syv af de ni giver mere end 4 point og to giver maksimumpoint.

"Indflydelse på jobbet er absolut vigtigt," kommenterer Lars Iversen. "Det handler om kontrol med tilværelsen, og det er vigtigt for sundheden".

Signild Vallgård: "Risikoen for hjerte-kar-sygdomme, som jo er en dødsårsag med klare sociale forskelle, øges med mindre indflydelse på arbejdet".

Hun mener også, at påstanden, om at de kortuddannede generelt lever et mere presset liv, er rigtig, og at den kan være med til at forklare overdødeligheden:

"Der er større risiko for at rammes af arbejdsløshed, skilsmisse, skader og økonomisk ufare, hvis man er lavtuddannet, og det kan påvirke helbredet", vurderer hun.

Lars Iversen er en anelse mere forbeholden på dette punkt: "Det spiller ganske givet en rolle, men ikke nødvendigvis for dødeligheden", lyder kommentaren på dette punkt.

Alt i alt er der dog bred tilslutning blandt forskerne til, at resourceforklaringen på overdødeligheden er vigtig - med en gennemsnitlig score på 5,1 ud af 7 mulige.

Rige børn lever længst

Folk i Søllerød lever 10 år længere end folk på Nørrebro. De er også mindre syge. **Man kan faktisk gøre meget for de titusinder af lønmodtagere, der går rundt med hjerteproblemer, rygelunger og sukker-syge.** Det er let at undersøge og kan ofte behandles effektivt. Men det vil sundhedsministeren desværre ikke bruge penge på.

FAGLIGT FÆLLES FORBUND

Ulighed er noget vi taler om

3F kampagne...

At de kortuddannede taget under ét, har et fysisk hårdere og mere farligt arbejdsliv end andre, er påvist i masser af undersøgelser. Men spiller det også en rolle for deres dødelighed?

”Man dør jo ikke af en dårlig ryg eller slidgigt”, fastslår Lars Iversen, ”men ulykker spiller selvfølgelig en vis rolle”.

Signild Vallgård peger også i denne forbindelse på den stress, der ofte følger med en lav placering i jobhierarkiet og går ud over helbredet. Desuden kan der være en indirekte effekt, fordi stress og andre arbejdsbelastninger kan føre til en mere usund levevis. Det sidste har hun dog ikke set overbevisende dokumentation for.

Tvilsomme forklaringer

Påstande om, at de kortuddannede skulle have særlig svært ved at forstå sundhedsmyndighedernes advarsler, fik som nævnt, tilslutning hos nogle eksperter, mens andre var uenige. Derfor må man vente, at eksperterne også er delt, når der spørges til, om det har betydning for de kortuddannedes dødelighed. Sådan er det også, men mønstret er alligevel et lidt andet. Forskerne tror gennemgående ikke, at lavt informationsniveau kan forklare særlig meget af dødeligheden, men de vil heller ikke fraskrive det enhver betydning. Charlotta Pisinger finder f.eks., at informationskampagnerne om rygning ikke har været effektive blandt de kortuddannede, selvom budskaberne er klare nok.

På samme måde undgår eksperterne øjensynligt – med Torben Jørgensens ord – de ekstreme svarmuligheder, når der spørges til boligstandardens betydning for dødeligheden: Ikke mange dør før tid på grund af boligernes fysiske standard, og der er – jf. Knud Juels bemærkning – ikke meget vundet ved at flytte postnummer. Alligevel er boligforholdene vævet sammen med miljø, vaner m.m. på en måde, der godt kan tænkes at medvirke til at fastholde mennesker i en usund spiral.

Selvvalgt livsstil som dødsårsag

En mere håndfast uenighed mellem eksperterne opstår først, når der spørges til, om overdødeligheden kan forklares med en livsstil, som de kortuddannede selv har valgt – jf. folkeviddet, der som bekendt fastslår, at den almindeligste selvmordsmetode i Danmark er kniv og gaffel. På intet spørgsmål er spredningen i svar større end på dette, som det fremgår af figur 2.

For alle eksperter er det et faktum, at der er forskel på forskellige samfundsgrupperes livsstil/levevis/sundhedsadfærd. Ifølge Knud Juul vil mindst halvdelen af forskellen i dødelighed forsvinde, hvis alle levede lige sundt.

Rige børn holder længst



Ulighed er noget vi taler om

Mange ufaglærte har et job, hvor de må gøre de samme bevægelser om og om igen. Det er ikke så mærkeligt, at hver femte ufaglærte kvinde har tegn på slidgigt i 40 års alderen. Heller ikke, at lige så mange forlader arbejdsmarkedet som førtidspensionister. Vi kan halvere antallet, der sendes på førtidspension på grund af arbejdsmiljøet. Men det kræver langt mere fokus på dem, der knokler hårdere end de fleste.

www.3f.dk/ulighed



FAGLIGT FÆLLES FORBUND

3F kampagne...

Men "man kan jo altid diskutere, om de selv har valgt den", tilføjer han. Det har de til en vis grad, mener Charlotta Pisinger, "Ingen tvinger dem til at ryge og spise burgere, men social arv, dårlig økonomi, manglende selvtillid til at ændringer, som f.eks. rygestop, kan lykkes (...) har de ikke selv valgt".

Torben Jørgensen bemærker, at "livsstil i min optik ikke er et isoleret, selvstændigt valg men et led i en social kontekst", og også Signild Vallgård finder "så tydelige sociale mønstre i vores adfærd, at det ikke giver mening at sige, at vi vælger helt selv. Vi spiser, drikker, ryger, klæder os, rejser på ferie, indretter vores bolig mm. som dem, der ligner os".

Livsfarlig diskrimination?

Ingen af eksperterne var som nævnt uenige i, at akademikere oftere kommer igennem med deres ønsker i sundhedsvæsenet end folk med en lavere uddannelse. Alligevel er forskelsbehandling i sundhedsvæsenet den forklaring, der rangerer lavest, når de forklarer årsagerne til de kortuddannedes overdødelighed:

Lars Iversen henviser til undersøgelser, der har påvist, at højtuddannede og kortuddannede rent faktisk ikke behandles ens som gruppe betragtet. Han vurderer dog, at den kun har mindre betydning for dødeligheden i det store billede.

Charlotta Pisinger konstaterer også, at det ikke er bevist at der generelt diskrimineres mod kort uddannede: "Det handler også meget om kommunikation, at lægen og patienten ikke taler samme sprog og misforstår hinanden".

Signild Vallgård mener, at forestillingen grundlæggende bygger på en overvurdering af sundhedsvæsenets betydning. Selvom der selvfølgelig er mange, der får reddet livet på sygehuset, så påvirker det ikke befolkningens samlede middellevetid særlig meget. "Sundhedsvæsenets bidrag til at reducere dødeligheden er ikke så stor, at det har afgørende betydning for levetiden", fastslår hun.

Henrik Brønnum-Hansen finder ikke desto mindre grund til at advare om tendensen til social diskrimination: "Problemet kommer i takt med privatisering af hospitaler og private sygeforsikringer, som overvejende tilgodeser de velstillede", forudsiger han.

Livsstil og dødelighed

De ca. 1.000 borgere i Zaperas survey fik de samme spørgsmål i den samme rækkefølge som eksperterne (dog uden chancen for at nuancere deres svar med en kommentar). I figur 3 sammenlignes svarene.

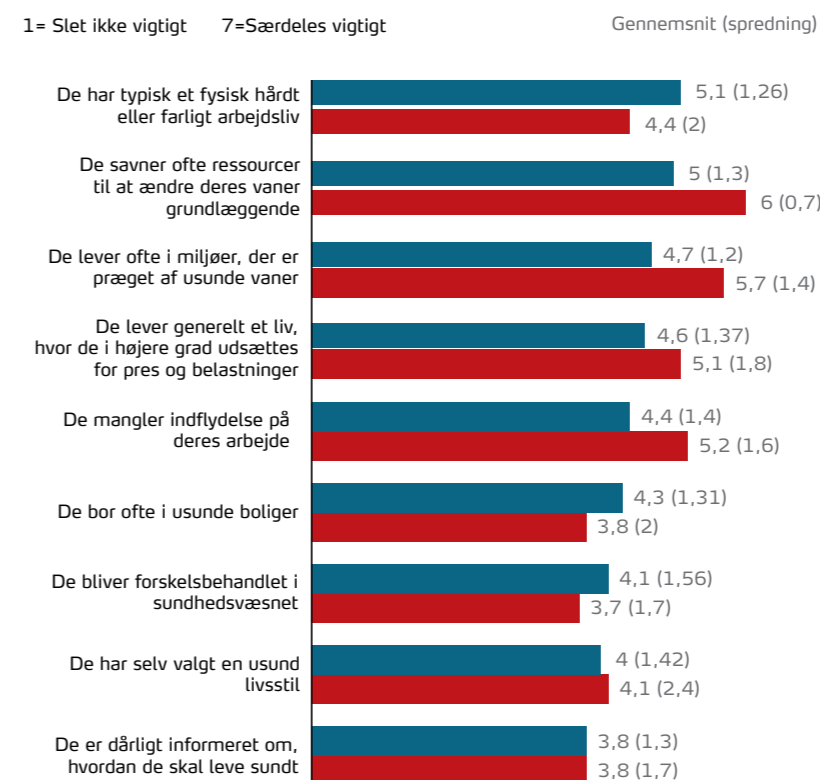
Ulighed er noget vi taler om



3F kampagne...

Figuren viser gennemsnittet i befolkningens svar. Når der i det følgende tales om "befolkningens holdninger" er det altså de gennemsnitlige svar, der refereres til. Gennemsnittet dækker naturligvis over forskellige holdninger, også modsatrettede, der neutraliserer hinanden i en gennemsnitsberegning. Derfor har vi også gengivet spredningen i svarene i parentes: Jo længere dette tal er fra 1, jo større er uenigheden mellem svarpersonerne.

Figur 4
Uenighed i tal



Spørgsmål: Mennesker med lav uddannelse lever i gennemsnit kortere end folk med mere uddannelse bag sig, hvis man ser på gennemsnittet. Vi vil gerne høre din mening om, hvorfor det er sådan. Her kommer en liste med nogle af de grunde, der nævnes i debatten. Kryds et tal mellem 0 og 6 efter, hvor vigtige du mener, disse grunde er for uligheden i sundhed. 0 betyder "Slet ikke vigtigt", 6 betyder "særdeles vigtigt". Sæt et kryds ud for hvert af de nedenstående udsagn. I spørgeskemaet optrådte listen af årsager i en anden rækkefølge (jf. bilag x for spørgeskemaet). For nemheds skyld er svarmulighederne på skalaen fra 0 til 6 konverteret til en skala fra 1 til 7. Svarmuligheden "ved ikke" er udeladt ved beregningen.

Sammenligningen viser, at eksperter og befolkningen som helhed er enige om, at de kortuddannedes eventuelle lavere informationsniveau ikke er én af de vigtige forklaringer på overdødeligheden.

SUNDHEDS tjek

Kampagne om at bekæmpe social ulighed i sundhed

Med det mål at ændre samfundets og en række nøgleaktørers opfattelse af problemet – og pege på realistiske løsninger til forebyggelse og bekæmpelse af ulighedsproblemet i sundhed for ufaglærte i forhold til andre borgere

Centrale budskaber:

Det nytter at prøve at forebygge uligheden på sundhedsområdet. Det individuelle og det kollektive er to sider af samme sag. Det er ikke kun en sag for folk selv – Arbejdsplads, kolleger og sundhedsvæsen kan spille vigtige roller – navnlig hvis de spiller sammen.

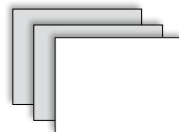
Målgrupper for kampagnen:

Forbundet, afdelinger, tillidsrepræsentanter

Virkemidler:

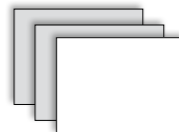
Forbundsinformation og kampagnekommunikation

Info til 3F lokalafdelinger



Foreløbig INFO & Q/A sendt i uge 9
Kampagneinfo afventer...

Info til lokale arbejdspladser



Foreløbig INFO & Q/A sendt i uge 9
Kampagneinfo afventer...

MØDER med tillidsrepræsentanter og virksomheder...

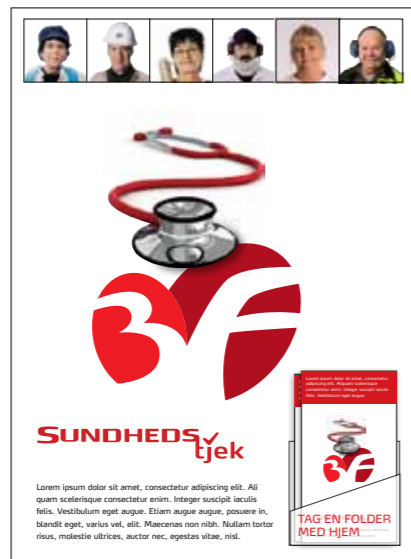


Info Folder



Opfølgings Flyer eller Folder

Kampagneplakat Internt



Kampagneplakat Eksternt



Afkrydnings-SPØRGSMÅL når tjekket gennemføres:

Baggrund og arbejdsstrivsel

Er du ryger?

Drikker du regelmæssigt - mere eller mindre?

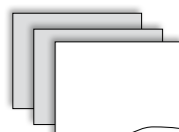
Har du fysiske gener til daglig?

SVARKORT til "dig og din læge":

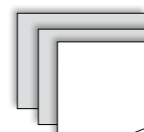
Ved et sundheds-tjek på arbejds ...



Tourbus



RAPPORTER pr. arbejdsplads



SUNDHEDSTJEK 2009 SAMLET RAPPORT

ULIGHED KAN FOREBYGGES

Mere overraskende er måske, at befolkningen heller ikke køber forklaringen om den selvvalgte livsstil, der ellers ofte er blevet trukket frem som hovedforklaring i den offentlige debat. På det punkt er flertallet i befolkningen og eksperterne altså enige.

Diskrimination og nedslidning

Nogle punkter lægger befolkningen derimod mere vægt på end eksperterne. Det gælder forskelsbehandlingen i sundhedsvæsenet, som kom ind på en sidsteplads hos eksperterne, men bliver vurderet som betydningsfuldt af flere i befolkningen.

Det er dog også den af forklaringerne, der er mest folkelig uenighed om. Det er i øvrigt også et af de ganske få steder i undersøgelsen, hvor der er sammenhæng mellem svar og politiske holdninger. Man kunne som udgangspunkt tro, at borgerlige vælgere ville være tilbøjelige til at antage, at ulighedsproblemerne dybest set er et resultat af den enkeltes egne valg, mens venstrefløjsvælgerne i højere grad betonede, at det var samfundets betydning og ansvar. Det er der meget svage tendenser til i svarene generelt, men diskriminationsforklaringen er dog en undtagelse – måske fordi den genopliver de sidste års politiske strid om private sundhedsforsikringer og offentlige tilskud til privathospitaler.

Hvor diskriminationsforklaringen opnår 4,5 point blandt socialdemokraterne (og omtrent det samme blandt SF'erne), vil VK vælgere kun give 3,6 point i gennemsnit for denne forklaring. Dansk Folkepartis vælgere ligger dog præcis på befolkningsgennemsnittet med 4,1 point.

Befolkningen er også betydeligt mere tilbøjelige til at tro, at usunde boliger og et hårdt og farligt arbejdsliv er vigtige forklaringer på overdødeligheden. Som nævnt tidligere ville flere af forskerne kun være med til at inddrage disse forklaringer, hvis de blev forstået i den helt brede forstand, hvor stresspåvirkninger på grund af lav indflydelse på jobbet og begrænsede udfoldelsesmuligheder i boligmiljøet er nøgleordene.

SUNDHEDSTJEK
GRATIS. ANONYMT. HER.

Gammel nok til at høre sandheden?

Blodpropper og andre alvorlige sygdomme kan tit undgås. Men man skal passe på sig selv og kollegaen. Og vide hvor langt der er til farezonen. Bed din tillidsrepræsentant om et gratis sundhedstjek

3Fs pilotkampagne om sundhedstjek på arbejdspladserne brugte i et direkte sprog til medlemmerne

Magtesløshed stresser

Ringende indflydelse på jobbet var som nævnt den tredjevigtigste forklaring for eksperterne, og det er samtidig et af de punkter, hvor afstanden til den almindelige opfattelse i befolkningen er størst.

Eksperterne trækker her på internationale debatter og forskningsresultater fra de senere år, der endnu ikke er almindeligt kendte. Blandt internationale fagfolk argumenterer mange for at forklare den sociale skævhed i sundhed med kroppens reaktioner på psykosociale forhold⁵ - populært sagt stress.

Samtidig forskes der er i disse år intenst i virkningen af langvarig stress. Regeringens Forebyggelseskommission i 2009 gjorde status over denne forskning og fandt det godtgjort, at langvarig stress har betydning for udviklingen af en række af de lidelser, som kortuddannede lider og dør af.⁶

Samtidig bliver det stadig mere veldokumenteret, at det netop er mennesker på bunden af jobhierarkiet, der oftest bliver langvarigt stressede og ikke de overordnede, som et flertal fortsat tror (jf. figur 1). En stor undersøgelse med over 20.000 svarpersoner fra 2007 viste, at den andel, der føler sig meget stresset, er tre gange så stor hos mennesker med lav uddannelse som hos chefer med 20 underordnede.⁷

5

De mest berømte undersøgelser på området er de britiske Whitehall studier. En relevant oversigt over resultaterne findes f.eks. i "Work, Stress and Health - The Whitehall Study II", International Centre for Health and Society/Department of Public Health. University College of London 2004. Se også f.eks. The Social Psychology of Health Disparities. Jason Schnittker and Jane McLeod i Annual Review of Sociology. 2005. Social Status and Health in Humans and Other Animals. Robert Sapolsky. Annual Review of Anthropology 2004 samt Psychosocial Factors and Cardiovascular Disease. Susan A. Eversom Rose og Tené Lewis, Annual Review of Public Health 2005.

6

Forebyggelseskommissionen sammenfattede den eksisterende viden om disse sammenhænge således: "Der er påvist sammenhæng mellem langvarig stress og hjerte-kar-sygdomme, herunder udvikling af iskæmisk hjerte-kar-sygdom. Endvidere har studier vist sammenhæng mellem langvarig stress og depression, modtagelighed for depression, risiko for ulykker, psykisk træthed, dårlig søvnkvalitet samt forværring af eksisterende sygdom som fx allergiske sygdomme og type 2 diabetes. Endelig er sammenhænge mellem langvarig stress og misbrug, kræftsygdomme og smerter i bevægeapparatet under udforskning. Det er veldokumenteret, at langvarig stress er associeret med usund livsstil"

7

Undersøgelsen har også regnet stressfaktorer i privatlivet – som f.eks. sygdom, økonomisk utryghed og partnerproblemer med. For lavt uddannede i beskæftigelse er det dog stressfaktorer i jobbet, der fylder mest. "Stress og placering i job. Hvordan har du det?" Region Midtjylland April 2007.



SUNDHEDS
GRATIS. ANONYMT. HER. **tjek**

A4

Gammel nok til at høre sandheden?

Blodpropper og andre alvorlige sygdomme kan tit undgås. Men man skal passe på sig selv og kollegaen. Og vide hvor langt der er til farezonen. Bed din tillidsrepræsentant om et gratis sundhedstjek

En anden nyere undersøgelse har vist, at 40 pct. af de ufaglærte på det danske arbejdsmarked har så mange stresssymptomer, at der ifølge medicinske eksperter skal gøres noget ved deres problemer. Til sammenligning gjaldt det kun for 18 procent af lederne.⁸ Det er i øvrigt påvist, at stressniveauet er endnu højere hos arbejdsløse. 74 pct. af de der modtager kontanthjælp oplyser, at de oplever et højt stressniveau.⁹

Befolkningen ser heller ikke ud til at lægge så meget vægt på, at kort uddannede ofte lever i miljøer med mere usunde vaner, og den tror i markant mindre grad end eksperterne, at det er manglende ressourcer, der hindrer mange kort uddannede i at udvikle en sundere levevis.

Hvor ved de det fra?

Nu kan man ikke nødvendigvis gå ud fra, at eksperterne altid har ret, mens lægfolk tager fejl. Eksperterne følger ganske vist med i en faglig debat, baseret på internationale forskningsresultater, men som nævnt er det langt fra alle spørgsmål, der kan afgøres definitivt med entydige fakta. Man kan måske nok fastslå f.eks., at evnen til at udvikle en sund levevis beror på en række faktorer som den enkeltes viden, motivation og psykiske/materielle ressourcer sammen med ydre rammer og holdninger i omgivelserne, men det kan næppe bevises endeligt, hvor stærkt de enkelte faktorer vejer, bl.a. fordi de påvirker hinanden indbyrdes.

Omvendt har alle mennesker erfaringer at trække på i en sådan diskussion. Rygere har f.eks. en viden om, hvorfor de begyndte at ryge og er fortsat med det. De vil typisk også have diskuteret sagen med mange forskellige mennesker igennem tiden. Og når det kommer til et spørgsmål som diskrimination i sundhedssystemet, er eksperterne ikke nødvendigvis dem, der ved mest. De hører hverken til de befolkningsgrupper, der diskrimineres imod eller det sundhedspersonale, der bevidst eller ubevidst er ansvarlig for forskelsbehandlingen.

Derfor er det interessant at undersøge, hvorfra befolkningen har sine opfattelser af problemet ulighed i sundhed. Vi har i undersøgelsen forsøgt at skelne mellem dem, der især bygger på erfaringer fra mennesker tæt på, dem der har viden med fra deres uddannelse og dem, der mest kender til problemet fra medierne.

8

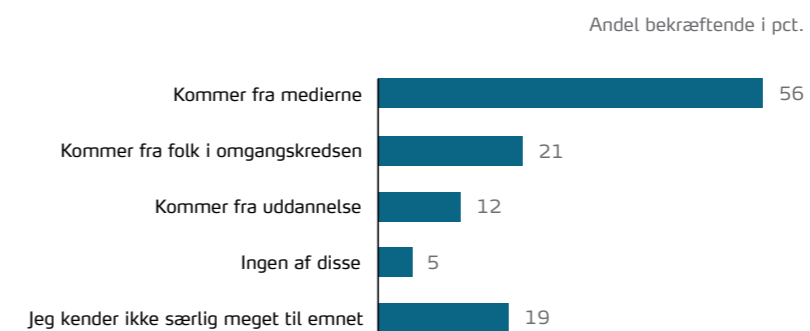
Analyse Danmark for A4. August 2007.

9

Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. region hovedstaden. forskningscenter for forebyggelse og sundhed.



**Figur 5 :
Kilden til viden**



Spørgsmål: "Sidst vil vi gerne vide, hvor du har hørt om ulighederne på sundhedsområdet. Sæt kryds ud for de muligheder, der passer bedst. Du må gerne sætte flere kryds."

Note: Svarmulighederne "Husker det ikke" er udeladt i oversigten.

Det er altså helt overvejende medierne, som har givet befolkningen den viden, de har. Kun hver ottende har lært om sagen under deres uddannelse – mens ca. hver fjerde har viden fra mere personlige kilder.

Ca. hver femte føler sig ikke velinformeret om emnet, hvilket er med til at forklare de mange usikre svar på nogle af spørgsmålene.

Man kunne formode, at det især var de kortuddannede, der havde deres viden fra personlige kilder i omgangskredsen, mens andre grupper i højere grad baserer deres opfattelser på andenhåndsviden.



Figur 6:
Kilder til viden fordelt på uddannelse

	Grundskole	Gymnasial	Erfvervs-faglig	Kort vid.	Mellemlang vid.	Lang vid.
Kommer fra medieerne	50	50	58	61	63	69
Kommer fra folk i omgangskredsen	21	26	20	18	22	13
Kommer fra uddannelse	6	20	7	16	30	18
Jeg kender ikke særlig meget til emnet	21	23	20	16	11	11

Andel bekræftende i pct.

Det er der – som de fremgår af tabellen – lidt om, men ikke meget. De kortest uddannede har i højere grad viden fra personlige bekendte end dem med lang videregående uddannelse, men sammenligner man i stedet med de mellemuddannede, så forsvinder forskellen.

Små demografiske variationer

Der er meget små demografiske variationer i svarene, der er blevet analyseret på dimensionerne køn, over/under 45, landsdel, uddannelse samt politisk orientering og sundhedsinteresse. Mest bemærkelsesværdigt er måske, at kvinderne og +45-årige lægger mere vægt på samtlige forklaringer på overdødeligheden end hhv. mændene og svarpersoner under 45 år. Der er dog vanskeligt at finde variationer, der er større end ca. ¼ point på vores 7-punktsskala. Når man f.eks. spørger de kortuddannede, om kortuddannede i almindelighed har problemer med at forstå sundhedsmyndighedernes advarsler, så svarer de f.eks. nogenlunde som de andre uddannelsesgrupper.

Den eneste rigtige afvigelse fra mønstret er spørgsmålet om, hvor vigtigt det er for overdødeligheden, at de kortuddannede i højere grad udsættes for pres og belastninger i livet. Det tillægger de videreuddannede forholdsvis mindre vægt end de kortuddannede selv: 3,9 mod 4,7 point på vores 7-punktsskala. De kortuddannede er på dette punkt mere enige med eksperterne, end de højtuddannede er. Som vist i figur 2 gav eksperterne 5,1 procent – og en fjerdeplads – til denne forklaring.



3Fs kampagne om sundhedstjek på arbejdspladserne besøgte bl.a. SAS i samarbejde med xxx afdeling

Konklusion

Der er store forskelle på, hvordan befolkningen i almindelighed opfatter ulighed på sundhedsområdet og de opfattelser, der dominerer blandt fagfolk.

Eksperterne forklarer i høj grad usund levevis hos kortuddannede med manglende ressourcer. Det gør befolkningen i mindre grad. Eksperterne tillægger det også større betydning, at vaner ofte er fælles for grupper f.eks. i familien eller blandt kolleger. Den enkelte kan ikke bare beslutte at ændre dem. Det kræver ressourcer – i ordets brede forstand – at lave om på dem.

Ifølge eksperterne skal de kortuddannedes overdødelighed (udover de kendte forskelle i kost-, motions- og rygevaner) bl.a. forklares med, at de er mere plaget af stress. Den almindelige mening i befolkningen er her, at de veluddannede i toppen af jobhierarkiet er de mest stressede. Det passer ikke, siger eksperterne, der ser manglende indflydelse på jobbet som en vigtig forklaring på forhøjet stress hos mange kortuddannede.

Befolkningen lægger til gengæld mere vægt end eksperterne på fysisk nedslidning og farligt arbejde, når de udpeger årsagen til de kortuddannedes overdødelighed. De tillægger også forskelsbehandling i sundhedsvæsenet en større rolle end eksperterne.

Hverken i befolkningen eller hos eksperterne er der større tiltro til, at uligheden kan afskaffes ved at informere de kortuddannede bedre. Der synes også at være små forskelle i motivationen til at leve sundt. Der er kun en lille forskel på, hvor meget kortuddannede og de højtuddannede går op i sundhed.

Forskellene mellem fagfolkenes opfattelser og den almindelige mening skyldes især, at vigtige forskningsresultater fra de senere år ikke har bundfældet sig i den offentlige debat. Det er nemlig herfra (og ikke fra personlige erfaring eller uddannelse), at det store flertal kender til ulighed i sundhed. Det sætter et stort spørgsmålstejn ved, om medierne har gjort nok for at oplyse om og debattere et af velfærdssamfundets alvorligste ulighedsproblemer.

Årsagsundersøgelsen viser også, at der er ganske små forskelle i, hvordan venstrefløjens vælgere og borgerlige vælgere opfatter ulighedsproblemet. Forklaringen er nok, at hverken den ene eller den anden fløj for alvor har søgt at sætte problemet på den offentlige dagsorden.



Bilag



Ulighed i sundhed – nogle fakta

En aktuel beskrivelse af uligheden i sundhed på basis af uddannelse ser sådan ud:

Mennesker med færre end 10 års skolegang lever i gennemsnit tre år kortere end dem med over 13 års skolegang. En 30-årig lavtuddannet mand kan f.eks. forvente at leve fire år mindre end en højtuddannet. De lavt uddannedes overdødelighed er omtrent dobbelt så stor som de højtuddannedes – (overdødelighedsgruppen er dem, der dør før gennemsnittet af deres jævnaldrende).¹⁰

Forskellen mellem de kortuddannedes og de langvarigt uddannedes levetid er voksende.¹¹ Dette har været tilfældet igennem den sidste generation. Fra begyndelsen af 80'erne til begyndelsen af 90'erne steg middellevetiden stærkt især blandt folk med videreuddannelse, mens den faldt for de lavt uddannede. Siden er den vokset for begge grupper, men det går ca. dobbelt så hurtigt for de videreuddannede. Forskellen vokser hurtigere i Danmark end i mange andre højtudviklede lande.¹²

Lavt uddannede mænd kan – i sammenligning med de højtuddannede - se frem til otte færre leveår uden belastende, langvarig sygdom. For kvindernes vedkommende er tallet syv år. Følgende diagnoser optræder mere end dobbelt så ofte hos lavt uddannede som højtuddannede: Astma, forhøjet blodtryk, kronisk angst og depression, kronisk bronkitis, diabetes, knogleskørhed, slidgigt, inkontinens, hjertekar-sygdom.¹³

10

Kilden til alle data er – hvor ikke andet anføres - Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Knud Juel, Jan Sørensen, Henrik Brønnum-Hansen. 2006.

11

Lavt uddannede dør først, SIF. Juni 2007 samt Henrik Brønnum-Hansen, i Ugeskrift for Læger 168/21, 2006.

12

Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries - Johan P Mackenbach mfl. I International Journal of Epidemiology 2003;32:830-837

13

Statens Institut for Folkesundhed, SUSY –databasen. Data fra 2005 undersøgelsen.

Fem somatiske sygdomme - kronisk obstruktiv lungesygdom, iskæmisk hjertesygdom, apopleksi, lungekræft og diabetes udgør 42 pct. af de ulighedsskabende sygdomme. Fem psykiske diagnoser udgør en næsten lige så stor del (37 pct.) – depression, alkoholmisbrug, stofmisbrug, skizofreni og demens inklusive Alzheimer. Disse ti diagnoser står for 79 pct. af den samlede samfundsmæssige ulighed i sygdom.¹⁴

Kortuddannede står for forholdsmæssigt langt flere lægekonsultationer, hospitalsindlæggelser, fraværsdage og førtidspensioner end højtuddannede. Hvis de kortuddannede brugte sundhedsvæsenet lige så lidt som de højtuddannede, ville sundhedsudgifterne falde med 3,2 mia. kroner årligt. I tallet er fratrukket de ca. 600 mio. årligt, som de kortuddannede "sparer" sundhedsvæsenet for ved at dø tidligere end andre.

De kortuddannedes ekstra sygelighed koster samfundet et årligt produktionstab på omtrent 18 mia. kr. i 2005 (hvis man anvender den såkaldte human kapital metode). Ifølge beregninger fra Arbejderbevægelsens Erhvervsråd¹⁵ mister ufaglærte i gennemsnit 7,1 potentielle arbejdsår, mens personer med en videregående uddannelse "kun" mister 2,2 år over et livsforløb. Hvis alle uddannelsesgrupper havde samme lave risiko for førtidspensionering og tidlig død, som personer med en videregående uddannelse, ville beskæftigelsen potentielt kunne øges med 115.000 personer på sigt, hvilket er mere end dobbelt så meget, som man forudser, at en forhøjelse af efterløns- og pensionsalderen vil give.

Andelen af lavt uddannede, der motionerer mere end fire timer pr. uge, er halvt så stor som blandt højtuddannede. Andelen, der spiser frugt og grønt dagligt, er halvt så stor, mens andelen af svært overvægtige er dobbelt så stor. Andelen af lavt uddannede rygere er 44 pct., mod 25 pct. blandt de højtuddannede. Andelen med et overforbrug af alkohol er omtrent det samme, men lavt uddannede dør oftere af deres overforbrug end folk i de højt uddannede befolkningsgrupper.

14

At prioritere ulighed i sundhed. Analysestrategi og resultater for Københavns Kommune. Diderichsen, Harbroe, Nygaard

15

3F Samfundsanalyse. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd marts 2007.

Hvis man tager i betragtning at lavt uddannede også i gennemsnit ryger mere og er mindre fysisk aktive i fritiden, så kan det i sig selv forklare en stor del af de lavt uddannedes overrepræsentation blandt syge og for tidligt døde. Rygning er langt den vigtigste enkeltfaktor. Rygningen alene kan forklare over 40 pct. af de lavt uddannedes større sygelighed, mens overvægt og fedme kun forklarer godt 7 pct.¹⁶

Den sociale ulighed i sundhed handler i høj om mænd. Den absolutte forskel i dødelighed for mænd hænger stærkere sammen med socialklasse, end den gør hos kvinder. Og fordi mænd generelt har en meget højere dødelighed – højtuddannede mænd har en dødelighed, der ligger nær lavt uddannede kvinder – så handler det samlede problem om ulighed i sundhed måske for to tredjedele vedkommende om mænd.

Ulige sundhed i perspektiv

Af Poul Erik Skov Christensen, forbundsformand,
og professor Finn Diderichsen,

Danskerne skal være et af de ti folk i verden, der lever længst i 2020. Det mål satte statsminister Lars Løkke Rasmussen for sig selv og sit lederskab i talen til Venstres landsmøde i november sidste år om Den Danske Drøm.

Målet giver god menneskelig mening. Hvorfor skal vi danskere leve kortere end svenskere og nordmænd? Samtidig er levealderen (den såkaldte middellevetid) et godt mål for, hvor godt vi har det i bredere forstand. Den lave levealder er et tegn på – hvis befolkningen i øvrigt ikke er ramt af krig eller jordskælv – at forholdsvis mange lider af sygdom, der nedsætter deres bevægelsesfrihed, samvær med andre og livskvalitet i almindelighed. De kan hverken tage på fisketur eller på shopping eller lægge sig på knæ på gulvet for at lege med børnebørnene. De taber pusten. Det gør for ondt. De bliver udmattede og deprimerede.

Målet om levetiden, passer også sammen med nogle af de hårde mål, som statsministeren satte sig i samme tale. Dem, der handler om vores konkurrenceevne som nation i en globaliseret verden. Et af de centrale er at øge arbejdsstyrken. Det er en kendsgerning, at sygdom spiller en stor rolle her. Fordi vi mister mange gode arbejdsår på grund af sygdom i løbet af arbejdslivet. Men også fordi sygdom er med til at udstøde nogle og få andre til at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet på et tidspunkt, hvor samfundet godt kunne bruge dem.

Så hatten af for Løkkes mål. Men hvordan når vi det? Danmark er i løbet af den sidste generation faldet ud af superligaen, når det gælder levetid. Hvor vi i 1950 lå på en 5. plads i verden, lå vi i 2008 på en 22. plads. Selvom levetiden i Danmark er vokset pænt fra midten af 90'erne, så vokser den ikke så hurtigt som i mange af de andre lande i OECD. I årene 2001-2005 havde 14 lande større gennemsnitlig stigningstakt end Danmark og kun 4 en lavere. Hvis målet er at komme i klasse med de bedste, er vi end ikke på vej.

Mange vil mene, at udviklingen er et bevis på, at vi skal bruge flere penge på sundhedsvæsenet. Det skal vi muligvis, men bedre behandlinger bringer os kun et lille stykke ad vejen. Kun mellem 10 og 20 procent af de for tidlige dødsfald skyldes sygdomme, som der er findes gode, lægelige svar på. Større bevillinger til hospitalerne mv. er altså ikke svaret.

16

Finn Diderichsen mfl. "At prioritere ulighed" – s. 19.

Kronik bragt i Politiken den 11. marts 2010

Derimod kan og bør vi gøre meget mere for at fremme sundhed og mindske sygdom i befolkningen. Især blandt den tredjedel af befolkningen, der bærer størstedelen af sygdomsbyrden.

Den danske overdødelighed findes navnlig blandt midaldrende mellem 35 og 74. Der er med andre ord forholdsvis flere, der stiller træskoene i deres bedste alder her end i andre lande. Risikoen for at dø som midaldrende er f.eks. 50 procent højere i Danmark end i Sverige.

Risikoen er især stor, hvis man hører til dem, der ikke har en erhvervsuddannelse. Blandt de ufaglærte er dødeligheden blandt midaldrende så høj, at hver ufaglært i gennemsnit får skåret 2 år af sit arbejdsliv. Det er 2 ½ gange så meget som den gruppe, der har videregående uddannelse. Hvis de ufaglærtes dødelighed kunne komme på niveau med de bedst uddannede, ville arbejdsstyrken være 21.000 mand stærkere.

Som sagt er den høje dødelighed også et symptom på mere generel syg- og dårligdom. Indregner man de arbejdsår, der går tabt på grund førtidspension når vi op på 7,1 år for ufaglærte og 2,2 år for dem med videregående uddannelse.¹⁷ Hertil kan man som sagt lægge det skrantende helbred, der får mange til at gå på efterløn for at få et par gode år i slutningen af livet samt det sygefravær gennem årene, der ikke er så alvorligt, at det fører til førtidspension.

Alt i alt er der altså meget at vinde i både arbejdsår, leveår og livskvalitet hvis man kan fremme sundheden hos de ufaglærte. Og så må vi ikke glemme statsministeren. Vi får aldrig levetiden hos danskernes i top, hvis de ufaglærte stadig skraber bunden.

Hvor svært kan det være? De ufaglærte skal bare til at tage sig sammen og cykle noget mere og ryge noget mindre. Så når statsministeren i mål og vi bliver alle sammen mod sundere, gladere og mere velhavende.

Vi kan godt vedtage, at tingene hænger så simpelt sammen og overlade ansvaret til den enkelte. Det er det, vi har gjort hidtil. Det var så også den medicin, der ikke virkede.

17

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af IDA, Undervisningsministeriet uddannelsesprofil 2003 samt befolkningsprognose fra DREAM 2006.

En anden tilgang er at gå ind og se på de faktorer, der er med til at fremme og vedligeholde en usund levevis i nogle befolkningsgrupper. Der er næppe tvivl om, at en del af forklaringen handler om, at ikke alle går lige let igennem livet. Nogle oplever mange slags nederlag og belastninger i familien, på arbejdet osv. i livets løb. Den psykiske belastning er i sig selv med til at fremme sygdom. Den er også med til at holde liv i de dårlige vaner. Forebyggelseskommissionen sammenfattede den eksisterende viden om disse sammenhænge således:

”Der er påvist sammenhæng mellem langvarig stress og hjerte-karsygdomme, herunder udvikling af iskæmisk hjerte-kar-sygdom. Endvidere har studier vist sammenhæng mellem langvarig stress og depression, modtagelighed for depression, risiko for ulykker, psykisk træthed, dårlig søvnkvalitet samt forværring af eksisterende sygdom som fx allergiske sygdomme og type 2 diabetes. Endelig er sammenhænge mellem langvarig stress og misbrug, kræftsygdomme og smerter i bevægeapparatet under udforskning. Det er veldokumenteret, at langvarig stress er associeret med usund livsstil”.¹⁸

Opgaven består derfor i at finde ud af, hvordan samfundet bedst kan bakke op bag sundheden blandt mennesker med forholdsvis store belastninger og forholdsvis små ressourcer, som der især er mange af blandt ”de ufaglærte”. Der er både brug for opbakning i de nære omgivelser, ikke mindst arbejdspladsen, men sundheds-væsnen kunne også bidrage mere konstruktivt end i dag. Der er også meget stærke argumenter for at ændre nogle af samfundets overordnede strukturer. En mere effektiv tobaksløvgivning vil f.eks. helt klart gavne denne gruppe mest.

På arbejdspladserne spirer bevidstheden frem. 3F sendte f.eks. sidste år en bus ud til 10 arbejdspladser for at tjekke medlemmer for tegn på forhøjet blodtryk og kolesterol, sukker i blodet og nedsat lungefunktion – alt sammen varslere om sygdom, der hvert år tager livet af mange af 3Fs medlemmer. Bussen fik en særdeles positiv modtagelse af virksomhederne og mange steder stod medarbejderne såmænd i kø for at blive kigget efter.

Meningen med initiativet var ikke at klandre virksomhederne for medarbejdernes i mange tilfælde miserable helbred, men at inddrage dem i et fremadrettet arbejde. Den gode vilje var stor over alt. Det er også klart, at der sker noget i en gruppe af kollegaer, når det går op for dem, at det altså er 60 procent, der har problemer med blodtrykket. Derimod er det ikke let at omsætte ny viden og god vilje i fremadrettede initiativer, der holder i det lange løb. Her har vi stadig et stort arbejde foran os for at lære af de bedre erfaringer i verden og selv udvikle nye metoder.

18

Vi kan leve længere og sundere. Rapport fra Forebyggelseskommissionen 2009. side 32

Blandt de 650, der blev sundhedstjekket, var der så problematiske tegn for de 107, at de blev sendt videre til deres egen læge med en opfordring til vedkommende om at foretage en grundigere undersøgelse og evt. sætte behandling i gang. Da sundhedstjekket foregik anonymt, ved vi desværre ikke, hvordan det videre gik de 107. Men flere mundtlige rapporter tyder på, at en hel del af dem mødte ringe forståelse hos deres læge. Det kan 3Ferne bogstaveligt talt ikke leve med. Èt er at lægerne ikke vil bruge deres begrænsede kræfter på at teste de raske, når de syge kræver deres opmærksomhed. Men hvis folk henvender sig med konkrete tegn på at noget er ved at gå galt for dem, så må sundhedsvæsenet være parat.

Ikke mindst på hjerte-kar området har vi i dag meget effektive metoder til at tage alvorlig sygdom i opløbet.

I det lange perspektiv er det heller ikke hensigtsmæssigt, at det er de faglige organisationer, der selv skal teste deres medlemmer, selvom vores erfaringer viser, at vi får næsten alle med når testen foregår på arbejdspladsen og tillidsrepræsentanten bakker op. Det er en opgave, der snarere hører hjemme i kommunalt regi – med det faglige system i en hjælpende rolle. Et rundspørge, som 3F netop har foretaget til alle landets kommuner om deres indsats mod sundhedsuligheden viser da også, at der faktisk er interesse for at tage opgaver på dette område op. Men der er som sagt brug for at få udviklet og afprøvet de helt rigtige modeller for det, hvilket udmærket kan ske mens Christiansborg og regeringen finder en løsning på den økonomiske side af sagen.

Også på andre punkter har vi behov for at stramme behandlingssystemet op, hvis vi vil have uligheden i sundhed ned. Vi vil ikke skjule, at den tiltagende kommercielle/private finansiering af sundhedsvæsenet bekymrer os – sporerne får udlandfet med eksperimenter i den retning er entydigt skræmmende. Men også når vi ser på de mindre politisk kontroversielle emner, så er der faktisk et arbejde at gøre.

Behandlingen af psykiske diagnoser er nok det område, hvor vi har størst ulige fordelt behov som ikke bliver tilgodeset. Samtidig ved vi, at de kort uddannede klarer sig dårligere i behandlingssystemet når det gælder kræft- og hjertediagnoser. De har også sværere ved at redede sig igennem det ofte ressourcekrævende rehabiliteringsforløb bagefter. Vi kender i dag kun en del af forklaringen på, hvorfor sundhedsvæsenet hhv. kommunerne har svært ved at leve op til forventningerne om at give borgerne en lige behandling. Forhåbentlig kan det forestående review af ulighedsproblematikken, som Sundhedsstyrelsen netop har sat i gang ivære med til at gøre os klogere her.

På andre punkter er vi ikke bare kloge nok til at komme i gang – vi burde også være for kloge til at vente længere. Det gælder bl.a. på forebyggelsesområdet, hvor vi sidste år fik en række velunderbyggede anbefalinger fra eksperter i Forebyggelseskommissionen, som regeringen selv havde udpeget. Desværre er forsøget på at følge kommissionens anbefalinger op politisk været meget skuffende. Som formanden kommissionens formand Mette Wier bemærkede sidste år, er »regeringen gået systematisk uden om de forslag fra Forebyggelseskommissionen, der virker».¹⁹

At regeringen f.eks. afstår fra at gøre noget reelt ved tobakken er simpelthen en katastrofe set i vores perspektiv. Hovedparten af ulighedssygdommene er på den ene eller anden måde relateret til rygning (som sagt ofte i kombination med psykiske belastning og stress).

Det er også i modstrid med de løfter, som regeringen tidligere har givet. I sin åbningstale til folketinget i oktober 2007 før nedsættelsen af kommissionen konstaterede daværende statsminister Anders Fogh Rasmussen, at "der er stigende ulighed, når det gælder sundhed." Han lovede at forstærke indsatsen for at forebygge sundhedsmæssige problemer blandt de udsatte grupper og at udarbejde en national handlingsplan. Alligevel måtte regeringens øverste rådgiver på sundhedsområdet, medicinaldirektør Jesper Fisker så sent som i oktober sidste åbent medgive, at vi ikke rigtig foretager os noget:

"Den sundhedsmæssige ulighed stiger endnu mere end den økonomiske sociale ulighed. De færreste politikere går til valg på øget ulighed. Men alligevel har vi valgt ikke at gøre noget ved det, mens lande som Sverige er gået mere radikalt til værks", sagde Jesper Fisker.²⁰

Desværre er det ikke første gang, at regeringsbjerget barsler med en forebyggelsesmus. Det samme skete med det såkaldte folkesundhedsprogram i fra 2001, der skulle have sikret løbende fokus og opfølgning på de problemer, vi stadig ikke rigtig har fået fat på. Et andet eksempel på det samme var regeringens veldokumenterede og internationalt berømmede handlingsplan mod overvægt, der desværre aldrig blev ført ud i livet. Det betaler 3Fs medlemmer og andre prisen for i dag.

19

Mette Wier interview i A4. 30. nov. 2009.

20

Sundhedsstyrelsens direktør, Jesper Fisker iflg. Ritzau 20 oktober 2009

En forklaring er måske, at regeringen har svært ved at overvinde ideologisk modstand i egne rækker, hvor Thor Petersen mfl. åbenbart ser på de røde radiser i børnehavernes frokostordning med stor mistænksomhed. En anden forklaring kan være, at regeringen frygter modstand i befolkningen. Vi tror at man i dag vil kunne overvind én stor del af denne modvilje med dialog, og vi tror at det er muligt at skabe en langt tydeligere opbakning til forebyggelsespolitikken i samfundet, hvis man gør noget for det. Selvfølgelig bliver det ikke sjovt for de VK-politikere, der skal forsvare en skrapere alkoholpolitik over for unge ude på de tekniske skoler i næste valgkamp. Især ikke, hvis andre partier kører frihjul. Men det ville hjælpe, hvis regeringen gik ud og søgte opbakning hos faglige organisationer og hos de unges egne rollemodeller til et opgør med den hæmningsløse drukkultur.

En anden metode kunne være at arrangere en national folkehøring om, hvad vi – virksomheder, institutioner, familier, organisationer, sundhedspersonale og politikere – kan og bør gøre for at nå statsministerens mål. Metoden er brugt tidligere med stor succes og offentlig opmærksomhed til vise, hvor danskerne stod i europapolitikken. De undersøgelser, som bl.a. TrygFonden har foretaget i de senere år, tyder på, at vælgerne ønsker mere handling. Spørgsmålet er mest om statsministeren tør give bolden op endnu engang – og om han formår at gribe den, når den kommer tilbage. Hvis der skal skabes troværdighed om regeringens reelle vilje til forandring på dette punkt, må han personligt stille sig i spidsen. Ellers vil målet om at gøre danskerne til en af verdens sundeste folk forblive en fjern drøm.

*Teksten er bragt som kronik i Politiken under overskriften
"Skæv fordeling af sundheden truer økonomien 11. marts 2010*

