

# Ulighed i sundhed – en særlig nordisk udfordring?

Finn Diderichsen

Professor em., Københavns Universitet och Fundação Oswaldo Cruz PE.

E-post: fidi@sund.ku.dk.

Ulighed i sundhed er af Bo Könberg blevet løftet frem som et særligt nordisk samarbejdsområde. Den nordiske velfærdsstat står og falder med en høj beskæftigelse, men ulighed i sundhed handler om en alt stærkere kobling mellem kort uddannelse, ingen eller usikker beskæftigelse og dårligt helbred. Og det skaber vanskeligheder for den velfærdsstat som med sociale investeringer vil satse på en sund og veluddannet befolkning. For uddannelse hæmmes af dårligt helbred og rehabilitering hæmmes af en dårlig uddannelse. Sociale investeringer kan øge den sociale mobilitet men om ikke ulighed i levevilkår mindskes, så handler social mobilitet om lige muligheder til at opnå ulige levevilkår og helbred. Og om ikke ressourcer til skole og sundhedsvæsen fordeles mere efter behov og mindre i forhold til efterspørgsel kan den onde cirkel af kort uddannelse, dårlig helbred og usikker beskæftigelse ikke brydes.

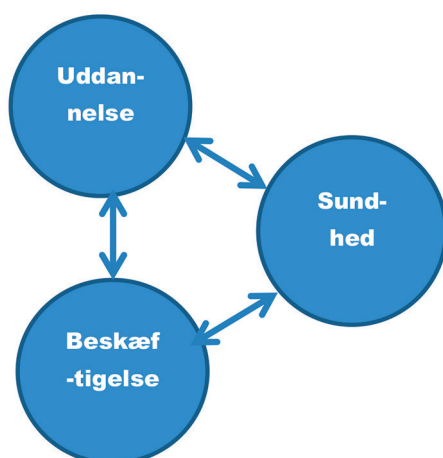
Health inequality was by Nordic Council of Ministers selected as a health policy issue where Nordic collaboration is needed. The Nordic welfare state model can only be sustained with a high employment rate, but growing inequalities in health means that low education, ill health and no employment are increasingly interdependent. That is a challenge for a social investment welfare state that aims at investing in the population's education and health. Because educational achievements and hindered by ill health, and rehabilitation by low education. Social investments can raise social mobility but without less inequality in living conditions it means equal opportunity to achieve very unequal living conditions and health. And without making resource allocation to education and health care driven more by need than demand the vicious circle of low education, ill health and no job not be broken.

I sin udredning om særlige sundhedspolitiske samarbejdsbehov mellem de Nordiske lande løftede Bo Könberg – tidligere socialminister og lands-tingråd i Stockholm – frem ulighed i sundhed som et sådant område (Könberg 2014). Det kan der være flere gode grunde til. De nordiske lande har længe haft en relativt høj ambitionsniveau i deres fordelingspolitik, selvom de seneste års udvikling har gjort at vi nu har en indkomstulighed som er næsten lige så stor som hvad man finder i kontinental Europa (Valkonen & Vihrälä 2014). Det fællesnordiske forskningsinteresse har været vedholdende siden der for 33 år siden blev holdt det første nordiske forskermøde om emnet på Nordiska Hälsovårdshögkolan. Den nationale politiske interesse for sagen har derimod i høj grad vekslet fra regering til regering i de forskellige lande. Det hindrer ikke at den nordiske velfærdsmodel rent objektivt har et interesse i at forstå og håndtere de mekanismer som skaber ulighed i sundhed. Det er der bl.a. en

bestemt god grund til.

### Truer bæredygtighed i den nordiske velfærdsmodel

Den nordiske velfærdsmodels bæredygtighed står og falder med en høj beskæftigelsesniveau. Men en høj beskæftigelse forudsætter ikke kun et stort udbud af arbejdspladser, men også at befolkningens arbejdsevne matcher kravene. Det kræver i næste led en god uddannelse og et godt helbred – for *hele* befolkningen. Dette er ikke nogen ny indsigt og de nordiske velfærdsstater har i mange år prioriteret uddannelse og sundhed – også ud fra det motiv at de var vigtige forudsætninger for samfundsudviklingen - det som nu med et mere økonomisk sprogbrug kaldes sociale investeringer. Begrebet har dog fået ny aktualitet da det nu også mere eksplicit ses som en måde at forebygge marginalisering, fx i form af den fond som Norrköpings kommune etablerede allerede 2010 (Hultkrantz 2015). Men sociale investeringer i uddannelse og sund-



Figur 1. Når ulighed i sundhed vokser betyder det at uddannelse, sundhed og beskæftigelse bliver alt stærkere associeret.

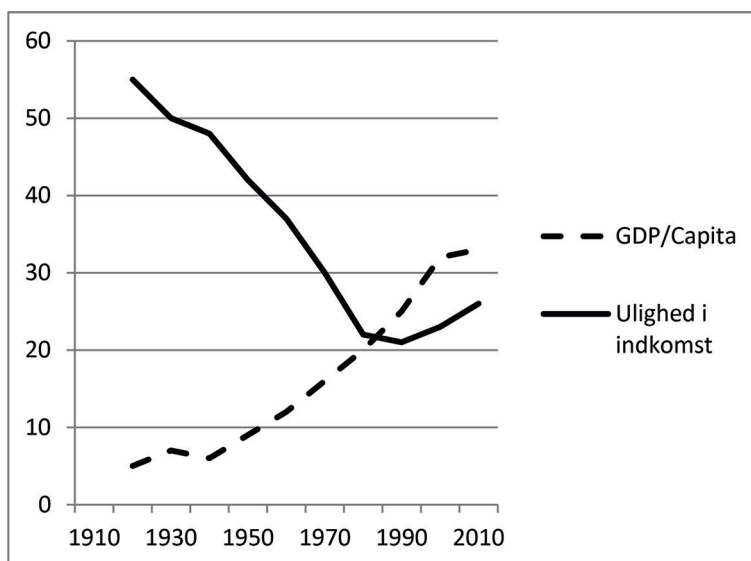
hed er blevet vanskeligere fordi de to faktorer hænger alt stærkere sammen.

Den voksende ulighed i sundhed handler om at associationen mellem kort uddannelse og dårligt helbred bliver alt stærkere, dvs. de to forhold findes relativt alt oftere hos samme person. I takt med at arbejdsmarkedet forandres og kravene øger, får denne gruppe, som både har kort eller ingen uddannelse og samtidig nedsat arbejdsevne på grund af dårligt helbred, tiltagende svært for at få – og fastholde – et arbejde.

Der er mange mekanismer som sammenbinder kort uddannelse og svigtende helbred. Børn med en svag kognitiv udvikling i førskolealderen får oftere svært ved at klare kravene i skolen. Det leder til psykiske symptomer i skolealderen og det forstærker vanskelighederne med at gennemføre et længere uddannelsesforløb og dermed sværere at klare sig på arbejds-

markedet (Gustafsson 2010). At få patienter tilbage i arbejde efter en alvorlig sygdom med længere tids sygefravær er en central opgave i rehabiliteringen, men vi kan se at patientens uddannelsesniveau spiller en helt afgørende rolle for om man lykkes eller ej (Thielen 2014). Samtidig viser studier at helbredsforhold blandt de som står udenfor arbejdsmarkedet er blevet relativt forværret sammenlignet med de som er i arbejde, ikke mindst hos de som er på behovsprøvet kontanthjælp (Andersen 2016). Som illustreret i figur 1 kan problemet som udfordrer den nordiske velfærdsmodel beskrives som at styrken i sammenhængen mellem uddannelse, helbred og beskæftigelse er blevet alt stærkere. Hvilket altså også kan beskrives som at den sociale ulighed i sundhed forstærkes.

Denne udvikling har tydeliggjort behovet af en tværsektoriel velfærds-politik som skaber en tæt sammen-



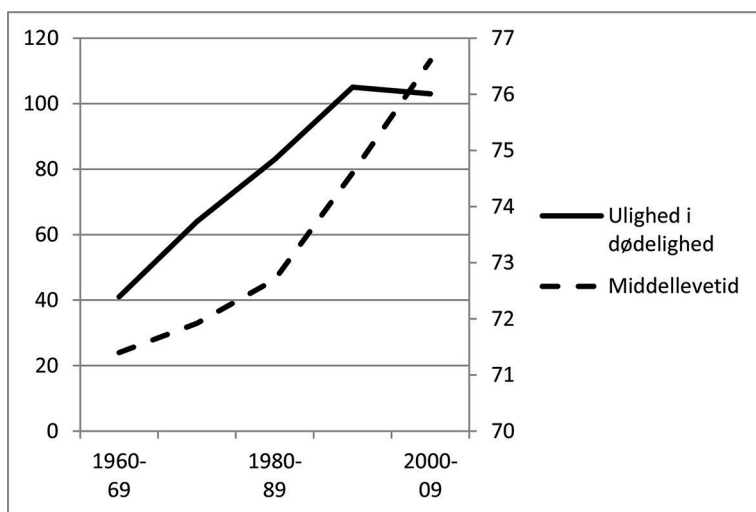
Figur 2. Økonomisk vækst (GDP per indbygger pristalsreguleret) og økonomisk ulighed (Gini-koefficient \* 100) i Danmark 1920-2010.

hæng mellem arbejdsmarkeds-, uddannelses- og sundhedspolitik. Det er jo ikke nogen helt ny indsigt, men vejen fra den intellektuelle forståelse i de snart 40 år gamle Health-for-All dokumenter fra WHO og til dagens konkrete politik i små nordiske kommuner har været lang. Svenske kommuner og landstings aktuelle ”Samling för social hållbarhet” illustrerer heldigvis at man er kommet langt. En empirisk undersøgelse af de nordiske kommuners arbejde med ulighed i sundhed (Diderichsen m.fl. 2015) har vist at den tilgang som tager et bredt tværsektorielt udgangspunkt for at skabe bæredygtighed i velfærdspolitikken, og ikke fokuserer på det mere afgrænsede formål at mindske ulighed i sundhed, har haft størst succes med at involvere mange politikområder og at – vigtigst af alt – få dem at føle et fælles ejerskab til den politik som formuleres.

### At forene vækst og lighed – i økonomi – og i sundhed?

Alligevel må man konstatere at resultaterne i form af en faktisk reduktion af social ulighed i sundhed – i stort set – lader vente på sig. Figur 2 og 3 illustrerer en udvikling som umiddelbart kan fremstå som paradoksal. Figur 2 illustrerer at størstedelen af det 20. århundrede har været præget af at det i de nordiske lande (her Danmark) har været muligt at forene økonomisk vækst og faldende ulighed i indkomster.

Det strider umiddelbart mod en del økonomisk teori, men empiriske studier har i mange år vist, at de nordiske lande ikke er undtagelser fra en regel om at stor økonomisk ulighed er nødvendig for økonomisk vækst. Tværtimod viser komparative data for mange lande og tidsperioder at den økonomiske lighed fremmer væksten (Ostry 2014). For 30 år siden afløstes dog den faldende økonomiske ulighed af en stagnation og senere stigning i



Figur 3. Middellevetid ved fødslen (år) og ulighed i dødelighed mellem kort- og langt uddannede (døde per 10.000 aldersjusteret) i Norge 1960-2010.

uligheden, samtidig som den økonomiske vækst har været svagere på senere år Europa.

Figur 3 viser på den anden side at for de sidste 50 år hvor vi har data har en vækst i middellevetid optrådt sammen med en voksende social ulighed i dødelighed. Men som figuren (her med tal fra Norge) illustrerer, er der efter år 2000 i Norge (og lidt senere i Danmark) sket en opbremsning, og et lille fald i uligheden.

Både den stigende ulighed og den lille reduktion har vist sig mest være i tobaksrelaterede dødsårsager, taktet være at tobaksrygningen er blevet presset langt ned også blandt de kort uddannede. Nu skal det påpeges at det kun er for dødeligheden at vi i de nordiske lande i mange år har set en stigende social ulighed. For andre helbredsmål som fx selvvurderet helbred har der snarere været påfaldende små forandringer over tid. Tilbage står at den sammenhæng mellem vækst og faldende ulighed vi ser for én velfærdskomponent – indkomst, ikke genfindes for en anden – nemlig sundhed.

Nu er der stor forskel på ulighed vad gælder penge og sundhed. Sundhed kan fx ikke omfordeles på samme måde som penge. Men kan en forståelse for nogle af de mekanismer som forbinder lighed med vækst på det økonomiske område være brugbare bruges på sundhedsområdet? Det skal straks betones at der er meget vi ikke ved om mekanismerne bag denne sammenhæng. Men man kan nok vove påstanden at der er en voksende videnskabelig konsensus om at den økonomiske ulighed har negativ in-

dflydelse på samfundets muligheder at investere i uddannelse og social mobilitet, men også i sundhed – det som nu ofte betegnes som social investeringer. Uligheden kan også underminere institutionernes og de centrale aktørers legitimitet, tilliden og integrationen. Det påvirker den politiske stabilitet og dermed måske også investeringsviljen i erhvervslivet. Dermed kan nogle af de politiske initiativer som kan virke omfordelende også havne i vanskeligheder. Ulighed og lav vækst kan således skabe en ond cirkel og omvendt kan disse mekanismer også skabe forudsætninger for en ”god” cirkel af mere økonomisk lighed og mere vækst af den type som de Nordiske lande havde i mange år.<sup>1</sup>

Kan man lære noget af disse mekanismer af relevans for sundhedsudviklingen? Sundhed kan som sagt ikke omfordeles og dermed har parallellen sine store begrænsninger. En stigende middellevetid kan ikke på samme måde som en voksende økonomisk kage bruges til omfordeling. Og uligheden i sundhed er ikke synlig i et nordisk samfund på samme måde som ulighed i materielle ressourcer er det, og påvirker dermed ikke på samme måde det sociale kapital. Men udgifter til investeringer i uddannelse og sundhed kan godt omfordeles, og det skal jeg komme tilbage til.

### **Social mobilitet alene skaber ikke lighed i sundhed**

Økonomisk ulighed har dog stor betydning for ulighed i sundhed. Lande i Østeuropa og Latinamerika som har meget større økonomisk ulighed end

de nordiske lande, har også meget større ulighed i sundhed end os. Men i Vesteuropa er mønstret ikke tydeligt. Sydeuropa og UK har større indkomstiligheder men ikke meget større sundhedstiligheder end Danmark og Norge. De sidste 30 års voksende indkomstiligheder kan have spillet en rolle for sundhedsudviklingen, men tendensen til voksende ulighed i dødelighed begyndte allerede sidst i 1960'erne (figur 3). Og her må andre mekanismer have påvirket udviklingen.

Jeg pegede ovenfor på at uddannelse var en central komponent i koblingen mellem vækst og økonomisk lighed. Men også på sundhedsområdet er uddannelsen central, men på en lidt anden måde, og måske med visse bivirkninger. Ikke mindst under de senere år med voksende indkomstilighed har de politiske lighedsambitioner mindre ofte handlet om lighed i levevilkår. I stedet formuleres de i termer af lige chancer, dvs. fx lige chancer for børnene til at få en videregående uddannelse uanset social baggrund. De ambitioner har jo eksisteret længe og de har heldigvis også haft til resultat at der er en øget social mobilitet - i absolutte tal (dvs. flere for en højere uddannelse end hvad deres forældre havde uanset forældrenes uddannelse). De relative forskelle i børnene chancer for at få en m.fl. lang uddannelse afhængigt af forældrenes, har ikke flyttet sig i samme grad. Men problemet er at ambitionen om lige muligheder for børnene meget vel kan betyde

lige muligheder for at få alt andet end lige livsvilkår senere i tilværelsen. For hvordan går det dem som trods lige muligheder i begyndelsen ikke klarer skolen så godt, og ikke får en ungdomsuddannelsen? Danske studier viser at de som ikke har fået en ungdomsuddannelse når de er 20 år har fem gange forhøjet dødelighed inden de bliver 30 år (Diderichsen 2012). Og det er overdødelighed som hænger ved langt frem i livet. De kort uddannedes chancer på arbejdsmarkedet og dermed for at få en god indkomst og gode levevilkår i øvrigt er ikke blevet bedre, tværtimod er de i relative termer forværret for denne gruppe. Og det er en befolkningsgruppe med en ulyksalig tendens – godt hjulpet af markedsføringen - til meget mindre sunde levevaner. Udviklingen i retning af hvad man kalder et *meritokrati* har med andre ord store implikationer for ulighed i sundhed. Lige muligheder er en vigtig ambition, men i kombination med et arbejdsmarked som efterspørger alt færre med kort uddannelse, og en alt svagere fordelingspolitik får udviklingen tydelige helbredseffekter på de som ikke får en mere sikker plads på arbejdsmarkedet.

### **En anden ressource-allokering til sundhedsvæsenet kan bidrage**

Det hindrer ikke at investeringer i uddannelse og sundhed stadig er vigtige indsatser i samfundet – også med positive effekter på uligheden i sundhed.

<sup>1</sup> Brasilien er her interessant aktuelt eksempel. Det store sociale program "Bolsa familia" fra 2001 hvor kontante ydelser gives til fattige familier under forudsætning at børnene kommer i skole hver dag, er gennemført i en periode hvor faldende ulighed og økonomisk vækst bl.a. derfor har kunnet forenes. At de store men meget populære udgifter så har fristet til en type af kreativ bogføring som ledte til rigsretssag og afskedigelse af præsidentens i 2016 er en anden historie.

Selvom sundhed som sådan ikke kan omfordeles kan ressourcer til uddannelse og sundhedsydelser godt omfordeles, så at de fordeles proportionelt med behov. Men her går udviklingen i de nordiske lande med privatiseringer både af skoler og sundhedsvæsen, boligsegregation, den modsatte vej. Brugen af offentligt finansierede ydelser bliver gradvis mere styret af efterspørgsel og ikke af behov, og det svækker ydelseernes muligheder for at modvirke uligheden. Lige netop den akkumulation af kort uddannelse, dårligt helbred og manglende beskæftigelse og deraf svag økonomi gør ressourceallokering til institutioner for uddannelse og sundhed i områder

med mange i befolkningen med denne kombination vigtigere end nogensinde. Aktuelle studier har vist at det faktisk kan bidrage til en reduktion i uligheden i dødelighed. I årene 2001-2011 gennemførte man i England et politisk eksperiment i stor skala hvor man tildelte ekstra økonomiske ressourcer til sundhedsvæsenet i ressource svage områder. En evaluering har siden vist dødeligheden faktisk minskede hurtigere i de områder som fik ekstra ressourcer (Barr 2014). Ressource allokeringen kan altså på kort sigt gøre en forskel for ulighed i sundhed, Og så kan den på længere sigt dermed betyde noget for bæredygtigheden af den nordiske model.

## Referencer

- Andersen I, Brønnum-Hansen F, Diderichsen F: Increasing illness among people out of the labour market. *Soc Sci Med.* 2016 May;156:21-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.003
- Barr B, Bambra C, Whitehead M: The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001-11. *BMJ* 2014;348:g3231.
- Diderichsen F, Andersen I, Manuel C: Inequalities in health – determinants and policies. *Scand J Public Health* 2012;40:Suppl.8:5-105.
- Diderichsen F, Elling CS, Little IG: Tackling health inequalities locally – the Scandinavian experience. University of Copenhagen 2015. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/ulighed/nordisk-konference>
- Gustafsson J-E et al: School, Learning and Mental Health – a systematic review. Kungl. Vetenskapsakademien 2010. [http://www.kva.se/globalassets/vetenskap\\_samhallet/halsa/utskottet/kunskapsoversikt2\\_halsa\\_eng\\_2010.pdf](http://www.kva.se/globalassets/vetenskap_samhallet/halsa/utskottet/kunskapsoversikt2_halsa_eng_2010.pdf)
- Hultkrantz L. Sociala investeringsfonder i Sverige-fakta och lärdomar. SNS Förlag. Stockholm 2015
- Könberg B. Det framtida Nordiska hälsosamarbetet. Nordisk Ministerråd. København 2014. [www.norden.org/sv/publikationer](http://www.norden.org/sv/publikationer)
- Ostry JD, Berg A, Tsangarides CG: Redistribution, Inequality and Growth. IMF Washington DC 2014. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2014/sdn1402.pdf>
- Thielen K et al: Cancer stage, comorbidity and socioeconomic differences in the effect of cancer on labour market participation. *PlosOne* 2015;10.6:e0128621
- Valkonen T, Vihrälä. The Nordic model – challenged but capable of reform. Nordic Council of Ministers 2014
- <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:715939/FULLTEXT02.pdf>