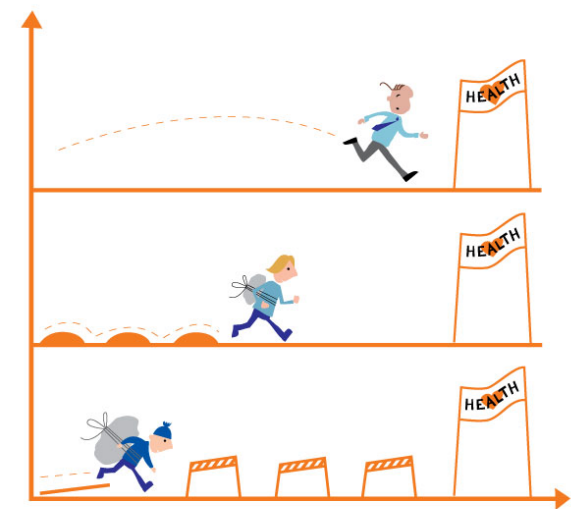


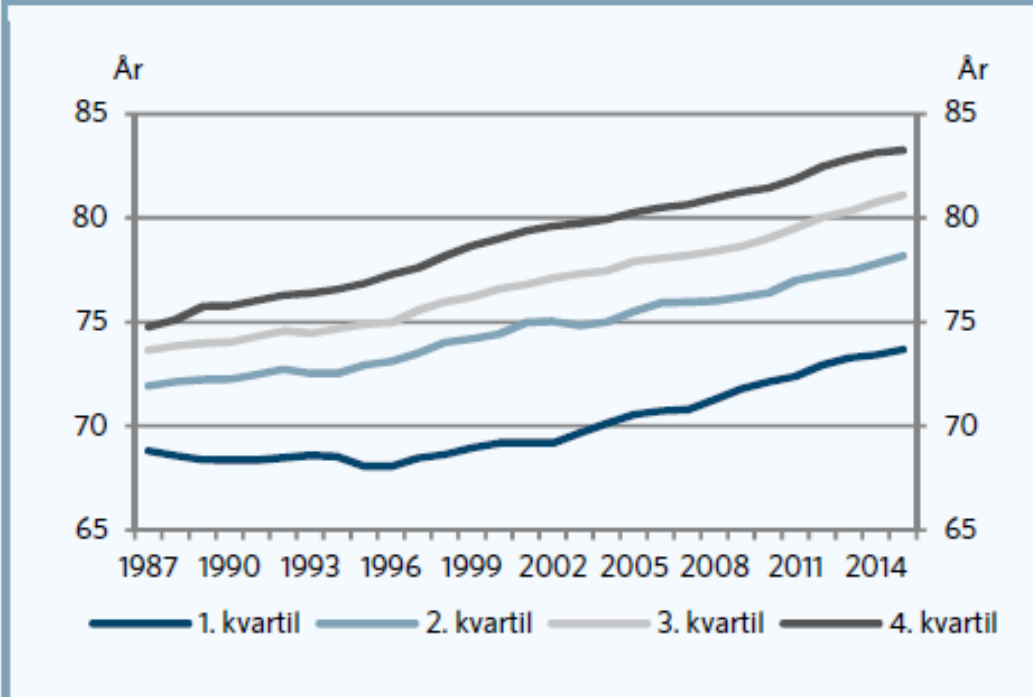
Ulighed i sundhed – faktorer af betydning for forskelle i overlevelse

Susanne Dalton, seniorforsker, overlæge, PhD
Kræftens Bekæmpelses ForskningsCenter



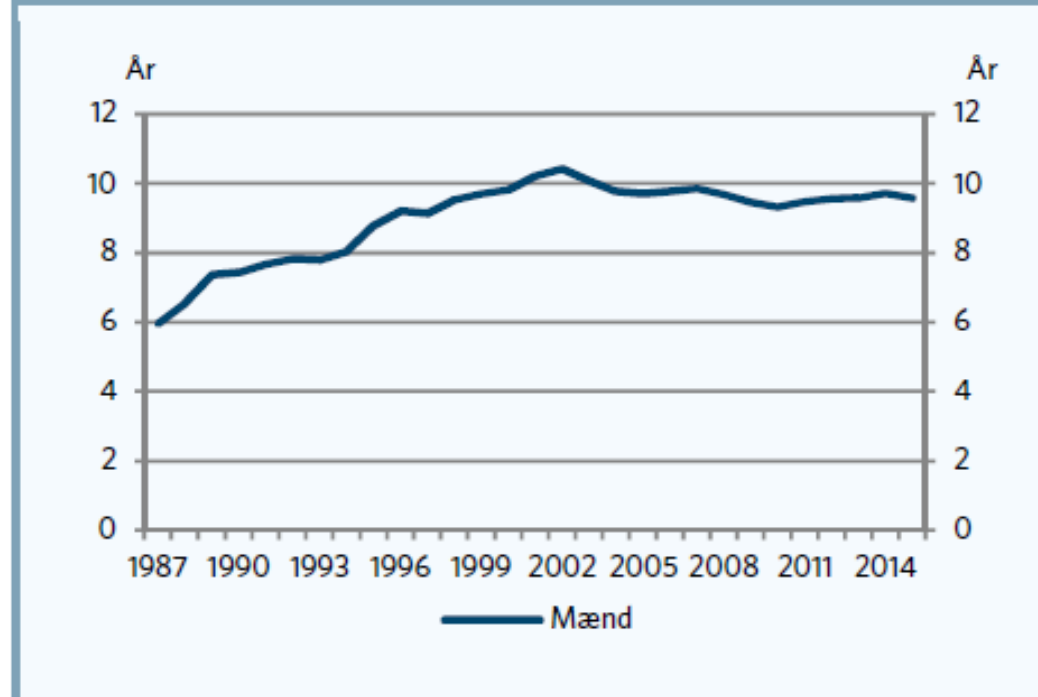
Levetiden stiger, men ... 10 års forskel på forventet levetid mellem de rigeste og fattigste mænd

Figur 2A. Middellevetid opdelt på indkomstkvarterer, mænd



Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistik

Figur 2B. Forskel i middellevetid mellem højeste og laveste indkomstkvarter, mænd

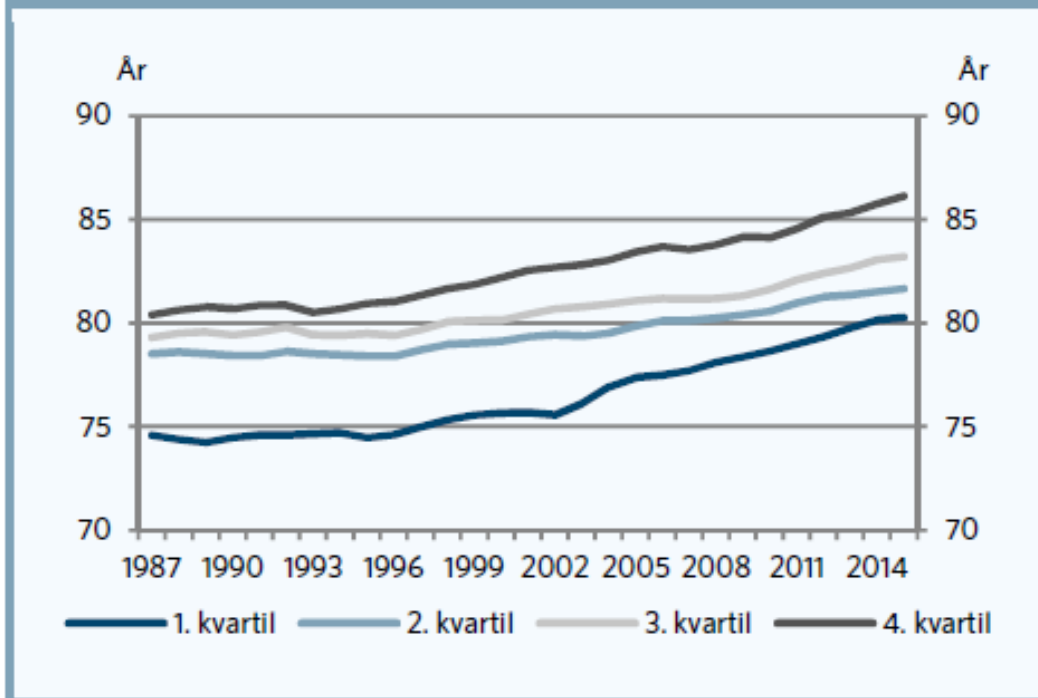


Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistik



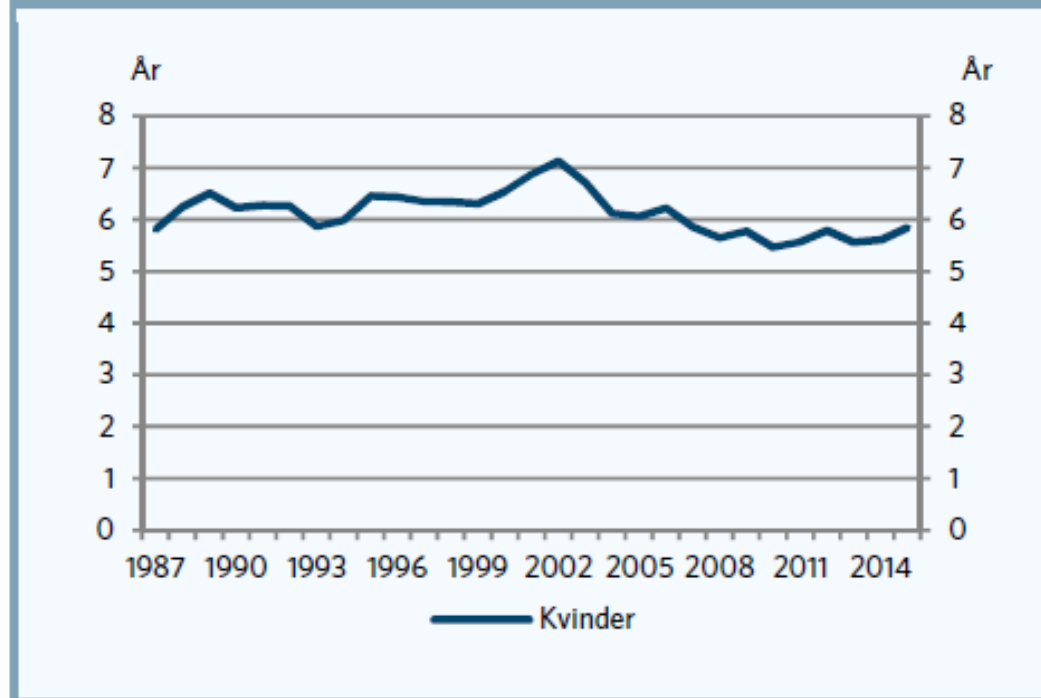
Hos kvinderne er billedet det samme, men forskellen er lidt mindre (ca. 6 år)

Figur 3A. Middellevetid opdelt på indkomstkvartiler, kvinder



Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistik

Figur 3B. Forskel i middellevetid mellem højeste og laveste indkomstkvartil, kvinder

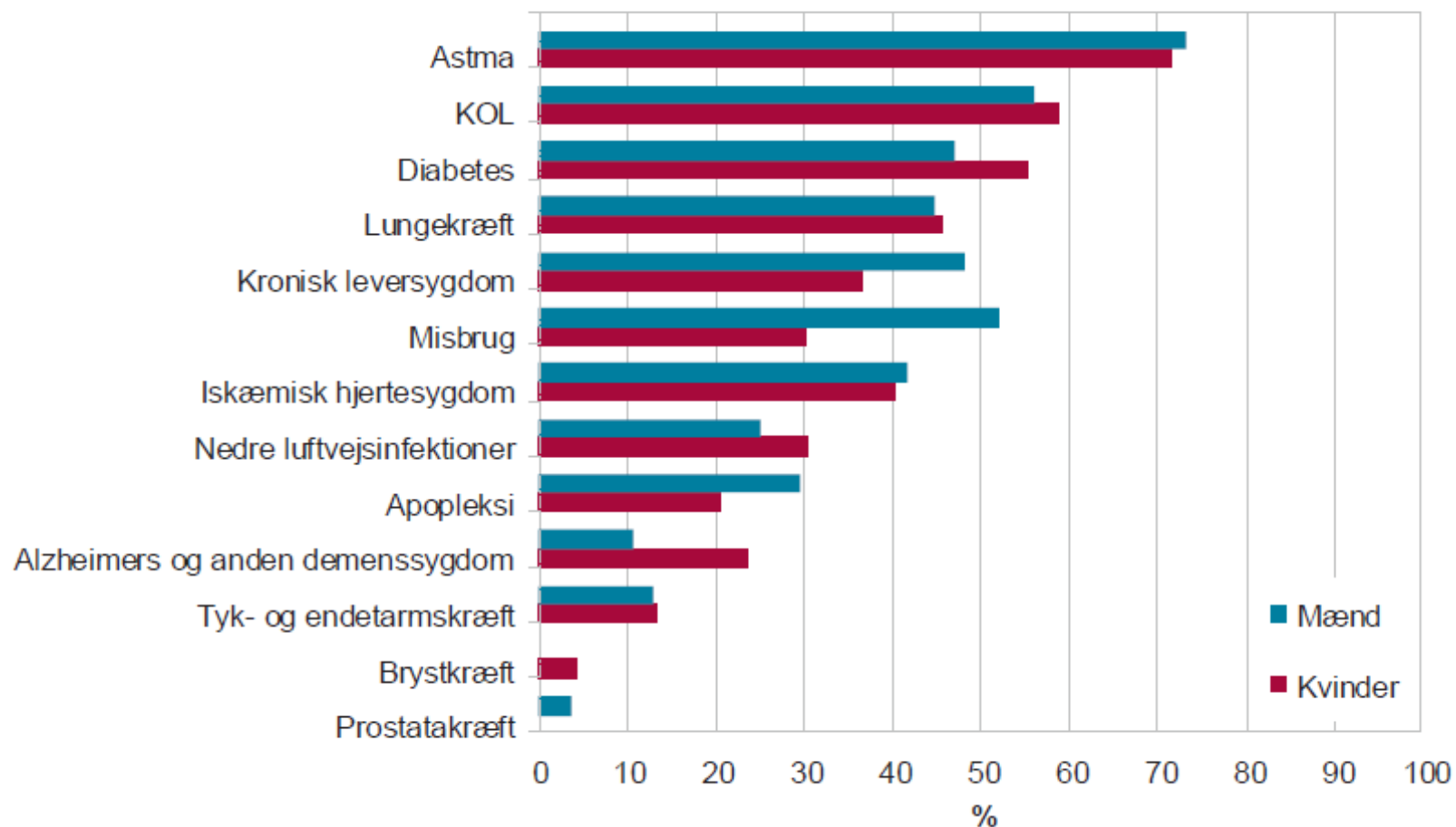


Kilde: AE på baggrund af Danmarks Statistik



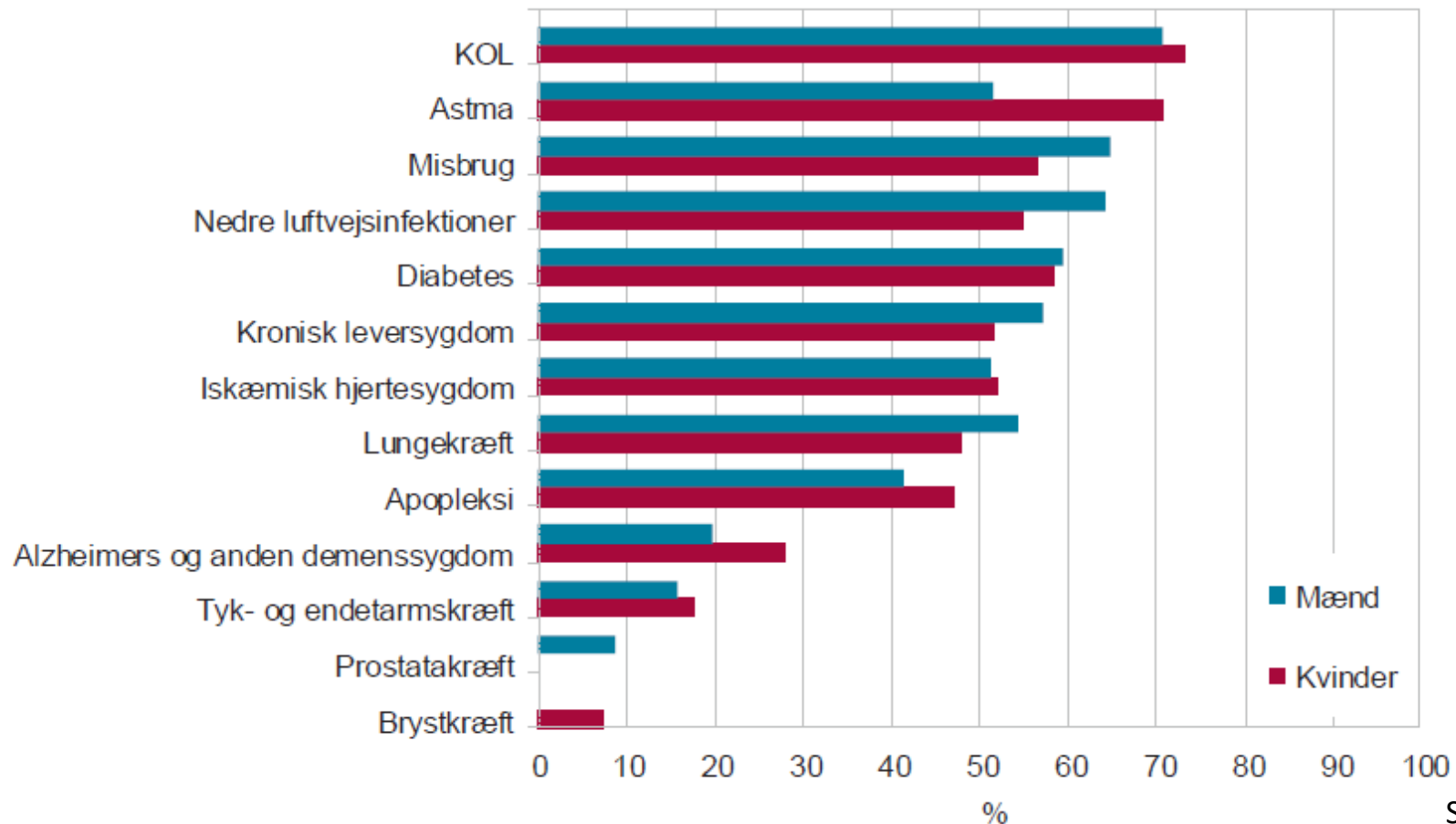
Uligheden er størst for sygdomme med en livsstilskomponent

Figur 1.2.3 Andel (%) af dødsfald, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde haft samme mønster for dødelighed som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012



Gælder for levetid – og tabte leveår (død inden 75 år)

Figur 1.2.4 Andel (%) af tabte leveår, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-74 år for 2010-2012

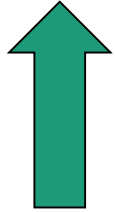


Scenen er sat

- 40 år med voksende social ulighed i dødelighed. Samme tendens i alle de vestlige lande som kan måle det
- Udviklingen af et let tilgængeligt og effektivt sundhedsvæsen har ikke vendt udviklingen
- En velfærdsstat med universelle ydelser og (indtil for nylig) faldende økonomisk ulighed har ikke kunnet garantere lavere ulighed i sundhed



For kræftincidensen er billedet komplekst: IRR for Kort vs Videregående uddannelse



Mund
Strube
Spiserør
Mavesæk
Lunge
Cervix
Nyre
Blære
Pancreas



Tyktarm
Endetarm
Livmoder
Æggestok
Testikel
Hjerne
Lymfom
Leukæmi



Bryst
Prostata
Melanom



Social ulighed i kræftincidens

Risikofaktorer er skævt fordelt mellem forskellige social grupperinger

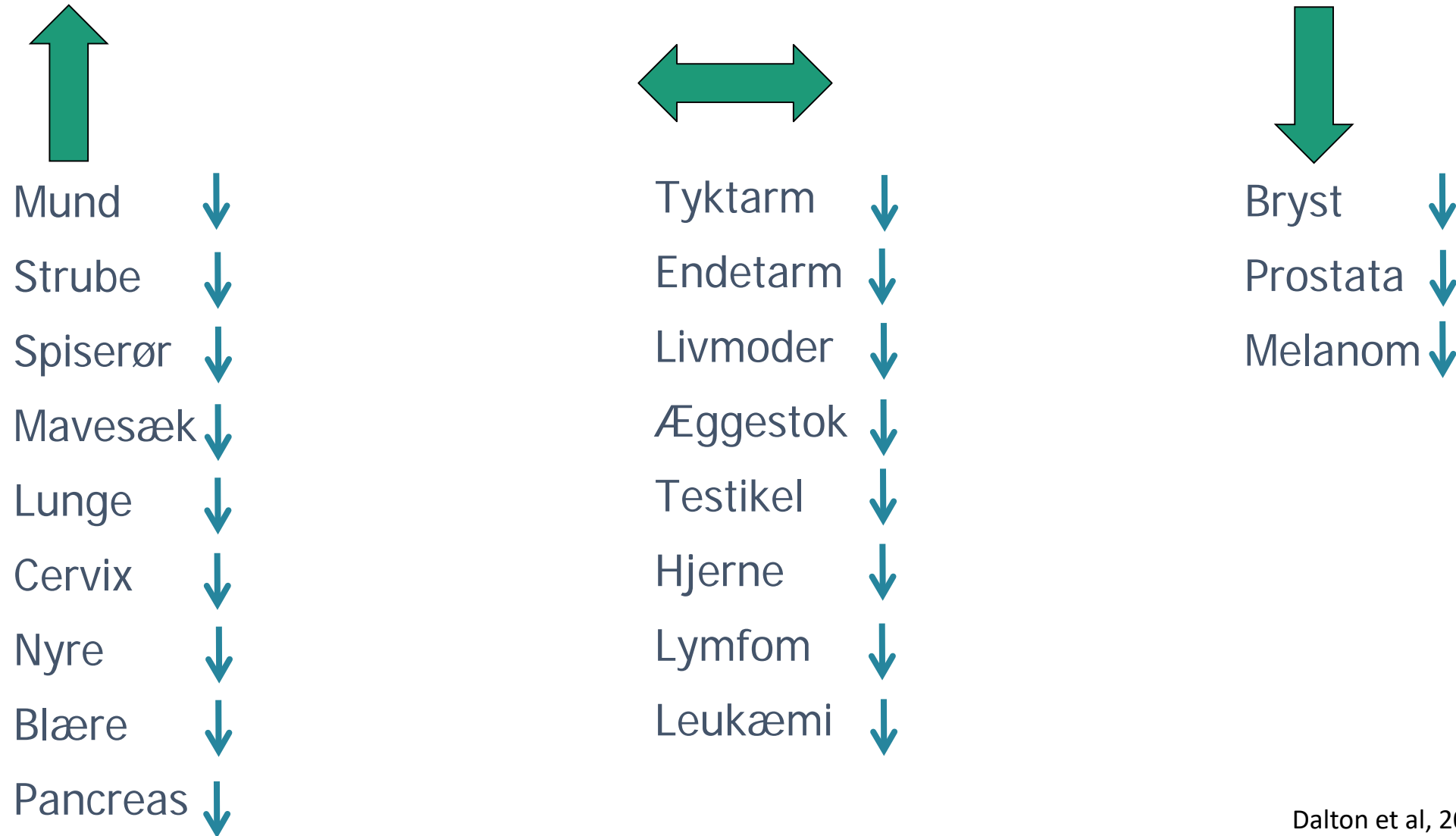
- Sundhedsadfærd (rygning, alkohol, motion, kost, screening, seksualvaner)
- Arbejds miljø (carcinogener)
- Lokal miljø (luftforurening)

Med øget ulighed i usund sundhedsadfærd

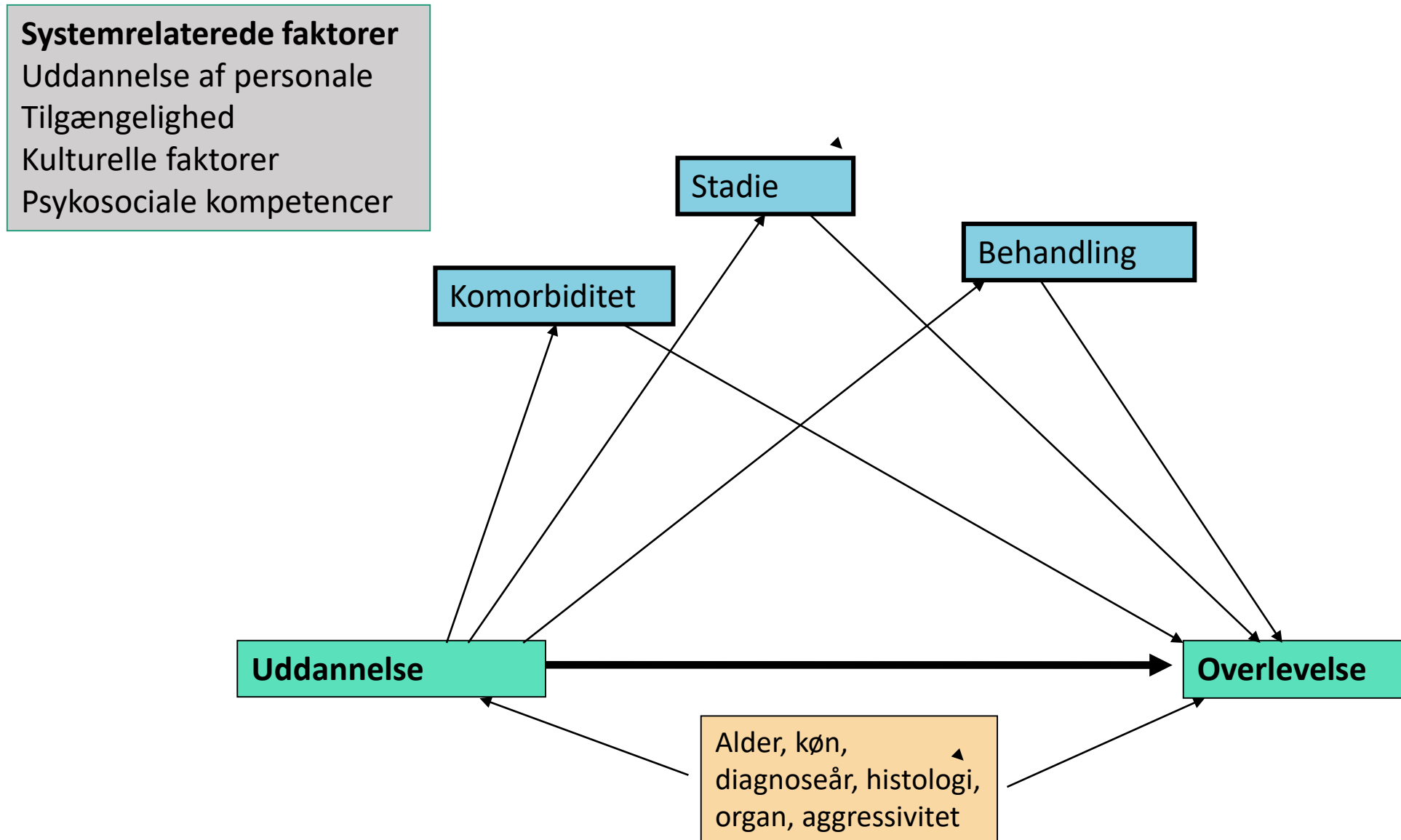
- Vil (nogen) kræftsygdomme i tiltagende grad blive en **social** sygdom...



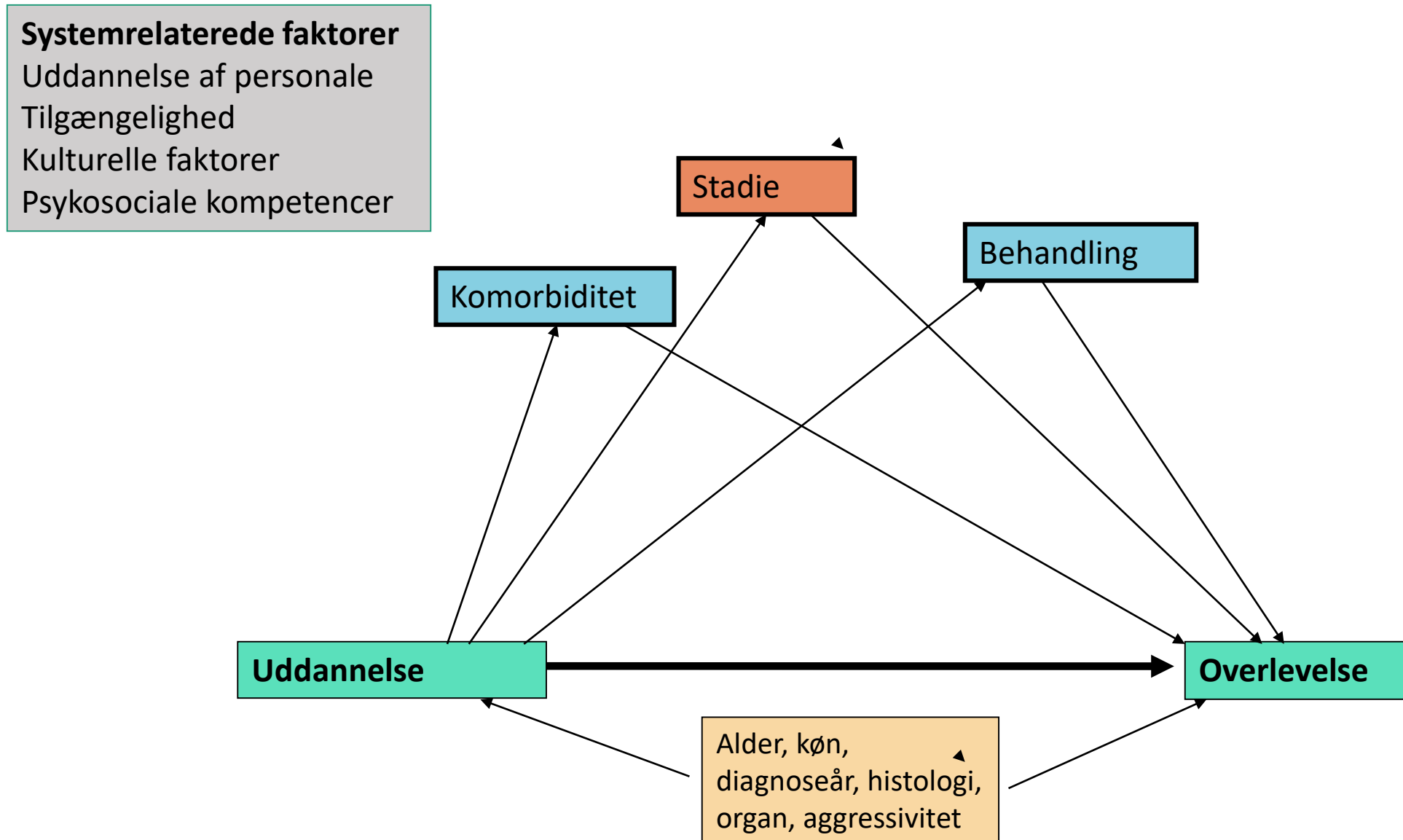
Til gengæld homogent mønster for overlevelsen efter kræft: 5-års RS for Kort vs Videregående uddannelse



Faktorer der driver den sociale ulighed i overlevelse efter kræft



Faktorer der driver den sociale ulighed i overlevelse efter kræft

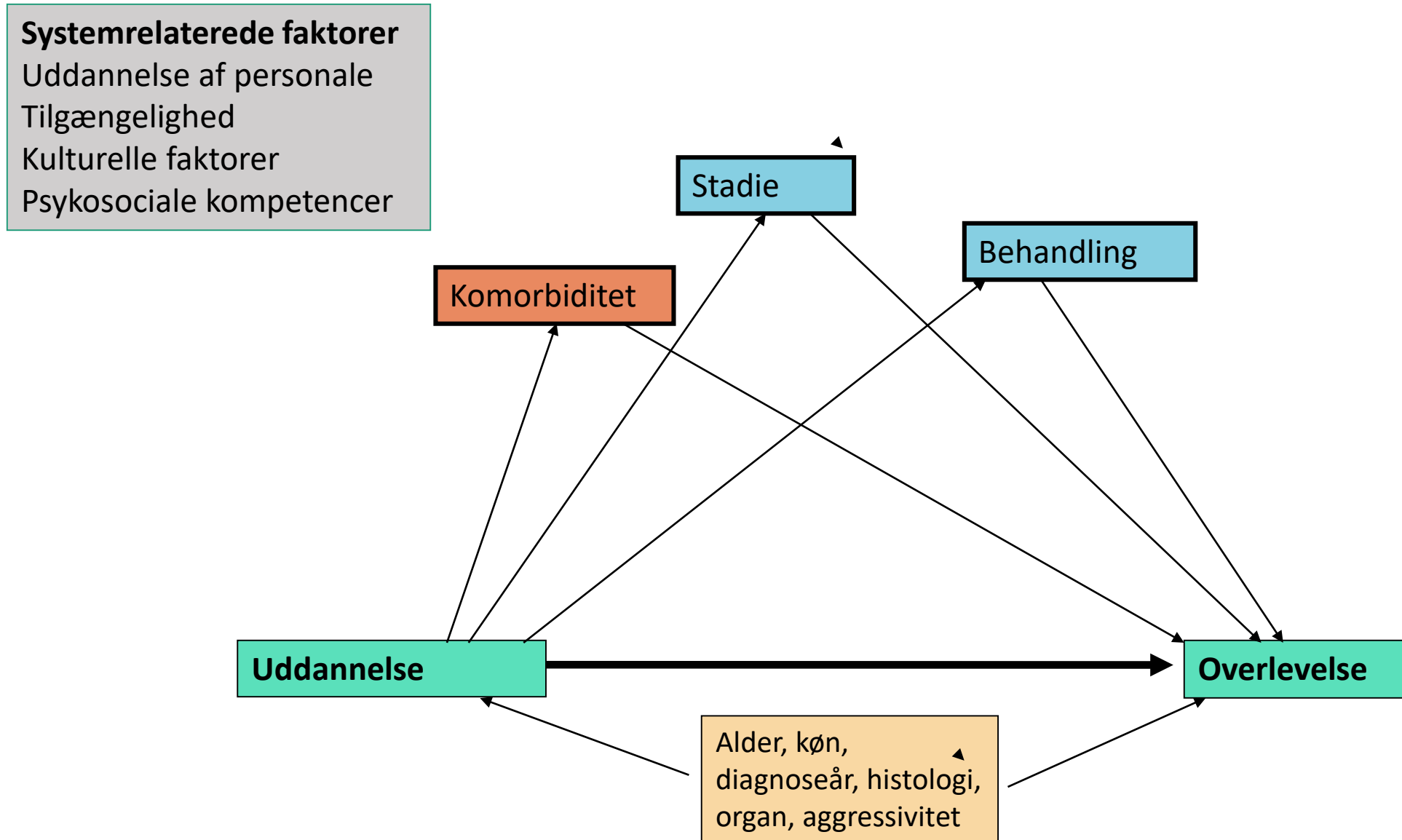


Er der social ulighed i stadie ved diagnose?

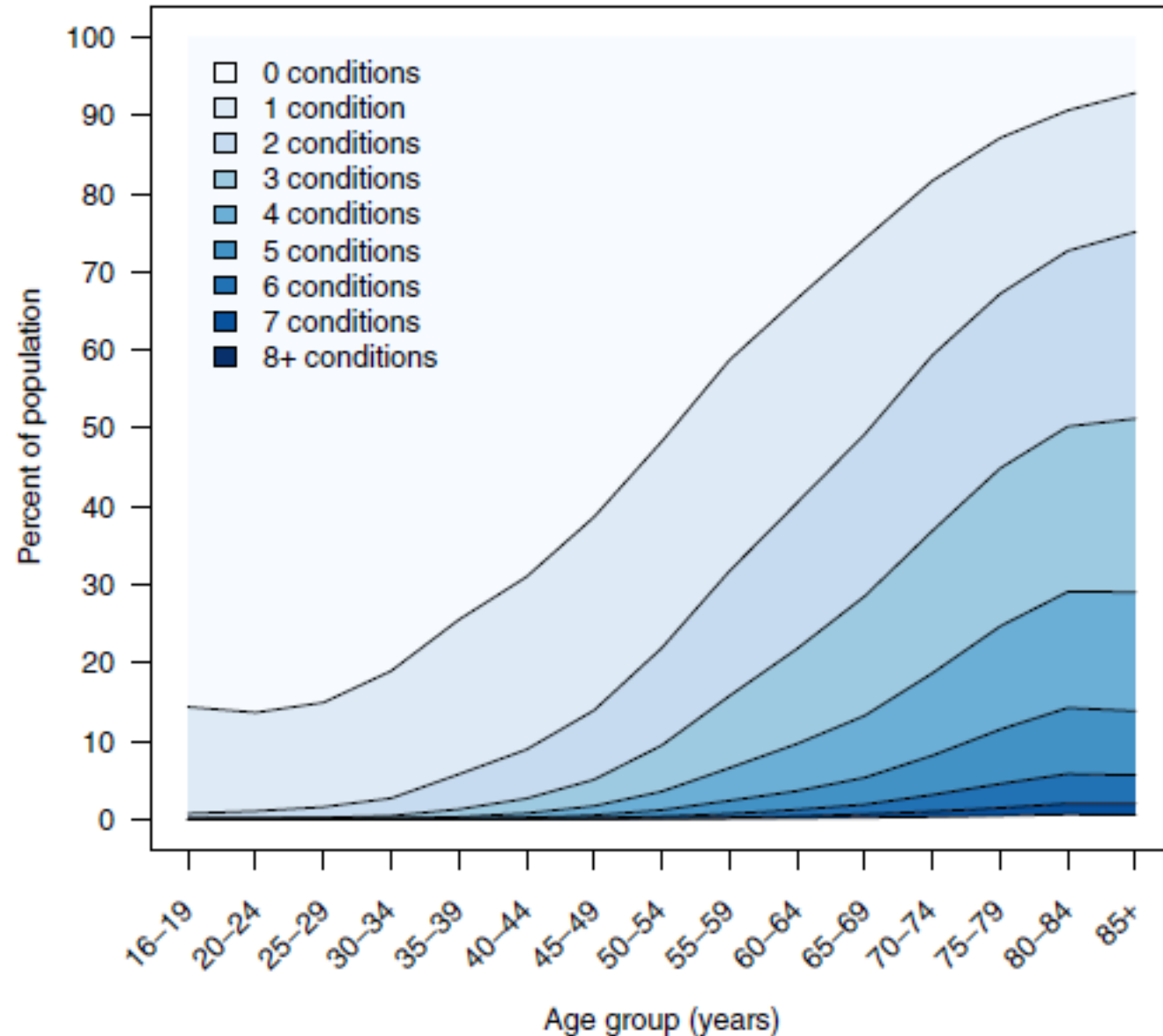
- Patienter med kort uddannelse og bor alene (lav indkomst) har større risiko for at blive diagnosticeret med kræft i højere stadie
- Ses hos danske patienter med
 - **Brystkræft** (Dalton et al 2006)
 - **Endetarmskræft** (Frederiksen et al, 2008)
 - **Livmoderhalskræft** (Ibfelt et al, 2012)
 - **Livmoderkræft** (Seidelin et al, 2015)
 - **Lungekræft** (Dalton et al, 2011)
 - **Hoved og halskræft** (Olsen et al, 2015)
- **Undtagelser: Ikke æggestokkræft** (Ibfelt et al, 2015) **eller tyktarmskræft** (Frederiksen et al, 2008)



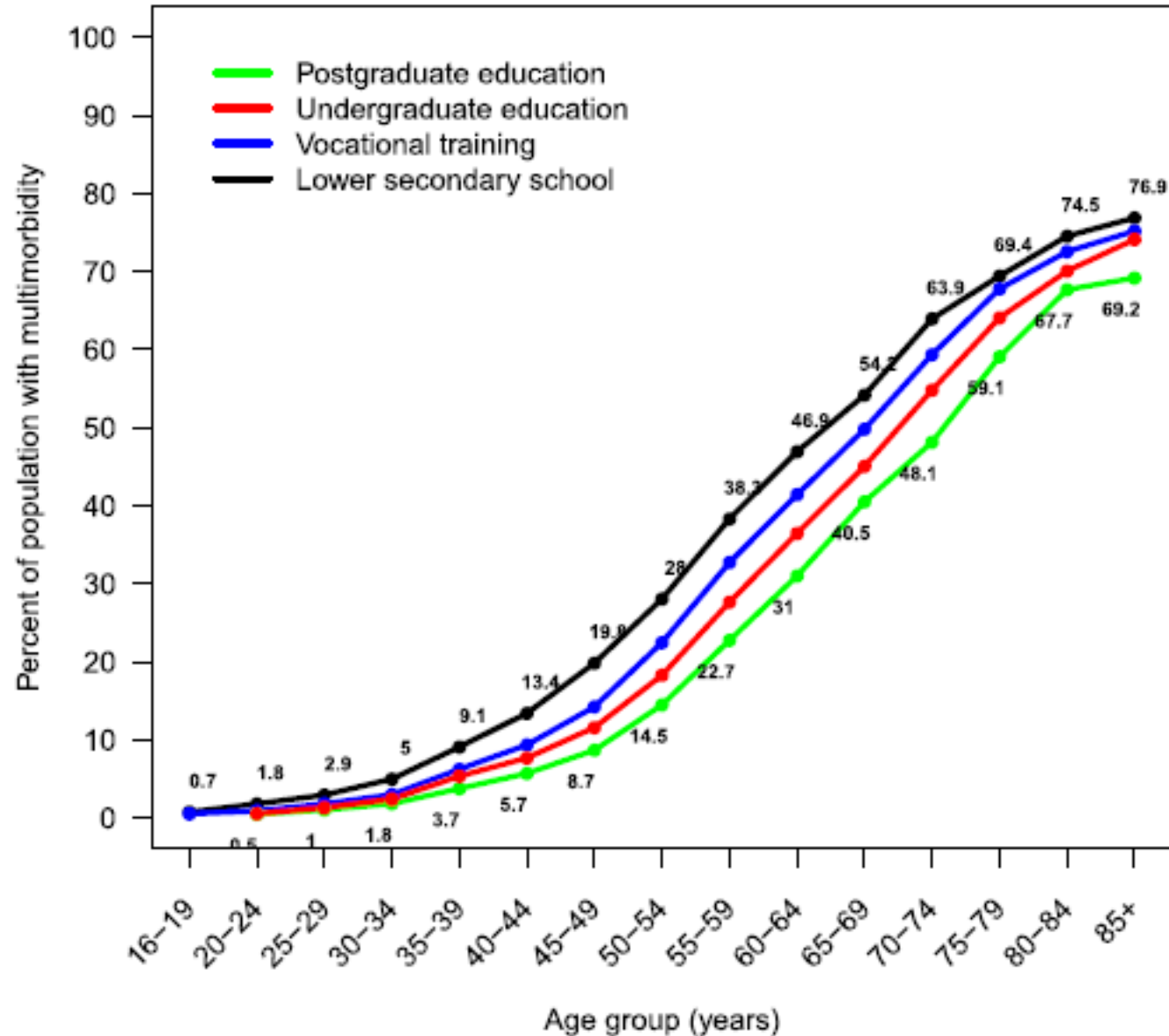
Faktorer der driver den sociale ulighed i overlevelse efter kræft



Det går ned af bakke for helbredet med alderen



Social ulighed i multisygdom – som for dødeligheden og de tabte leveår



Ophobning af multisygdom og risikofaktorer hos grupper med lavest indkomst og kortest uddannelse ...

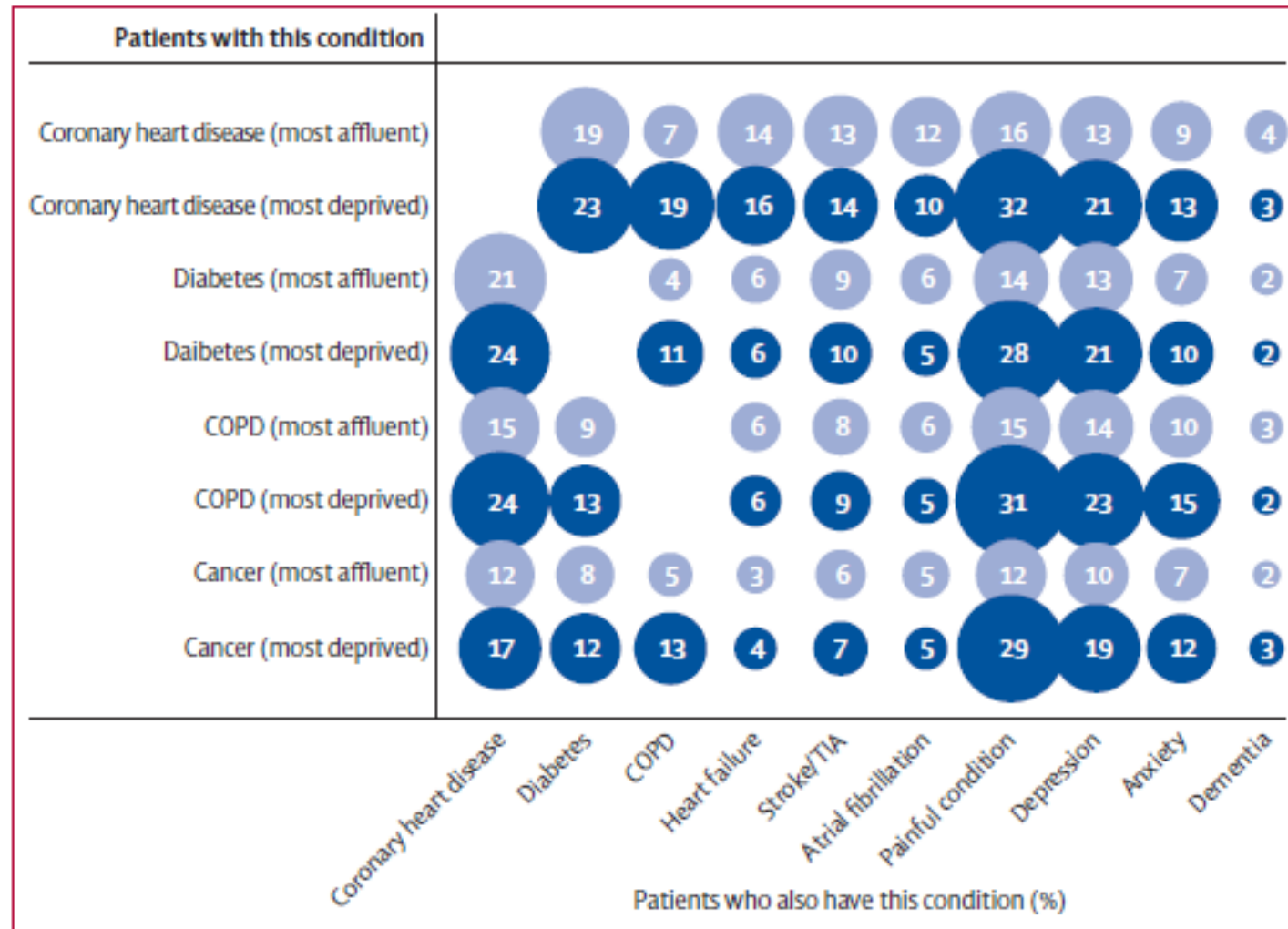
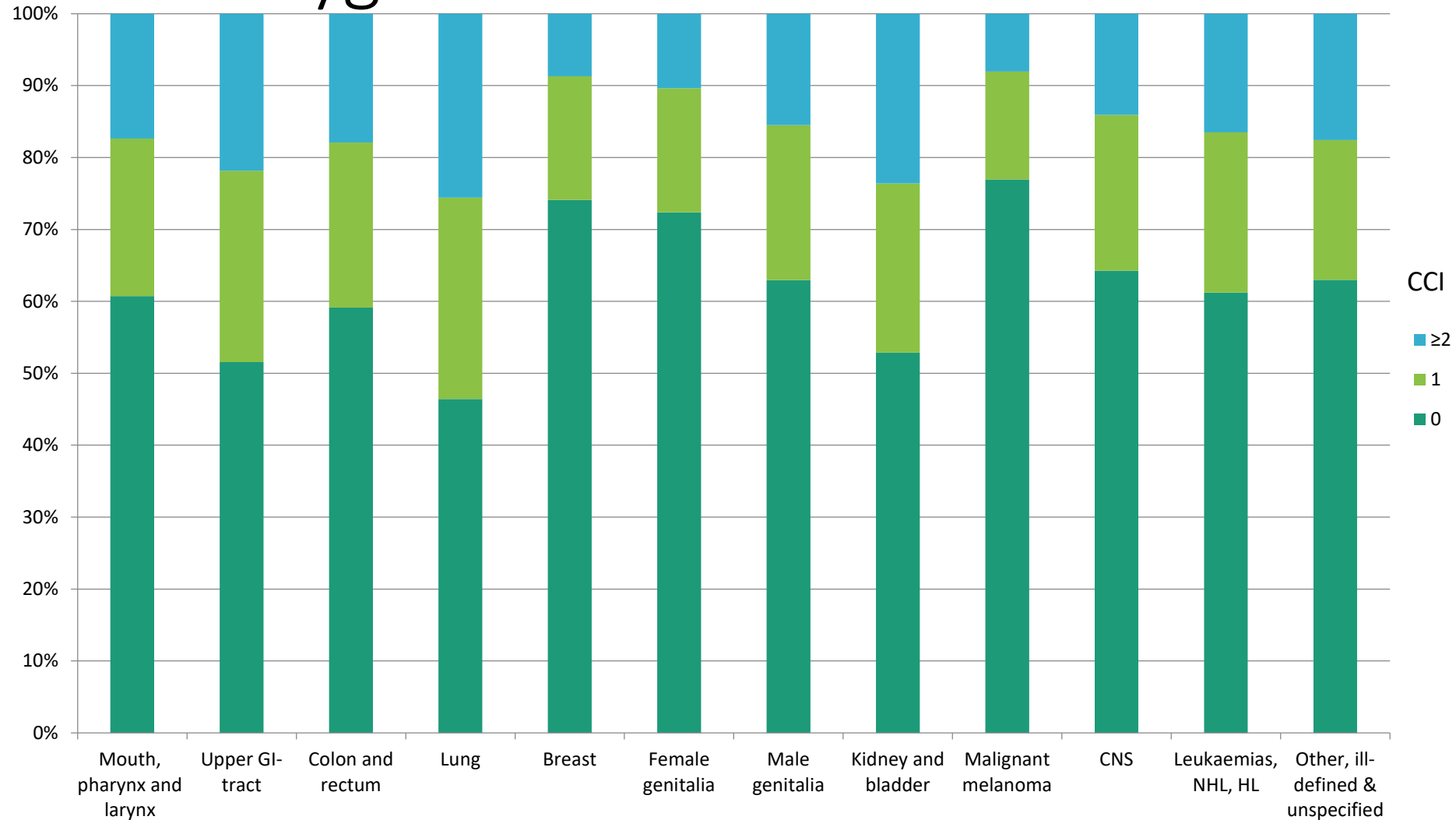


Figure 4: Selected comorbidities in people with four common, important disorders in the most affluent and most deprived deciles

COPD=chronic obstructive pulmonary disease. TIA=transient ischaemic attack.

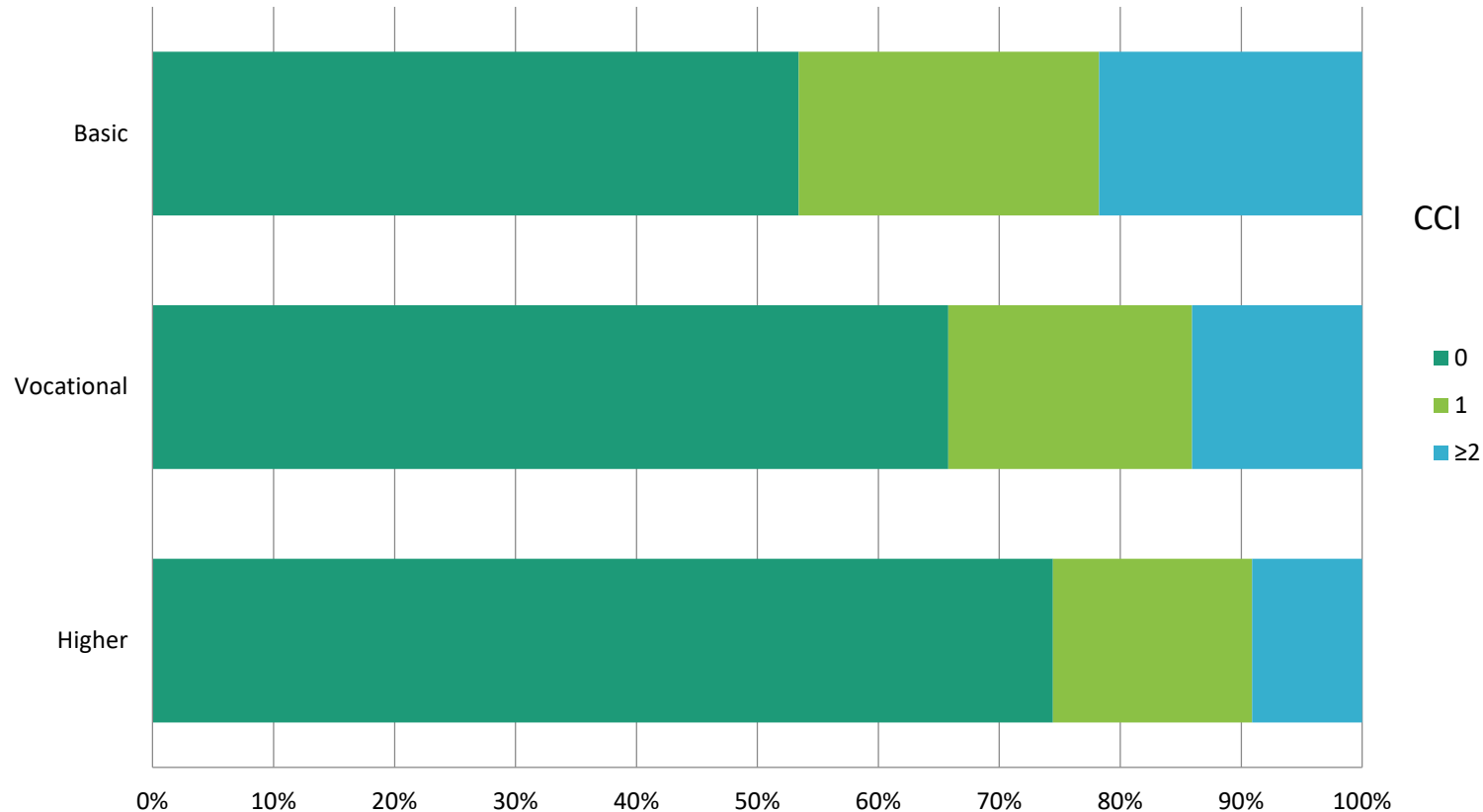


Komorbiditet hos kræftpatienter 0-5 år efter diagnose – afspejler alder og risikofaktorer for de enkelte sygdomme



Social ulighed i komorbiditet blandt kræftpatienter

Alle kræftoverlevende 0-5 år siden diagnose
komorbiditet og uddannelse

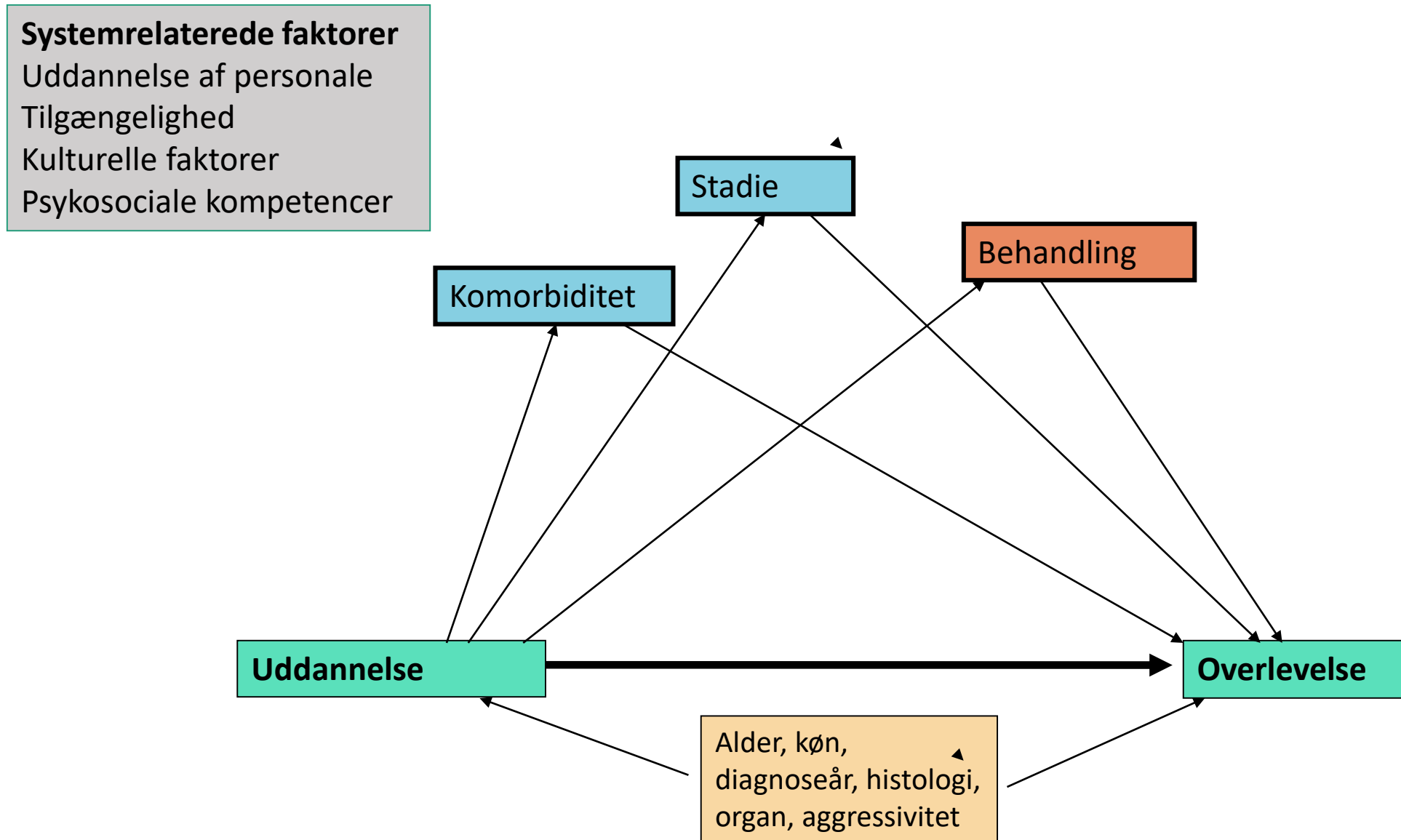


Social ulighed i komorbiditet

- Bidrager i sig selv til prognosen for kræftpatienter
- Via begrænsning af muligheder for behandling



Faktorer der driver den sociale ulighed i overlevelse efter kræft



Ulighed i modtaget behandling

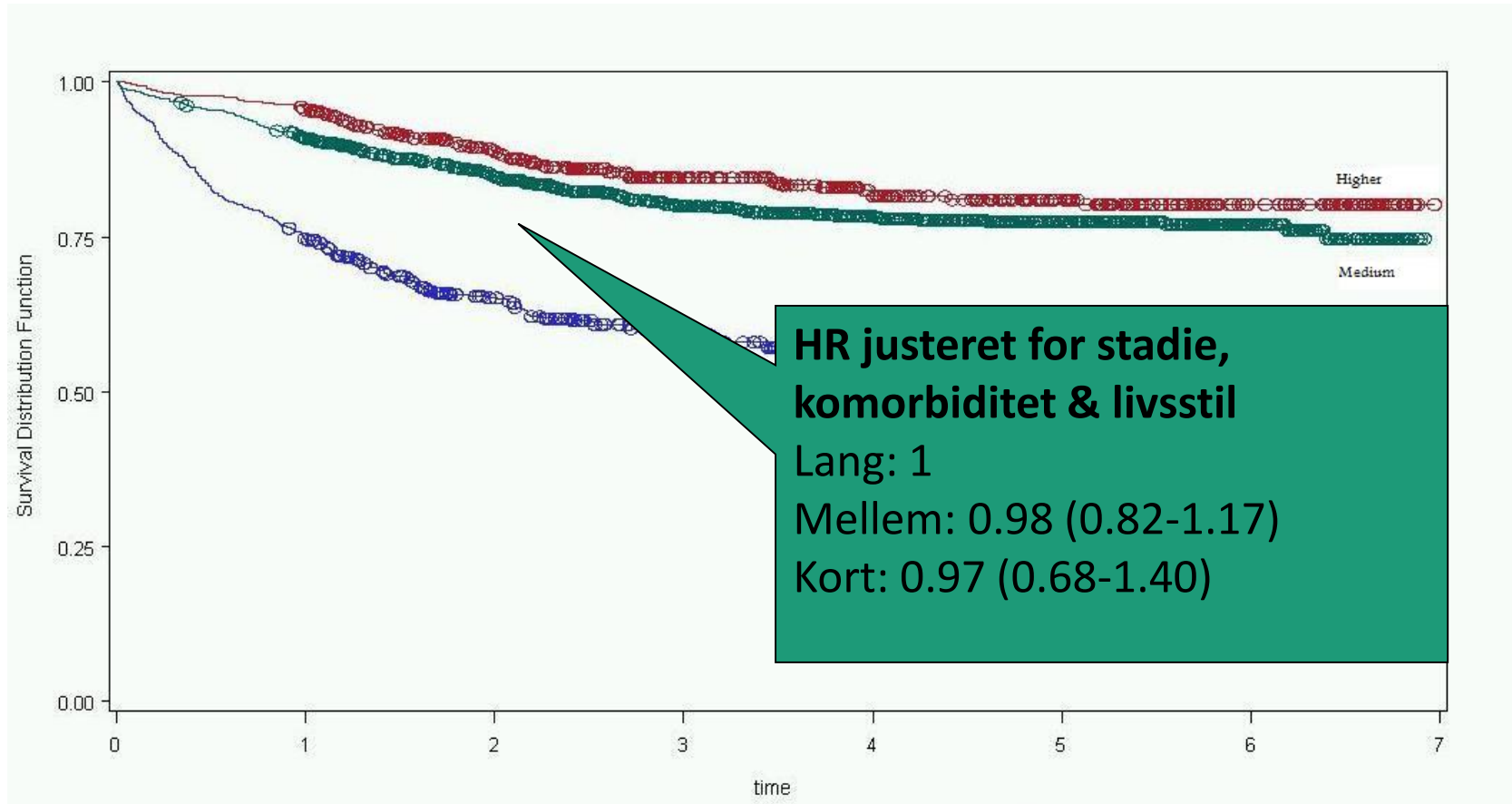
- **Brystkræft** – **ingen forskel** i forhold til uddannelse i kirurgi, kemoterapi, stråleterapi eller ET (Dalton et al, 2007)
- **Cervixkræft** – **ingen forskel** i kirurgi; adjuverende behandling **ej undersøgt** (Ibfelt et al, 2012, 2015)
- **NHL** – **lavere OR for modtagelse af strålebehandling** blandt patienter med kort uddannelse, lav indkomst og alene); **ingen forskel** i kemoterapi eller immunterapi (Frederiksen et al, 2011)
- **Lungekræft** – **forskel i 1 linje behandling** (uddannelse og bo alene) både for kurativ og palliativ behandling (Starr et al, 2013; Dalton et al, 2015)

Generelt ingen eller kun lidt social ulighed når der tages højde for stadie og komorbiditet

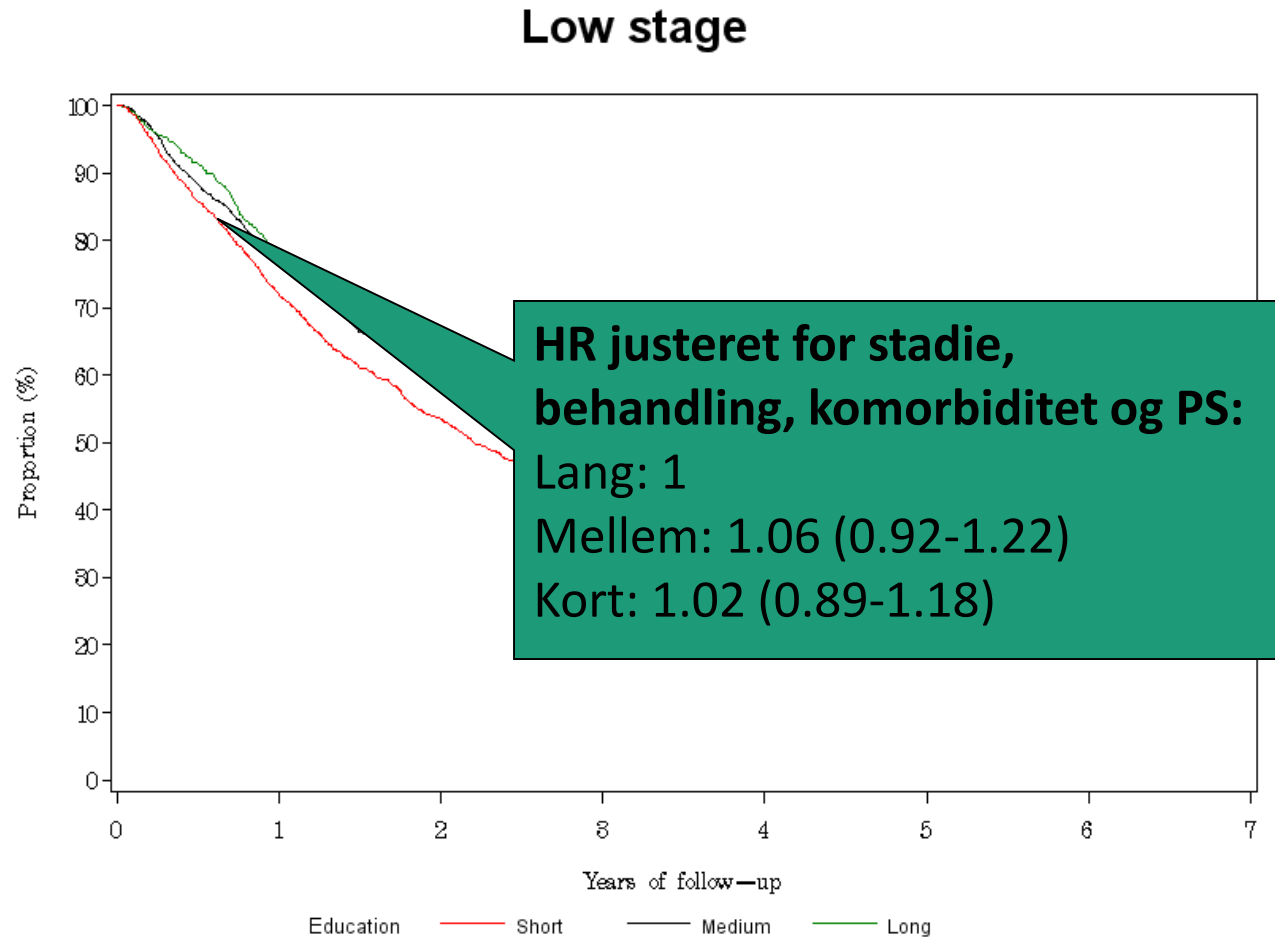
Dog ses der ulighed i forhold til kræftformer med dårlig prognose eller for kompliceret/ny behandling



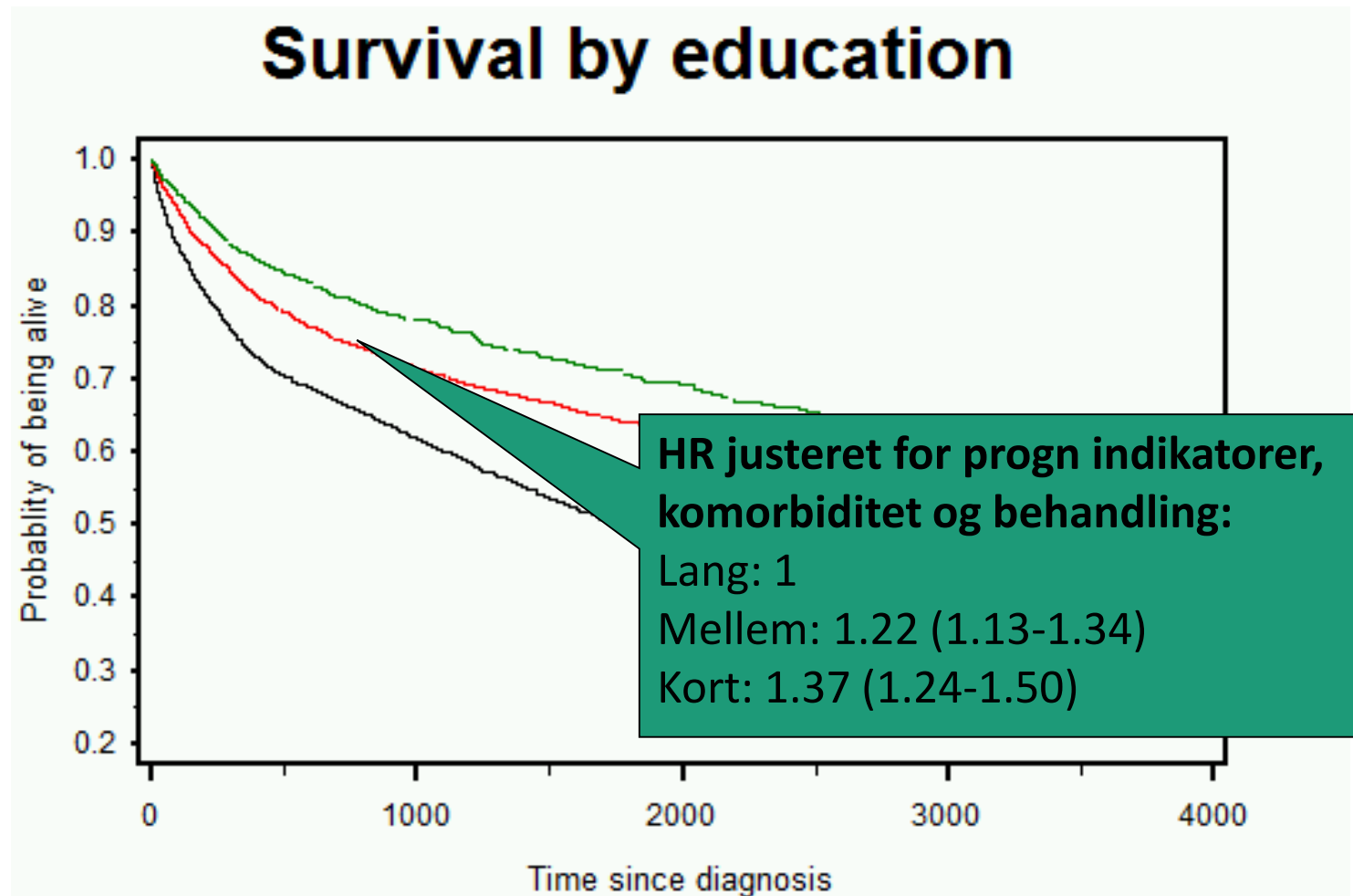
Forklarer stadie, komorbiditet og livsstil uligheden i overlevelsen efter cervix cancer?



Og uligheden i overlevelse efter lungekræft



For NHL forklarer prognostiske indikatorer, komorbiditet og behandling en del - men ikke al ulighed i prognose...



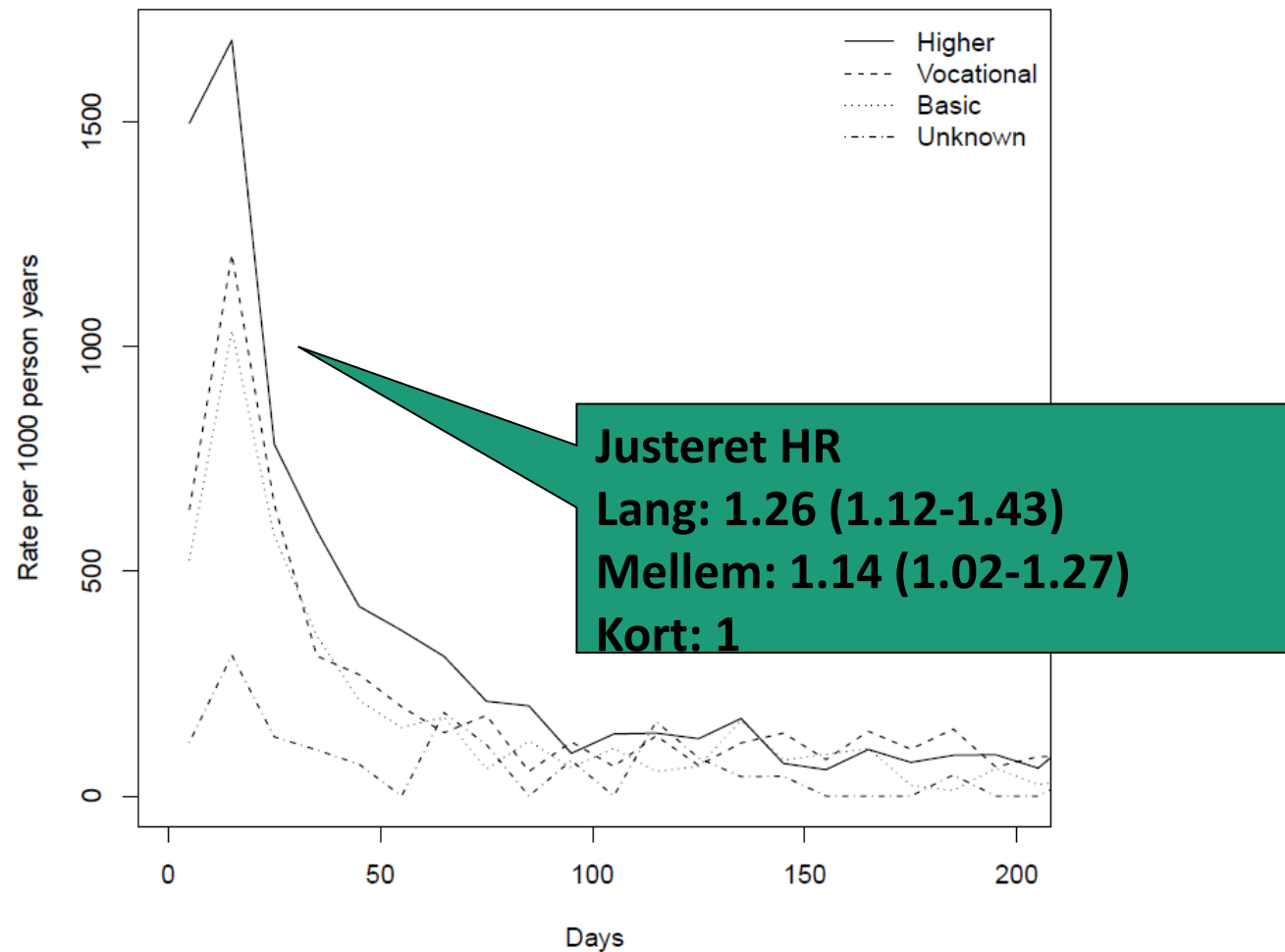
Social ulighed i rehabilitering

Det handler ikke bare om at overleve...

- Op til 70 % af alle kræftpatienter er estimeret til at få brug for rehabilitering (Tvede et al, 2003)
- Patienter som er kortuddannede eller har lav indkomst er mindre tilbøjelige til at deltage i rehabilitering og har flere uindfrieede behov (Holm et al 2013)
- 25-40% kortuddannede har større risiko for at forlade arbejdsmarkedet efter en kræftdiagnose (Diderichsen et al 2011)



Henvisning til rehabilitering for kræft i Københavns kommune



Opsummering

- Social ulighed i hvem der får kræft
- Social ulighed i overlevelse:
 - Sociale forskelle i stadiefordelingen
 - Små (eller ingen) sociale forskelle i modtaget behandling
 - Stor social forskel i komorbiditet og helbredstilstand
- Social ulighed i rehabilitering og livet efter kræft
 - Sociale forskelle i henvisning til rehabilitering – ulighed i fremmøde?
 - Sociale forskelle i tilbagevending til arbejdet – komorbiditet, jobtype og tidligere tilknytning til arbejdsmarkedet vigtige
 - Sociale forskelle i senfølger efter behandling??



Helbredsproblemer og risikoadfærd ophober sig hos sårbare grupper af borgere

Med alvorlige konsekvenser for sundhed og for prognosen ved alvorlig sygdom

... Tyder ikke på at social ulighed i kræft i høj grad skyldes sundhedsvæsenet

Men.....

Det betyder ikke at sundhedsvæsenet ikke kan være en del af løsningen!!

- Tidlig diagnostik og optimal behandling af multisygdom
- Systematiseret indsats for alle – chancelighed
- Særlige indsatser for særlige grupper – udfordre paradigmet om at hvis vi behandler alle lige stilles de lige

