

Sociale forskelle i sundhed

Anbefalinger fra det midlertidige udvalg
vedrørende sociale forskelle i sundhed

Forord

Det er et faktum, at borgere med lav uddannelse har flere og større helbredsmæssige problemer end borgere med høj uddannelse. Dette afspejles tydeligt i "Hvordan har du det" undersøgelsen fra 2006. Dertil kommer, at borgere med lav social position ofte har en længere og tungere vej gennem sundhedsvæsenet og ikke altid får samme udbytte af behandlingen og de forebyggende indsatser, som borgere med høj social position. Sociale forskelle i sundhed er således en realitet – men hvad kan vi gøre ved det?

Region Midtjylland har sat problemstillingen omkring sociale forskelle i sundhed højt på dagsordenen. Derfor har Regionsrådet nedsat det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed. Udvalget har i et halvt år arbejdet med en række udvalgte emner, hvor sociale forskelle i sundhed gør sig gældende.

De udvalgte målgrupper er: Etniske minoriteter, gravide, børn og unge, mennesker med kroniske lidelser, kræftpatienter, syge-dagpengemodtagere og mennesker med psykiske sygdomme.

Arbejdet har mundet ud i, at udvalget har opstillet en række anbefalinger for hver målgruppe. Anbefalingerne peger på, hvad regionen og kommunerne hver for sig og i fællesskab kan gøre for at skabe større lighed i sundhed. Dermed understreger udvalget, at problemer med sociale forskelle i sundhed ikke kan løses af regionen alene. Det fordrer et tæt samarbejde mellem kommunerne og regionen. Rammerne for dette samarbejde kan udstikkes i sundhedsaftalerne.

Udvalget præsenterer sit arbejde på Regionsrådets temamøde den 27. april 2009. Den 12. maj 2009 og den 20. maj 2009 forelægges udvalgets rapport for henholdsvis Forretningsudvalget og Regionsrådet i Region Midtjylland.

Anders Kühnau

Formand for det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed

April 2009

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
0. Opsummering	4
0.1. anbefalinger for regionen	4
0.2. anbefalinger for et regionalt-kommunalt samarbejde	7
1. Indledning.....	9
1.1. Kommissorium for det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed	9
1.2. Afgrænsning	10
1.3. Udvalgets arbejdsform	10
2. Sociale forskelle i sundhed	11
2.1. Forskellige måder at beskrive den sociale ulighed på	13
2.2. Hvad er social position	13
2.3. Hvorfor er der sociale forskelle i sundhed?.....	14
2.4. Sundhedsvæsenets rolle.....	16
2.5. Hvordan kan uligheden reduceres / Regions Midtjyllands rolle?	16
3. Sociale forskelle i sundhed for etniske minoriteter	19
3.1. Sundhedsprofil.....	19
3.2. Rygning	21
3.3. Overvægt.....	22
3.4. Uddannelse af det sundhedsfaglige personale	22
3.5. Patientuddannelse	23
4. Sociale forskelle i sundhed for gravide, børn og unge.....	24
4.1. Tidlig jordemoderundersøgelse og forældre-/familieforberedelse	24
4.2. Gravide, der ryger	25
4.3. Gravide, der er overvægtige	27
4.4. Familieambulatorium	28
4.5. Hvordan har du det for børn og/eller unge.....	28
4.6. Sundhedsaftale om gravide, børn og unge.....	29
4.7. Sundhedspolitik i kommunerne	29
5. Sociale forskelle i sundhed for mennesker med kroniske lidelser	31
5.1. Kroniske lidelser.....	31
5.2. Forløbsprogrammer	32
6. Sociale forskelle i sundhed for kræftpatienter	34
7. Sociale forskelle i sundhed for syge-dagpengemodtagere	36
8. Sociale forskelle i sundhed for mennesker med psykiske sygdomme.....	38
8.1. Fysisk sygdom hos psykisk syge.....	38
8.2. Psykisk sygdom hos psykisk udviklingshæmmede	39
8.3. Dobbelt diagnosepatienter.....	40
8.4. Information og undervisning af patienter, pårørende og andre om psykisk sygdom	41

0. Opsummering

Regionsrådet i Region Midtjylland har nedsat et midlertidigt udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed. Udvalget skal drøfte og beskrive på hvilke områder, der gør sig sociale forskelle gældende i sundhed indenfor somatikken og psykiatrien samt belyse konsekvenserne heraf. Dette skal følges af en kortlægning af hvilke tiltag og fokusområder, der kan iværksættes i forhold til påvirkning af sociale forskelle i sundhed.

En række undersøgelser har dokumenteret, at der er store sociale forskelle i sundhed i den danske befolkning. Region Midtjyllands Sundhedsprofil fra 2006 bekræfter dette billede: Kroniske sygdomme, risikable sundhedsvaner og dårligt selv vurderet helbred optræder med betydelig overvægt hos kortuddannede. En sundhedsprofil med deltagelse af de største etniske minoriteter er udarbejdet og er med til at komplettere det samlede billede.

Udvalget har valgt at arbejde med social ulighed i sundhed for følgende grupper:

- Etniske minoriteter
- Gravide, børn og unge
- Mennesker med kroniske lidelser
- Kræftpatienter
- Syge-dagpengemodtagere
- Mennesker med psykiske lidelser

Begrundelsen for, at udvalget har valgt at arbejde med disse områder, er, at sociale forskelle i sundhed er en kendt problemstilling indenfor områderne.

Udvalget præsenterer i nærværende rapport anbefalinger om forebyggelse og behandling indenfor de valgte områder. Anbefalingerne retter sig mod henholdsvis regionen, kommunerne, praksissektoren og sektorerne i fællesskab.

0.1. Anbefalinger for regionen

Udvalget har opstillet en række anbefalinger, som retter sig mod regionen.

Anbefalinger vedr. etniske minoriteter:

Sundhedsprofilen Etniske minoriteters sundhed:

- At der igangsættes analyser, som specielt sætter fokus på hvilke indikatorer og parametre, der kan belyse sociale forskelle i sundhed blandt etniske minoriteter.

Rygestop:

- At hospitalerne efter samtykke fra patienten kan informere bopælskommunen om, at borgeren ønsker at blive kontaktet ang. rygestoptilbud
- At der oprettes gruppebaserede rygestoptilbud målrettet etniske minoriteter

Overvægt:

- At der tilbydes specifik og individuel rådgivning fra praktiserende læger og hospitaler
- At der tilbydes rådgivning om kostændring ved diætister

Anbefalinger vedr. gravide, børn og unge:*Tidlig jordemoderundersøgelse og forældre-/familieforberedelse:*

- At der etableres tidlige jordemoderundersøgelser og forældre-/ familieforberedelse til alle gravide. Forældre-/familieforberedelsen og de tidlige jordemoderundersøgelser skal være med til at sikre, at de socialt sårbare gravide identificeres og får tilbudt en målrettet indsats med henblik på at sikre bedre sundhed og bedre tilknytning

Gravide, der ryger:

- At der tilbydes rygestop (patientrettet forebyggelse) på alle regionens jordemodercentre til alle gravide rygere
- At der etableres et målrettet, differentieret tilbud om rygestop til socialt udsatte gravide

Gravide, der er overvægtige:

- At der tilbydes motions- og kostvejledning i tilknytning til regionens jordemodercentre. Vejledningen gives i de tilfælde, hvor den overvægtige gravide ikke allerede er blevet vejledt herom hos den praktiserende læge eller i kommunen

Familieambulatoriet:

- At familieambulatoriet organiseres på en sådan måde, at alle socialt udsatte familier reelt har tilgængelighed til familieambulatoriet, dvs. at der eksempelvis etableres et center med udgående funktioner til regionens fødesteder

Hvordan har du det for børn og/eller unge:

- At der gennemføres en "Hvordan har du det?" for børn og/eller unge med henblik på at kunne etablere målrettede regionale og kommunale indsatser for målgruppen
- At profilen suppleres med registerundersøgelser for bl.a. at kortlægge forekomsten af kronisk sygdom hos børn

Anbefalinger vedr. mennesker med kroniske lidelser:*Kroniske lidelser:*

- At det tilstræbes, at sundhedspersonalet integrerer viden om sociale forskelle i sundhed i deres møde med alle patienter
- At patientundervisning – herunder rehabilitering – tilbydes systematisk og målrettet
- At der etableres socialt differentierede tilbud til udvalgte målgrupper
- At det undersøges hvilke oplysninger, der med fordel kan/bør være tilgængelige for læger i både primær- og hospitalsektoren
- At der som et forsknings- og udviklingsprojekt samkøres data fra NIP (Nationalt Indikator Projekt) med patientens uddannelsesniveau (DUN = Dansk Uddannelse Nomenklatur)

Forløbsprogrammerne:

- At der implementeres de i forløbsprogrammerne foreslåede differentierede tilbud til patienter

Anbefalinger vedr. kræftpatienter:*Kræft:*

- At resultaterne fra projektet "Ulighed i kræftudredningen" vurderes nærmere, når de foreligger i en endelig form. Udvalget ønsker en nærmere udredning omkring de sociale faktors betydning i relation til de tre forskellige delays – dog primært patient- og systemdelay
- At de sociale faktorer i forbindelse med kræftforløbsprogrammer undersøges nærmere. Herunder ønskes fokus på kræftkoordinatorernes rolle og hvorvidt, de kan medvirke til at sikre, at sociale uligheder så vidt muligt elimineres i forbindelse med kræftbehandlingsforløb
- At det undersøges hvilken rolle, sociale forhold spiller vedrørende rehabilitering på kræftområdet

Anbefalinger vedr. mennesker med psykiske sygdomme:*Fysisk sygdom hos psykisk syge:*

- At der udarbejdes en strategi for sundhedsfremme og forebyggelse for at fremme en sundere livsstil og forebygge livsstilssygdomme hos psykisk syge (kost, motion, rygning mv.)

Psykisk sygdom hos psykisk udviklingshæmmede:

- At der igangsættes en målrettet kompetenceudvikling for psykologer og distriktssygeplejersker, så de under ansvar af en psykiater kan udføre og overtage nogle af de kliniske opgaver, som psykiatere udfører i dag
- At der arbejdes på at få flere psykiatere til at interessere sig for og arbejde med psykisk sygdom hos psykisk udviklingshæmmede
- At der igangsættes en generel efteruddannelse af personalet, som arbejder med udviklingshæmmede, der har en psykisk sygdom
- At der udvikles et screeningsredskab/et skema, som kan anvendes af institutionspersonalet som hjælp til at afgøre, om en beboer bør henvises til psykiatrisk undersøgelse. Screeningsmetoden afprøves som et pilotprojekt på to af Region Midtjyllands bosteder, som har udviklingshæmmede beboere med henblik på eventuel senere udbredelse

Information og undervisning af patienter, pårørende og andre om psykisk sygdom

- At psykoedukationstilbudene (patientuddannelse) i Region Midtjylland kortlægges og beskrives
- At det undersøges og dokumenteres, hvilke målgrupper der deltager, og hvilke der profiterer af de forskellige informations- og undervisningstilbud, for fortsat at udvikle og målrette indsatsen, så alle patientgrupper deltager og får udbytte – med særlig fokus på de socialt dårligt stillede
- At der gives en generel og bred information til virksomheder, jobcentre, A-kasser og uddannelsesinstitutioner om psykisk sygdom, herunder orientering om sygdomsforløb, de forskellige faser og muligheder og vilkår for at arbejde og studere i forskellige perioder

0.2. Anbefalinger for et regionalt-kommunalt samarbejde

Udvalget har opstillet en række anbefalinger, som retter sig mod det regionale-kommunale samarbejde. Udvalget anbefaler, at anbefalingerne indarbejdes i sundhedsaftalerne.

Anbefalinger vedr. etniske minoriteter:

Uddannelse af det sundhedsfaglige personale:

- At regioner og kommuner gennemfører fælles uddannelse af det sundhedsfaglige personale i interkulturel kommunikation og etniske minoriteters sundhed

Patientuddannelse:

- At diabetesskolekonceptet udbredes til andre kroniske sygdomme og andre kommuner i et samarbejde med regionen
- At der etableres et differentieret patientuddannelsesstilbud målrettet etniske minoritetsborgere, som har vanskeligt ved at forstå og finde vej i det danske sundhedsvæsen. Regionen samarbejder med interesserede kommuner.

Anbefalinger vedr. gravide, børn og unge:

Gravide, der ryger:

- At tilbud om ryggestop udbydes i samarbejde med kommunerne

Gravide, der er overvægtige:

- At arbejdsdelingen mellem sektorerne om motions- og kostvejledning indarbejdes i en sundhedsaftale

Familieambulatoriet:

- At der etableres et integreret samarbejde mellem kommunerne og regionen ved eksempelvis at oprette kombinationsstillinger, hvor nogle af medarbejderne i familieambulatoriet er ansat i både en kommune og regionen

Sundhedsaftalen:

- At sundhedsaftalen har fokus på socialt udsatte gravide, børn og unge
- At sundhedsaftalen indeholder følgende:
 - Etablering af strukturer for, hvordan fagpersoner samarbejder tværfagligt og tværsektorielt, når de identificerer socialt udsatte gravide, børn og unge
 - Nedsættelse et fagligt samråd for socialt udsatte gravide, børn og unge, som kan udarbejde anbefalinger og sikre videndeling sektorerne imellem
 - Anbefalinger om hvilke indsatser, regionen og kommunerne kan iværksætte for at sikre, at de nybagte mødre lærer at amme
 - Anbefalinger om hvilke indsatser, regionen og kommunerne kan iværksætte for at skabe en tilknytning mellem forældre og barn
 - Arbejdsdeling mellem sektorerne om kost- og motionsvejledning af overvægtige gravide

Anbefalinger vedr. mennesker med psykiske sygdomme:*Fysisk sygdom hos psykisk syge:*

- At der arbejdes på at skabe bedre sammenhæng mellem almen praksis, kommunerne og regionen i samarbejdet om patienter, der har både en somatisk og en psykisk sygdom

Dobbeltdiagnosepatienter:

- At sundhedsaftalen om de 3 faser følges, og der udarbejdes en status for etablering af lokale fællesteams, etablering af lokal koordinatorfunktion og regionsdækkende videnscenterfunktion. Behovet for specialiserede socialpsykiatriske bosteder vurderes løbende
- At der ydes støtte til etablering og udvikling af det aftalte samarbejde

1. Indledning

Sociale forskelle i sundhed har gennem de seneste årtier fået større opmærksomhed i sundhedsvæsenet. Sundhedsprofiler dokumenterer, at sociale forskelle i sundhed er en realitet, og det vidner om, at staten, regionerne og kommunerne har en opgave i forhold til at reducere de sociale forskelle i sundhed.

For at understrege vigtigheden af, at der sættes fokus på de sociale forskelle i sundhed og, at der handles for at reducere forskellene, har Regionsrådet i Region Midtjylland nedsat et midlertidigt udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed.

1.1. Kommissorium for det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed

Udvalget er nedsat i henhold til beslutning på møde i Regionsrådet den 12. december 2007 og skal fungere i perioden 1. juli 2008 – 31. marts 2009.

Formand: Anders Kühnau (A)
Næstformand: Preben Andersen (V)
Medlemmer: Conny Jensen (A)
Knud Hammer (A)
Leif Mørck (A)
Alice Espenholt (V)
Henrik Qvist (Ø)

Udvalgets formål og opgave

Udvalget skal drøfte og beskrive på hvilke områder, der gør sig sociale forskelle gældende i sundhed indenfor somatikken og psykiatrien samt belyse konsekvenserne heraf. Dette skal følges af en kortlægning af hvilke tiltag og fokusområder, der kan iværksættes i forhold til påvirkning af sociale forskelle i sundhed.

En række undersøgelser har dokumenteret, at der er store sociale forskelle i sundhed i den danske befolkning. Region Midtjyllands Sundhedsprofil fra 2006 bekræfter dette billede: Kroniske sygdomme, risikable sundhedsvaner og dårligt selv vurderet helbred optræder med betydelig overvægt hos kortuddannede. En sundhedsprofil med deltagelse af de største etniske minoriteter er udarbejdet og er med til at komplettere det samlede billede.

Arbejdet handler ikke om de generelle aspekter af social ulighed, men derimod om at sætte fokus på det somatiske og det psykiatriske sundhedsvæsens kompenserende indsats.

Udvalgets arbejdsform

Udvalget udøver sin virksomhed i henhold til den af Regionsrådet vedtagne standardforretningsorden for midlertidige udvalg.

Det midlertidige udvalg skal på baggrund af gennemgang og præsentationer af eksisterende viden og erfaringer på området (forekomst og konsekvenser) diskutere prioriteringen af

problemstillingen i sundhedsvæsenet, herunder med henblik på at fremkomme med overvejelser og eventuelle anbefalinger.

Udvalgets afrapportering

Udvalget udarbejder en redegørelse over udvalgets overvejelser og eventuelle anbefalinger, der kan indgå i bl.a. Regionsrådets og Sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser af spørgsmålet om sociale forskelle i sundhed og mulighederne for at påvirke sådanne forskelle.

1.2. Afgrænsning

Udvalget har valgt at arbejde med social ulighed i sundhed for følgende grupper:

- Etniske minoriteter
- Gravide, børn og unge
- Mennesker med kroniske lidelser
- Kræftpatienter
- Syge-dagpengemodtagere
- Mennesker med psykiske lidelser

Begrundelsen for, at udvalget har valgt at arbejde med disse områder, er, at sociale forskelle i sundhed er en kendt problemstilling indenfor områderne.

Udvalget præsenterer i nærværende rapport anbefalinger om forebyggelse og behandling indenfor emnerne. Anbefalingerne retter sig mod henholdsvis regionen, kommunerne, praksissektoren og sektorerne i fællesskab. Udvalget anbefaler, at de anbefalinger, som retter sig mod det regionale-kommunale samarbejde, indarbejdes i sundhedsaftalerne.

1.3. Udvalgets arbejdsform

Udvalget har afholdt syv møder.

Udvalget har udarbejdet en række anbefalinger om indsatser i forhold til at reducere konsekvenserne af de sociale forskelle i sundhed. Anbefalingerne er drøftet med Sundhedskoordinationsudvalget og Sundhedsbrugerrådet. De anbefalede indsatser retter sig mod kommunerne, praksissektoren og hospitalerne. Hvis de skal implementeres og skabe en god effekt, fordrer det, at sektorerne samarbejder tæt og eksempelvis indarbejder indsatsområderne i sundhedsaftalerne.

I efteråret 2009 afholder udvalget en national konference om sociale forskelle i sundhed. Derudover vil udvalget i foråret 2009 tænde et lighedslys. Lighedslyset er en stafet, der skal sendes rundt i landet for at sætte spot på nogle af de bedste projekter, som allerede er i gang på eksempelvis hospitalerne, i kommunerne eller i almen praksis.

2. Sociale forskelle i sundhed

Det er et fælles politisk mål at give borgere i Region Midtjylland bedre sundhed og livskvalitet, flere gode leveår og så vidt muligt forhindre sygdom i at opstå.

Sundhed for alle

Befolkningens sundhed kan beskrives ud fra de fire målsætninger i WHO's 'Sundhed for alle' strategi, der har inspireret dansk sundhedspolitik i de seneste 25 år. Strategiens målsætninger er:

- Et længere liv
- Et sundere liv
- Et rigere liv
- Lighed i sundhed

Et længere liv handler om at føje år til livet og kan eksempelvis måles ved hjælp af middellevetiden. Middellevetiden i Danmark er generelt stigende, men stadig lavere end i de lande, vi normalt sammenligner os med, og der er store regionale forskelle. Et sundere liv handler om at føje sundhed til livet. Det er et liv, der så vidt muligt er fri for sygdom, og som er præget af sunde vaner, gode levevilkår og et godt helbred. Dette kan eksempelvis måles ved borgerens 'selvvurderet helbred' og sundhedsvaner (fx kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner). Et rigere liv handler om at føje liv til årene. Det handler om livskvalitet. At kunne leve det liv man har lyst til og ikke føle sig begrænset i sine udfoldelser, heller ikke selvom man har en eller flere sygdomme. Livskvalitet kan måles på en række indikatorer, eksempelvis borgerens oplevelse af trivsel, af at være tilfreds med sit arbejde eller føle sig belastet af forholdet til sin partner.

Den sidste målsætning handler om lighed i sundhed. Der er nemlig en betydelig ulighed i fordelingen af sygdom og sundhed i befolkningen. Det vil sige, at jo højere en borger befinder sig på samfundets sociale rangstige, desto større sandsynlighed har han / hun for et både længere, sundere og rigere liv end medborgeren længere nede på den sociale rangstige. Denne forskel i sundhed betyder eksempelvis, at lavere socialgrupper dør mindst tre år tidligere og gennemlever mindst ti år mere med dårligt helbred end højere socialgrupper. Derfor kan de fire målsætninger heller ikke skilles ad. Vi kan ikke nå målsætningerne om et længere, sundere og rigere liv til alle uden samtidig at integrere arbejdet med at opnå lighed i sundhed. Det må derfor overvejes hvilke indsatser, som positivt kan reducere de sociale forskelle i sundhed.

Sociale forskelle i sundheden i Region Midtjylland

Region Midtjyllands Sundhedsprofil (HHDD2 2006) viser meget tydeligt sammenhængen mellem sundhed og social position. Profilen viser eksempelvis, at kroniske sygdomme, risikable sundhedsvaner og dårligt selvvurderet helbred optræder med betydelig overvægt hos kortuddannede (se Tabel 1).

Tabel 1: Social ulighed i sundhed – 25 – 79 år:

Social ulighed i sundhed – 25-79 år	Uddannelsesniveau		
	Lavt	Middel	Højt
	%	%	%
Dårligt selv vurderet helbred	20	12	7
Trivsel og livskvalitet - (nogenlunde, mindre god, dårlig)	30	20	14
Dagligrygere	35	27	15
Svært overvægtige (BMI 30+)	18	14	8
Moderat overvægt (BMI 25-29,9)	37	36	32
Helbredsbetingsbet overførselsindkomst	16	10	7
Overførselsindkomst generelt	36	30	27
En kronisk sygdom			
To eller flere kroniske sygdomme	38	32	27
Psykisk sygdom	4	2	1,5
Angst, depression	12	9	8,6
Højt stressniveau	28	18	13
Region midtjylland	17	57	26
Landet	27	49	22
Tilhører etnisk minoritet			

Kilde: Sundhedsprofil for Region Midtjylland 2006

Justeret for forskelle i alder og køn

Tabellen viser, hvordan andelen af borgere med dårligt selv vurderet selvværd og dårlig trivsel og livskvalitet, med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (rygning) eller med et højt stressniveau stiger i takt med at uddannelsesniveauet falder. Jo lavere uddannelsesniveau en borger har desto større er sandsynligheden for, at han / hun er på syge-dagpenge (helbredsbetingsbet overførselsindkomst), at han / hun lider af en eller flere kroniske sygdomme eller, at han / hun lider af angst / depression.

Hvad er samfundets interesse i at forholde sig til social ulighed i sundhed? Vi har en skandinavisk tradition for at tænke lighedsaspektet ind i stort set al politisk virksomhed. Som samfund har vi ikke bare en interesse i en sund og rask befolkning, men også en etisk forpligtigelse til, at denne sundhed er nogenlunde ligeligt og retfærdigt fordelt blandt befolkningen. Samtidig er der også en klar samfundsøkonomisk interesse i at holde befolkningen rask og produktiv så længe som muligt.

2.1. Forskellige måder at beskrive den sociale ulighed på

Der er to overordnede perspektiver på sociale forskelle i sundhed, som både beskriver uligheden og i forlængelse heraf hvordan, der kan arbejdes med den. Det ene perspektiv fokuserer på *gradienten* i den sociale ulighed i sundhed, altså at der over hele skalaen af socioøkonomiske positioner fra høj til lav ses en social gradient af stigende sygelighed og dødelighed. Her er fokus på befolkningen som helhed og eksempelvis på, hvordan hvert eneste uddannelsesår betyder lavere dødelighed og mindre risiko for sygdom og dårlig trivsel. Gradientperspektivet sigter på et samlet løft af befolkningens sundhed med de højt uddannede som pejlemærke. Der er ikke tale om en lille gruppe af marginaliserede borgere, som er dårligt stillede, men derimod om en graduering, hvor hvert eneste uddannelsesår afspejler sig i borgerens sygdom og sundhed.

Et andet perspektiv i arbejdet med sociale forskelle i sundhed er et fokus på udsatte grupper. Som Tabel 1 viser, er der tale om en graduering fra høj til lav social position, men samtidig er det helt entydigt hos de lavtuddannede, at flest borgere har flest 'problemer'. Derfor er der mening i at fokusere på de særlige grupper, som er udsat for en eller flere belastende sociale forhold og, som lider af sygdomstilstande, der har både biologiske og sociale årsager og, som samtidig har alvorlige sociale konsekvenser. Et perspektiv på udsatte grupper er målrettet et specifikt udsnit af befolkningen og sigter på at bryde den cirkel, hvor sygdom og lav social position forstærker hinanden.

Begge perspektiver er relevante og udelukker ikke hinanden, men deres sundhedspolitiske implikationer er forskellige. I forhold til at skabe en større lighed i sundhed er det nødvendigt med en kombination af tilbud af høj kvalitet rettet mod hele befolkningen og skræddersyede tilbud til dele af befolkningen. På trods af, at vi i Danmark har en lang tradition for lige adgang til sundheds- og velfærdsydelser, er det altså ikke alle, der får lige meget ud af disse tilbud.

2.2. Hvad er social position

Det er ikke entydigt, hvordan social position skal måles, og det gøres da også på flere måder. Det kan eksempelvis være ud fra socialgrupper, uddannelsesniveau, erhverv eller indkomst. Det er dog sådan, at uanset hvilket mål for social position, vi vælger, så ses de sociale forskelle i sundhed således, at de lavest placerede har markant dårligere sundhed end de øverst placerede. Ud af disse forskellige mål er det uddannelse, der slår stærkest igennem.

I et sundhedsfremmeperspektiv vil der i høj grad blive fokuseret på ressourcer og ikke blot indkomst eller uddannelse som mål for social position og sundhed. Med dette mere komplekse, men også nuancerede mål, gives der gode pejlinger på relevante indsatsområder. Et sådant mål for social position er *indeks for leveårsressourcer*. Tankegangen bag dette mål er, at individets mulighed for at nå sine mål i tilværelsen er betinget af de ressourcer, som han eller hun råder over. Udover individets personlige ressourcer og egenskaber påvirkes individets handlemuligheder af fordelingen af ressourcer i befolkningen generelt. I indeks for leveårsressourcer (Tabel 2) måles disse ressourcer og giver tilsammen et sammensat mål for social position.

Tabel 2: Indeks for levekårsressourcer:

<i>Indeks for Levekårsressourcer (Breinholdt Larsen 2003)</i>		
Levekårsressourcer	Hvis ja	Ellers
Gift?	1	0
Børn?	1	0
Bøglig uddannelse?	1	0
Erhvervsindkomst?	1	0
Indkomst > 250.000 kr.?	1	0
Funktionær / selvstændig	1	0
Lederjob?	1	0
Ejerbolig?	1	0
(Dansk som førstesprog?)	1	0

Indekset kan antage værdien 0 – 9, hvor et lavt tal er få ressourcer, og et højt tal er mange ressourcer. Hovedparten af befolkningen befinder sig midt på skalaen (HHDD1, Larsen 2003) Indeks for levekårsressourcer viser det samme billede af fordelingen af sundheden i befolkningen som eksempelvis analyser, der bruger uddannelsesniveau som indikator, men adskiller sig fra mere traditionelle klasse- og socialgruppeinddelinger, fordi det kan rumme individer udenfor arbejdsmarkedet, og det medtager vigtige forhold i den private sfære, som spiller en rolle for individets trivsel. Hertil kommer, at indekset beskriver social position som en placering på et kontinuum snarere end ved tilknytning til en afgrænset gruppe. Indekset giver os en mere nuanceret forståelse af fordelingen af sundhed i befolkningen og de parametre, som påvirker den. Ved socialt differentierede sundhedstilbud vil indeks for levekårsressourcer kunne bruges som et redskab til at indkredse den relevante målgruppe for tilbuddet og til tilrettelæggelse af en indsats, som er relevant for den specifikke målgruppe.

2.3. Hvorfor er der sociale forskelle i sundhed?

Faktorer der bestemmer sundhed

Der er en række forskellige faktorer, som har indflydelse på vores sygdom og sundhed. Nogle af dem er:

- Genetik / arv
- Køn
- Alder
- Miljø / levevilkår
- Sundhedsadfærd

Hvor de tre første er givne faktorer, som vi kun teoretisk kan gøre noget ved, er de to sidstnævnte helt afgørende for vores sygdom og sundhed.

Årsager til social ulighed i sundhed

Det er langt fra entydigt, hvordan sociale forskelle i sundhed opstår. Der er tale om et komplekst problem, hvor mange forhold spiller ind, og hvor der kan være uenighed om hvilke faktorer, der vejer tungest. Helt overordnet kan forklaringerne på social ulighed i sundhed inddeles i 4 kategorier:

- Materielle / strukturelle forhold
- Adfærd og livsstil
- Psykosociale forhold

- Helbred og social mobilitet

Materielle og strukturelle forhold

En årsag til den sociale ulighed i sundhed kan være forskelle i menneskers fysiske levevilkår. Mennesker udsættes for forskellige påvirkninger afhængigt af deres sociale position og eksempelvis fysisk belastende arbejdsforhold, usunde boliger og begrænsede forbrugsmuligheder kan påvirke sundhedstilstanden negativt hos de laveste sociale grupper i samfundet. Man kunne måske tro, at denne ulighed ville forsvinde i takt med, at levevilkårene for den dårligst stillede del af befolkningen er nået op på et vist niveau, men på trods af enorme forbedringer i den materielle velstand er de sociale forskelle i sundhed ikke forsvundet. Forskelle i levevilkår er stadig en medvirkende årsag til sociale forskelle i sundhed – ikke mindst når det gælder arbejdsmiljøet – men det er nødvendigt at søge efter flere forklaringer på, hvad der skaber sociale forskelle i sundhed.

Adfærd og livsstil

En anden forklaring på sociale forskelle i sundhed bygger på en antagelse om, at sundhedstilstanden i befolkningen først og fremmest bestemmes af befolkningens sundhedsvaner. Talrige undersøgelser viser (se Tabel 1), at sundhedsskadelige vaner er mere udbredte blandt personer med lav social position. Der er forskellige mulige forklaringer på dette bl.a. dårligere viden om konsekvensen af usunde vaner, begrænsede muligheder for at vælge sund livsstil (grøntsager er dyre) og mindre tro på, at egen indsats gør en forskel. De socialt dårligere stillede har færre ressourcer, når det gælder om at omsætte ønsker om sund livsstil i handling. Andre forklaringer går på, at livsstil og sundhedsvaner bestemmes af ens gruppetilhørsforhold og, at den lavtuddannede del af befolkningen er mere tilbøjelige til at holde fast i vaner og traditioner. Det er lettere for den højtuddannede del af befolkningen at vælge nye sundhedsvaner i takt med, at der produceres ny viden og nye anbefalinger.

Psykosociale forhold

Det har i empiriske undersøgelser ikke været muligt at forklare de sociale forskelle i sundhed fuldt ud med forskelle i materielle levevilkår og livsstil, hvilket har givet anledning til at undersøge de psykosociale forhold, der belaster individet, og som under ét kaldes for *stressorer*. Det antages, at stress påvirker den enkeltes sundhed på to måder: Gennem stressbetinget adfærd og gennem kroppens fysiologiske stressreaktioner. Stressbetinget adfærd kan eksempelvis være rygning, overdreven brug af alkohol, usunde spisevaner eller aggressiv adfærd i trafikken. Undersøgelser viser en sammenhæng mellem denne type af adfærd og eksempelvis arbejdsløshed og oplevelsen af materielle afsavn på den anden. Dette tolkes som, at stressbetinget adfærd fungerer som en mestingsstrategi med heraf følgende negative konsekvenser for helbredet. Vedvarende stress er en belastning for kroppen og øger risikoen for en række sygdomme bl.a. hjerte-karsygdomme.

Forklaringerne på, hvorfor de dårligst stillede grupper er udsat for et større psykosociale pres end andre, deler sig i to hovedgrupper. Den ene gruppe af forklaringer handler om, at de dårligere stillede sociale grupper har færre ressourcer at håndtere stresspåvirkninger med og derfor oftere oplever et højt stressniveau. Den anden forklaringstype fokuserer på, at de dårligst stillede grupper faktisk udsættes for flere stresspåvirkninger i dagligdagen på grund af deres levevilkår end den øvrige del af befolkningen. Eksempler herpå er dårlig økonomi,

manglende mulighed for selv at tilrettelægge sit arbejde og nedslidende arbejdsmiljø. Nogle forskere peger på, at selve placeringen nederst i det sociale hierarki er den væsentligste årsag til stress.

Helbred og social mobilitet

Det er ikke bare placeringen på samfundets sociale rangstige, der påvirker helbredet. Helbredet kan også påvirke individets sociale position. Et godt helbred er vigtigt både i uddannelsessystemet, på arbejdsmarkedet og i forhold til almindelig trivsel. Et godt helbred kan derfor være med til at fremme den sociale opstigning, mens et dårligt helbred omvendt kan føre til social nedstigning.

Tilsammen bidrager alle disse forklaringsmodeller til en forståelse af social ulighed i sundhed som en kompleks og dynamisk størrelse, som hele tiden er i forandring.

2.4. Sundhedsvæsenets rolle

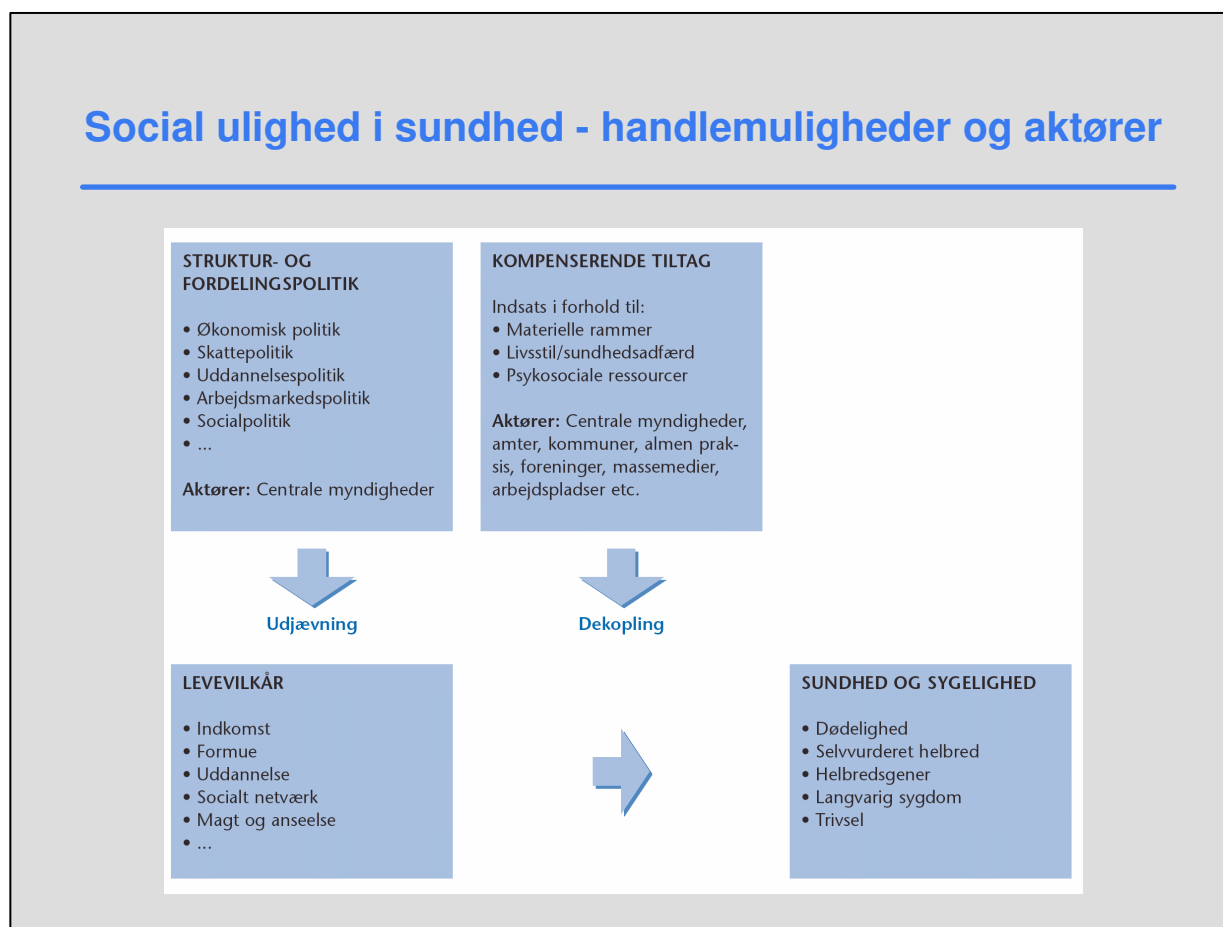
Selvom de sociale forskelle i sundhed ikke i nogen større udstrækning skabes af sundhedsvæsenet, har sundhedsvæsenet gennem sine prioriteringer og ressourcefordelinger potentialet til at påvirke effekten af disse forskelle.

Sundhedsvæsenet er medproducent af sociale forskelle i sundhed. For det første er sundhedsvæsenet – efter mange år med lav vækst – defineret ved en knaphed på ressourcer, som gør det nødvendigt for borgerne at kæmpe om at få adgang. Borgere med flest ressourcer kommer hurtigere til, hvilket bidrager til at øge den sociale ulighed. Hertil kommer, at tiden i sundhedsvæsenet er knap, hvilket betyder, at der ikke er tid til at tage ekstra hensyn til borgere, som har svært ved at udtrykke sig og / eller vanskeligheder med at forstå sundhedspersonalets anvisninger. Derved er der risiko for, at de forlader mødet med sundhedsvæsenet med en ringere forståelse af deres problematik og med ringere mulighed for at efterleve sundhedspersonalets anvisninger. Der er i sundhedsvæsenet ikke tid til – eller tradition for – systematisk at anlægge et socialt differentieret perspektiv i hverdagens møder med patienterne.

2.5. Hvordan kan uligheden reduceres / Regions Midtjyllands rolle?

Der er forskellige måder at arbejde med sociale forskelle i sundhed. En måde er at iværksætte strukturelle ændringer. Velfærdsudviklingen i en række lande viser, at hvis der systematisk satses på at forbedre levevilkårene, eksempelvis boligforhold, indkomst, beskæftigelse og uddannelsesniveau for alle, reduceres de sociale forskelle gradvist. Dette kræver nogle lovgivningsmæssige tiltag, som primært varetages andre steder end i regionerne, men er dog heller ikke den eneste mulighed.

Figur 1: Social ulighed i sundhed – handlemuligheder og aktører:



En måde at arbejde med de sociale forskelle i sundhed er gennem en helt overordnet struktur- og fordelingspolitik. Velfærdsudviklingen i en række lande viser, at hvis der systematisk satses på at forbedre levevilkårene, eksempelvis boligforhold, indkomst, beskæftigelse og uddannelsesniveau for alle, så reduceres de sociale forskelle gradvist. Man taler dog også om strukturel forebyggelse på et andet niveau, hvor man gennem politiske initiativer eksempelvis vælger at hæve afgifter på alkohol og tobak eller vælger at anlægge cykelstier og sørge for let adgang til rekreative områder. Begge niveauer kræver lovgivnings- og reguleringsmæssige tiltag eller andre politiske beslutninger, som primært varetages andre steder end i regionerne, men er dog heller ikke den eneste mulighed. Foruden at arbejde med strukturerne bag den sociale ulighed kan der arbejdes med en dekobling af konsekvenserne af den sociale ulighed.

Som supplement til struktur- fordelingspolitikken er der gode erfaringer med kompenserende indsatser målrettet specifikke arenaer eller målgrupper. De kompenserende tiltag søger at dekolle årsagssammenhængen mellem levevilkår og sundhed/sygelighed ved at fokusere på effekterne af den sociale ulighed, som bl.a. kommer til udtryk i risikabel sundhedsadfærd og ringere udbytte af sundhedsvæsenets tilbud. Med kompenserende indsatser kan man iværksætte særlige tiltag, som er målrettet at udligne konsekvenserne af den sociale ulighed og ikke så meget årsagerne til den. Eksempelvis gennem differentierede tilbud og tilbud målrettet særligt sårbare grupper. Dette er områder, hvor regionen kan bidrage med tiltag, som kan iværksættes indenfor rammerne af sundhedsaftalerne.

Tilbud kan organiseres på forskellig vis:

- Integrerede tilbud
- Socialt differentierede tilbud
- Specielle tilbud

I et integreret tilbud indgår alle uanset sociale position i det samme tilbud, som tilrettelægges på en sådan måde, at fleste mulige i målgruppen deltager. Den opsøgende, forebyggende og behandlende kommunale tandpleje er et godt eksempel på et sådant integreret tilbud. Et tilbud om systematisk rehabilitering eller patientuddannelse til alle med behov ville ligeledes være et integreret tilbud.

Et socialt differentieret tilbud kan tage udgangspunkt i et eksisterende, integreret tilbud, men samtidig tage højde for, at dele af målgruppen har særlige sociale vilkår, som betyder, at der er behov for 'noget særligt' for, at denne del af målgruppen skal få optimalt udbytte af tilbuddet. Socialt differentieret hjerterehabilitering er et eksempel.

Endelig kan der iværksættes specielle tilbud målrettet specifikke grupper. Fordelen ved unikke tilbud er, at de meget præcist kan tilgodese særlige behov. Ulempen er, at de ofte planlægges som forsøgs- og udviklingsprojekter, og konsekvensen kan være, at tilbuddene forsvinder, når projektet ophører. Et eksempel på et specifikt tilbud er Århus Kommunes diabeteskole for etniske minoritetspatienter, der startede som et forsøg, men som nu er sat i drift på baggrund af de gode erfaringer.

Hvilke indsatser, der vælges, afhænger af, om formålet med indsatsen er at arbejde med gradienten og løfte hele befolkningen eller at arbejde med udsatte grupper. Der er ikke tale om, at tilbud nødvendigvis er enten/eller, og man kan forestille sig tilbud, som ændrer status.

Der er i Danmark en lang og god tradition for at give borgerne lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Målet med denne lige adgang er at skabe en chancelighed, hvor alle borgere i princippet har de samme muligheder for sundhed. Den eksisterende viden om sociale forskelle i borgernes sundhed viser dog, at det at skabe lige adgang er ikke det samme som at sikre lige udbytte og et fokus på både *chancelighed* og *resultatlighed* er derfor nødvendigt. Med dette dobbelte perspektiv søger man at sikre, at alle borgere har adgang til, benytter sig af og får det nødvendige og mest optimale udbytte af sundhedsvæsenets tilbud.

3. Sociale forskelle i sundhed for etniske minoriteter

Gennem de seneste årtier er der blevet flere borgere i Danmark med anden etnisk baggrund end dansk. Både på nationalt, regionalt og kommunalt niveau arbejdes der med at understøtte disse borgeres integration i det danske samfund som ligeværdige og deltagende medborgere. Eksempelvis sprogkundskaber, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning spiller en helt central rolle for graden af integration og i forlængelse heraf for borgernes trivsel og sundhed.

En etnisk heterogen befolkning stiller også sundhedsvæsenet over for en række nye udfordringer, idet det ikke er givet, at etniske minoriteter har samme behov eller får samme udbytte af en sundhedsindsats som majoritetsbefolkningen. Det er derfor en stor udfordring for regioner og kommuner at kunne imødekomme etniske minoritetsgruppers behov på en måde, som retter sig mod de væsentligste sundhedsproblemer og samtidig opleves relevante, vedkommende og forståelige for målgruppen.

3.1. Sundhedsprofil

Viden om sygdom, sundhed og sundhedsadfærd er en forudsætning for at kunne målrette og kvalificere sundhedsarbejdet i region og kommuner. Viden om alle grupper i samfundet er et væsentligt grundlag for at kunne målrette tilbuddene og give alle lige muligheder for at opnå sundhed.

Rapporten *Etniske minoriteters sundhed*, udarbejdet af et nationalt partnerskab, beskriver bl.a. selvrapporeret helbred, langvarig sygdom, sundhedsadfærd og psykisk sundhed for syv etniske minoritetsgrupper og en dansk referencegruppe. Der ses markante forskelle.

Selvvurderet helbred og sygdomsbelastning er to eksempler på, hvordan de syv etniske minoritetsgrupper signifikant adskiller sig fra etniske danskere. Flere har dårligt selvvurderet helbred og flere har 3 eller flere sygdomme (Tabel 3 og Tabel 4).

Tabel 3: Dårligt selv vurderet helbred - køn, alder og oprindelsesland:

Tabel 3.1 Dårligt selv vurderet helbred - køn, alder og oprindelsesland

	INDVANDRERE								EFTERKOMMERE		
	Danmark (18-66 år)	Ex-Jugoslavien	Irak	Iran	Libanon/Palæstina	Pakistan	Somalia	Tyrkiet	Pakistan	Tyrkiet	Danmark (18-39 år)
Procent											
Køn											
Kvinder	11	37	42	23	35	38	21	31	5	6	7
Mænd	9	28	33	22	25	15	11	17	5	9	6
Alder											
18-29 år	6	8	18	7	9	16	6	6	5	7	6
30-39 år	6	24	37	22	33	22	10	19	5	17	6
40-49 år	9	40	50	29	43	34	17	35	-	-	-
50-66 år	16	63	58	34	63	42	31	44	-	-	-
Alle	10	33	37	22	30	28	13	23	5	7	6
Alle - standardiseret*	10	41	48	27	42	29	22	29	5	12	6

■ Signifikant lavere end etniske danskere
■ Signifikant højere end etniske danskere

*) Køns- og aldersstandardiseret
 - Ingen deltagere

Tabel 4: Sygdomsbelastning – oprindelsesland:

Tabel 5.2 Sygdomsbelastning* - oprindelsesland

	INDVANDRERE								EFTERKOMMERE		
	Danmark (18-66 år)	Ex-Jugoslavien	Irak	Iran	Libanon/Palæstina	Pakistan	Somalia	Tyrkiet	Pakistan	Tyrkiet	Danmark (18-39 år)
Procent											
Ingen sygdom	49	29	25	37	28	30	29	30	56	61	56
En sygdom	27	18	12	21	14	26	18	22	25	20	22
To sygdomme	13	12	15	17	11	14	13	20	10	9	11
Tre eller flere	11	41	48	25	47	30	40	28	8	10	11

■ Signifikant lavere end etniske danskere
■ Signifikant højere end etniske danskere

* Køns- og aldersstandardiseret

I forhold til den etnisk danske befolkning er uddannelse den enkeltfaktor, som bedst kan beskrive sociale forskelle, men vi ved ikke, hvordan det forholder sig for de etniske minoritetsgrupper. Faktorer som indkomst, arbejdssituation, civilstatus, netværk, bolig, graden af integration og sprogkunderskaber kan vise sig i større eller mindre udstrækning at have betydning for sundhed. I rapporten om etniske minoriteters sundhed er der ikke fokuseret på sociale forskelle, men undersøgelsen bag rapporten giver muligheder for yderligere vigtige og relevante analyser på dette område.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. sundhedsprofiler:

Indsats i regionen

- At der igangsættes analyser, som specielt sætter fokus på hvilke indikatorer og parametre, der kan belyse sociale forskelle i sundhed blandt etniske minoriteter

3.2. Rygning

Publikationen *Etniske minoriteters sundhed* viser jfr. nedenstående faktaboks, at der er markant flere rygere og storrygere blandt de etniske minoriteter end blandt de etniske danskere. Der er evidens for, at rygning har en stor skadelig effekt på helbredet. Som følge af, at der både er mange rygere og mange, der ønsker at holde op med at ryge blandt de etniske minoriteter, er der et stort forebyggelsespotentiale på dette område.

Fakta

- 33-40 % indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Libanon/Palæstina og Tyrkiet ryger dagligt (25 % blandt etniske danskere)
- 43 % efterkommere (2. generation) fra Tyrkiet ryger dagligt (21 % blandt etniske danskere)
- I alle etniske grupper er der en større andel dagligrygere og storrygere blandt mænd end blandt kvinder
- Mere end halvdelen af alle rygere ønsker at holde op

For at reducere antallet af rygere blandt de etniske minoriteter, skal der på kort sigt etableres rygestoptilbud, som er målrettet de etniske minoriteter.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. rygestop:

Indsats i regionen

- At hospitalerne efter samtykke fra patienten kan informere bopælskommunen om, at borgeren ønsker at blive kontaktet ang. rygestoptilbud
- At der oprettes gruppebaserede rygestoptilbud målrettet etniske minoriteter

Indsats i praksissektoren

- At der tilbydes specifik og individuel rådgivning om rygestoptilbud

Indsats i kommunerne

- At tilbud om rygestop tilpasses målgruppen (f.eks. sprog, pædagogik) og etableres i en arena, som gør det muligt for målgruppen at deltage (f.eks. boligområder, arbejdspladser med mange etniske minoriteter, uddannelsesinstitutioner med mange etniske minoritetsstuderende)

3.3. Overvægt

Publikationen *Etniske minoriteters sundhed* viser jfr. nedenstående faktaboks, at svær overvægt er et markant større problem blandt nogle etniske minoriteter end blandt etniske danskere. Svær overvægt er skadeligt for helbredet, og der ligger derfor en forebyggelsesopgave på dette område. Forebyggelsesopgaven omfatter både kostændring og mere fysisk aktivitet.

Fakta

- 17-23 % blandt indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Libanon/Palæstina, Pakistan, Iran og Tyrkiet er svært overvægtige (11 % blandt etniske danskere)
- Forekomsten af moderat og svær overvægt er større i den ældste end i den yngste aldersgruppe blandt samtlige etniske grupper

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. overvægt:

Indsats i regionen

- At der tilbydes specifik og individuel rådgivning fra praktiserende læger og hospitaler
- At der etableres tilbud om kostændring ved diætister

Indsats i kommunerne

- At der etableres tilbud om fysisk aktivitet målrettet målgruppen og i arenaer, som gør det muligt for målgruppen at deltage

3.4. Uddannelse af det sundhedsfaglige personale

Etniske minoritetsgrupper har hyppigere kontakt til sundhedsvæsenet – herunder almen praksis – end etniske danskere. Til trods herfor finder etniske minoritetspatienter det ofte vanskeligt at navigere i det danske sundhedsvæsen, ligesom sundhedsvæsenet har svært ved at rumme patienter, som ikke har forkundskaber om systemet, dårlige danskundskaber og er socialt isolerede. De opleves tillige at have behov for mere tid i forhold til kontakten. Resultatet kan nemt blive, at gensidige forventninger og krav ikke kommunikerer tydeligt, at der opstår misforståelser og, at etniske minoritetspatienter ikke kan udnytte tilbuddene eller får for ringe udbytte.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. uddannelse af det sundhedsfaglige personale:

Indsats i regionen, kommunerne og praksissektoren

- At regioner og kommuner gennemfører fælles uddannelse af det sundhedsfaglige personale i interkulturel kommunikation og etniske minoriteters sundhed

3.5. Patientuddannelse

Både nationalt, regionalt og kommunalt er der fokus på patientuddannelse og på uddannelsesforløb, der er tilstrækkeligt differentierede til at nå alle grupper af borgere, der har behov. Dokumentation om etniske minoriteters sundhed peger således i samme retning og viser behovet for en differentieret indsats for denne gruppe borgere. Der er behov for to typer af målrettede tilbud:

1. Tilbud til etniske minoritetspatienter med kroniske sygdomme (Diabetes, KOL, Hjertekarsygdomme)
2. Tilbud til etniske minoritetspatienter, der oplever det vanskeligt at forstå og navigere i det danske sundhedsvæsen. Eksempelvis patienter, som bruger sundhedsvæsenet ofte og u hensigtsmæssigt

Diabetesskole for etniske minoriteter – et eksempel

Der er gode erfaringer med diabetesskole for henholdsvis tyrkisk- og arabisktalende mænd og kvinder. Undervisningen er dialogbaseret og kombinerer højt specialiseret faglig viden med deltagernes egne erfaringer. Undervisningen integrerer ligeledes tolkning og tokulturelle medarbejdere. Initiativet startede som et projektsamarbejde i Århus Kommune med Århus Sygehus og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet. På baggrund af de gode erfaringer er initiativet nu overgået til kommunal drift og udvidet til også at inkludere somalisktalende diabetespatienter. (Kilde: Wittrup/Kristensen (2007): Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet)

Et målrettet uddannelsesstilbud vil bidrage til at give etniske minoriteter viden om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering i det danske samfund samt motivation og handlekompetencer til en højere grad af deltagelse, egenomsorg og mestring.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. patientuddannelse:

Indsats i regionen og kommunerne

- At diabetesskolekonceptet udbredes til andre kroniske sygdomme og andre kommuner i et samarbejde med regionen
- At der etableres et differentieret patientuddannelsesstilbud målrettet etniske minoritetsborgere, som har vanskeligt ved at forstå og finde vej i det danske sundhedsvæsen. Regionen samarbejder med interesserede kommuner

4. Sociale forskelle i sundhed for gravide, børn og unge

Der er betydelige sociale forskelle i sundhed mellem børn af forældre i forskellige socioøkonomiske grupper og forskel i sundhed mellem vordende forældre i forskellige socioøkonomiske grupper. Jo højere forældrene er placeret i de sociale lag, jo bedre er forældrenes og børnenes sundhed.

4.1. Tidlig jordemoderundersøgelse og forældre-/familieforberedelse

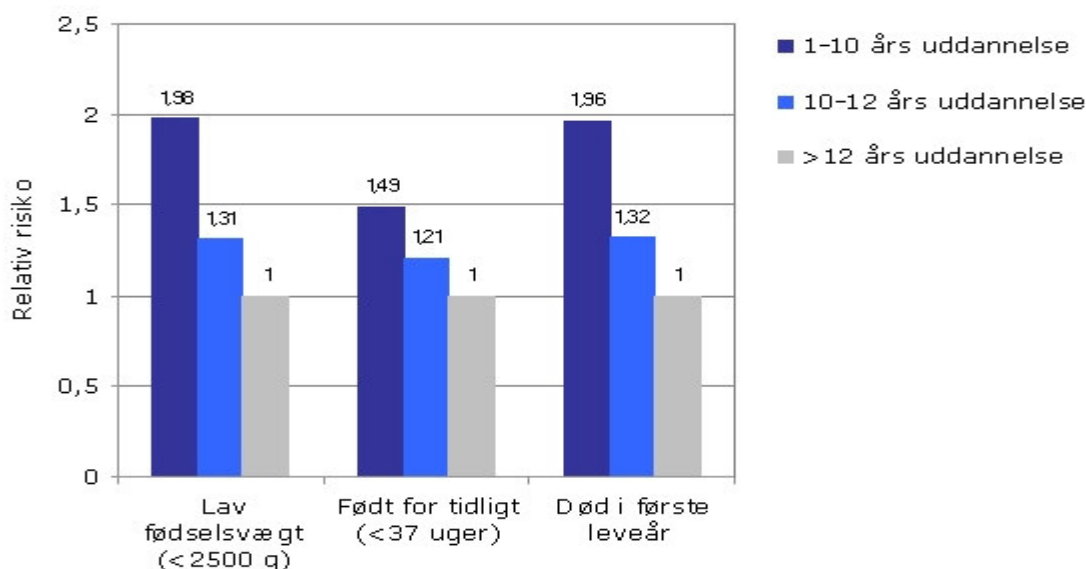
Fødestederne i Region Midtjylland har forskelligartede tilbud til de gravide. Det er ikke alle fødestederne, som har tilbud specielt målrettet socialt udsatte gravide/familier.

Fakta

Når en kvinde fra en af de dårligst stillede sociale grupper i Danmark føder et barn, er der større risiko for, at barnet har lav fødselsvægt, bliver født for tidligt eller dør, end hvis kvinden tilhører en bedre stillet social gruppe.

Som vist i figuren har børn født af mødre med kort uddannelse dobbelt så stor risiko for at veje mindre end 2500 gram ved fødslen og dobbelt så stor risiko for at dø inden for det første leveår sammenlignet med børn født af veluddannede mødre. Risikoen for at blive født for tidligt er endvidere en halv gang større for børn født af mødre med kort uddannelse end for børn født af veluddannede mødre.

Tabel 5: Relativ risiko for børn født i 2003 for lav fødselsvægt, for tidlig fødsel og død i første leve år, i relation til moderens uddannelseslængde:



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister og Danmarks Statistik, 2008.

Spædbørnsforskningen har vist, at det er i relation til andre, at spædbarnets psykiske og sociale kompetencer udvikles. Studier viser, at kvaliteten af tilknytning har tydelig sammenhæng med barnets fortsatte psykologiske udvikling. Hvis relationen er god, og

forældrene har kunnet besvare spædbarnets behov, øger det sandsynligheden for, at barnet udvikler en tryk tilknytning. Hvis den voksne derimod ikke lykkes med relation i barnets første levemåneder, har moren eksempelvis af forskellige årsager været utilgængelig, afvisende, eller har hendes gensvar på barnets signaler været mangelfuld eller uforudsigelig, udvikler barnet forskellige typer af utryk tilknytning.

Fakta

Hos cirka 20-30 % af spædbørn lykkes tilknytningen til forældrene ikke på en tryk måde. Der er en betydelig social gradient, idet risiko for utryk tilknytning tidobles, hvis familierne har problemer med misbrug, svær sygdom og/eller interne konflikter (Stern, 2002)

Tilknytningsmønstre er relative stabile fra spædbarnsalderen til voksenalderen. Hermed menes, at den person, der har en tryk tilknytning som spædbarn, beholder denne trykhed livet igennem. Forskning viser, at forældre, der selv har et trykt tilknytningsmønster, har langt større sandsynlighed for at få børn med en tryk tilknytning end forældre med utryk tilknytning.

Parat til barn - et eksempel

Udvalget er blevet præsenteret for projektet "Parat til barn", som er gennemført på Århus Universitetshospital Skejby. Formålet med projektet er at undersøge effekten af fødselsforberedelse. Deltagerne i projektet deltager i et undervisningsprogram, som omhandler fødslen, det nyfødte barn samt parforhold og forældreskab.

Projektet konkluderer, at deltagelse i "Parat til barn" øger førstegangsfødendes mestringssevne i forbindelse med fødslen og, at førstegangsfødendes deltagelse i "Parat til barn" er cost effektivt for samfundet.

"Parat til barn" og tilsvarende forældre- /familieforberedelseskurser kan fungere som et screeningsredskab til en tidlig indsats overfor eksempelvis socialt udsatte gravide, som kan have behov for at lære at mestre deres graviditet og forældreskab. Indsatsen kan betyde et reduceret forbrug af sundhedsydelser.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. tidlig jordemoderundersøgelse og forældre-/familieforberedelse:

Indsats i regionen

- At der etableres tidlige jordemoderundersøgelser og forældre-/ familieforberedelse til alle gravide. Forældre-/familieforberedelsen og de tidlige jordemoderundersøgelser skal være med til at sikre, at de socialt sårbare gravide identificeres og får tilbudt en målrettet indsats med henblik på at sikre bedre sundhed og bedre tilknytning

4.2. Gravide, der ryger

Rygning er den enkeltfaktor, der har størst indflydelse på udfaldet af graviditet, fødsel og barnets sundhed. Rygning forårsager øget risiko for abort, for tidlig fødsel, for lav fødselsvægt,

blødning, kompliceret fødsel, dødfødsel, visse misdannelser og spædbarnsdød. Endvidere er der bl.a. fundet sammenhæng mellem moderens rygning i graviditeten og øget forekomst af luftvejsinfektioner, astma, kolik, medfødt nedsat lungefunktion, adfærdsforstyrrelser og nedsat fertilitet.

Fakta

- Antallet af rygere blandt gravide er faldende, men antallet af storrygere blandt gravide er konstant i perioden 1997-2005 (Kirsten Egebjerg Jensen, data fra Medicinsk fødselsregister)
- I Region Midtjylland ryger 38-40 % af de 25-44 årige lavt uddannede kvinder og 11 - 13% af de 25 - 44 årige højtuddannede kvinder. Der er således stor social ulighed

Den hidtidige indsats har i høj grad haft effekt på de højtuddannede og på gravide med lavt tobaksforbrug. Storrygere, som ofte tilhører de socialt udsatte gravide, har brug for individuelt tilpassede rygestopforløb i jordemodercentret med mulighed for tæt samarbejde med konsultationsjordemoderen. Mange gravide holder op med at ryge, når graviditeten konstateres, og fremstår derfor til første lægeundersøgelse som ikke-rygere. Imidlertid falder mange tilbage efter kort tid, og det er derfor vigtigt, at alle gravide tilbydes tidlig jordemoderundersøgelse, hvor fokus netop er livsstil: kost, alkohol, rygning, motion og arbejdsmiljø, så jordemoderen kan henvise til støtte til rygeophør hos rygestoprådgiver i jordemodercentret.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. gravide, der ryger:

Indsats i regionen

- At der tilbydes rygestop (patientrettet forebyggelse) på alle regionens jordemodercentre til alle gravide rygere
- At der etableres et målrettet, differentieret tilbud om rygestop til socialt udsatte gravide

Indsats i regionen og kommunerne

- At tilbud om rygestop udbydes i samarbejde med kommunerne

4.3. Gravide, der er overvægtige

Svær overvægt hos gravide forekommer oftest hos de socialt udsatte gravide. Der er evidens for, at overvægt ofte kan medføre komplikationer ved fødslen. Som følge heraf er det vigtigt, at den overvægtige gravide får hjælp til at føre en sundere livsstil under graviditeten. En livsstilsændring vil endvidere mindske risikoen for, at barnet vokser op i en overvægtig familie med overvægt til følge.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. gravide, der er overvægtige:

Indsats i regionen

- At der tilbydes motions- og kostvejledning i tilknytning til regionens jordemodercentre. Vejledningen gives i de tilfælde, hvor den overvægtige gravide ikke allerede er blevet vejledt herom hos den praktiserende læge eller i kommunen

Indsats i regionen og kommunerne

- At arbejdsdelingen mellem sektorerne om motions- og kostvejledning indarbejdes i en sundhedsaftale

4.4. Familieambulatorium

Det er lovbestemt, at der skal etableres et familieambulatorium i Region Midtjylland.

Målgruppen for familieambulatoriet er gravide med forbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medikamenter, gravide med HIV-infektion og børn i alderen 0-6 år, som blev udsat for rusmidler fra moren i fosterlivet. Formålet med familieambulatoriet er at forebygge medfødte skader og sygdomme og forebygge fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb. Familieambulatoriet iværksætter indsatser overfor socialt udsatte familier og følger familierne, til børnene er mellem 4 og 7 år gamle.

Anbefalinger

I forhold til Region Midtjylland er det en stor udfordring, at de socialt udsatte familier er bosat over hele regionen.

Udvalget anbefaler vedr. familieambulatoriet:

Indsats i regionen

- At familieambulatoriet organiseres på en sådan måde, at alle socialt udsatte familier reelt har tilgængelighed til familieambulatoriet, dvs. at der eksempelvis etableres et center med udgående funktioner til regionens fødesteder

Indsats i regionen og kommunerne

- At der etableres et integreret samarbejde mellem kommunerne og regionen ved eksempelvis at oprette kombinationstillinger, hvor nogle af medarbejderne i familieambulatoriet er ansat i både en kommune og regionen

4.5. Hvordan har du det for børn og/eller unge

Forekomsten af langvarige sygdomme hos børn i Danmark er relativt dårligt belyst. Statens Institut for Folkesundhed konstaterede i 2000 i sin rapport om sundhed og sygelighed, at 16,2 % af børnene i alderen 0-16 år har mindst en langvarig sygdom. Forekomsten steg gennem småbørnsalderen og var højest hos børn af forældre med lav socioøkonomisk status eller kort uddannelse.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. Hvordan har du det for børn og/eller unge:

Indsats i regionen

- At der gennemføres en "Hvordan har du det?" for børn og/eller unge med henblik på at kunne etablere målrettede regionale og kommunale indsatser for målgruppen
- At profilen suppleres med registerundersøgelser for bl.a. at kortlægge forekomsten af kronisk sygdom hos børn

4.6. Sundhedsaftale om gravide, børn og unge

Regionen og kommunerne har aftalt at udarbejde et forslag til en frivillig sundhedsaftale for gravide, børn og unge. Der er i den forbindelse nedsat en tværsektoriel temagruppe. Det overordnede mål for temagruppens arbejde er at forbedre livskvalitet og sundhed under graviditet, fødsel, barsel og familiedannelse samt for børn og unge og deres familier. Hensigten er at skabe sammenhæng i patientforløb og at samarbejde om sundhedsindsatsen for de nævnte grupper på tværs af sektorer.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. sundhedsaftalen:

Indsats i regionen og kommunerne

- At sundhedsaftalen har fokus på socialt udsatte gravide, børn og unge
- At sundhedsaftalen indeholder følgende:
 - Etablering af strukturer for, hvordan fagpersoner samarbejder tværfagligt og tværsektorielt, når de identificerer socialt udsatte gravide, børn og unge
 - Nedsættelse af et fagligt samråd for socialt udsatte gravide, børn og unge, som kan udarbejde anbefalinger og sikre videndeling sektorerne imellem
 - Anbefalinger om hvilke indsatser, regionen og kommunerne kan iværksætte for at sikre, at de nybagte mødre lærer at amme
 - Anbefalinger om hvilke indsatser, regionen og kommunerne kan iværksætte for at skabe en tilknytning mellem forældre og barn
 - Arbejdsdeling mellem sektorerne om kost- og motionsvejledning af overvægtige gravide

4.7. Sundhedspolitik i kommunerne

Kommunerne i Region Midtjylland har udarbejdet generelle sundhedspolitikker. Region Midtjylland vil gerne indgå i dialog med kommunerne angående udarbejdelse af en sundhedspolitik for gravide, børn og unge med særlig fokus på de socialt udsatte, således indsatsen i regionen og kommunerne kan afstemmes.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. sundhedspolitik:

Indsats i kommunerne

- At kommunerne vedtager og implementerer en sundhedspolitik for gravide, børn og unge. Sundhedspolitikken bør gælde for alle gravide, børn og unge, men den bør have særlig fokus på de socialt udsatte og indeholde sundhedsfremmende foranstaltninger samt understøtte det kommunale arbejde med gravide, børn og unges sundhed
- At kommunerne offentliggør sine tilbud til socialt udsatte gravide, børn og unge på www.praksis.dk

5. Sociale forskelle i sundhed for mennesker med kroniske lidelser

Den stigende forekomst af kroniske sygdomme udgør en stor udfordring for sundhedsvæsenet. Mens sundhedsvæsenet tidligere først og fremmest skulle tage sig af akutte helbredsproblemer, er der nu i langt højere grad brug for et sundhedsvæsen, som kan servicere mennesker gennem langvarige sygdomsforløb. Ved de fleste kroniske sygdomme spiller patientens egen indsats en rolle for sygdomsforløbet (Kilde: Kroniske patienter – sociale forskelle i sundhedsvaner, Finn Breinholt Larsen, 2007).

5.1. Kroniske lidelser

På baggrund af "Hvordan har du det?" er der udarbejdet en særskilt analyse "Kroniske patienter: Sociale forskelle i sundhedsvaner". Analysen undersøger 17 kroniske sygdomme, der hver især bidrager væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen.

Fakta

- Ved 15 ud af 17 sygdomme er andelen af kortuddannede signifikant højere end i hele befolkningen. Der er 17 % kortuddannede i hele befolkningen. Andelen af kortuddannede i de 15 patientgrupper varierer fra 20 % ved diskusprolaps/anden rygssygdom til 36 % ved KOL
- Ved 9 ud af 17 sygdomme er der en signifikant lavere andel, der er gift/samlevende end i befolkningen som helhed
- Ved 15 ud af 17 sygdomme er andelen i arbejde lavere end i befolkningen som helhed. Andelen svinger fra 15 % ved grå stær til 70 % ved allergi
- Ved 16 ud af 17 sygdomme er andelen af rygere højere hos de kortuddannede end hos de højtuddannede
- Ved 14 ud af 17 sygdomme har kortuddannede en signifikant højere andel med et usundt kostmønster end højtuddannede
- Ved 15 ud af 17 sygdomme har de kortuddannede den højeste andel af fysisk inaktive

Rygning, usunde kostvaner og fysisk inaktivitet er kendte risikofaktorer for hovedparten af undersøgelsens 17 kroniske sygdomme. Desuden øger de tre faktorer risikoen for nye kroniske sygdomme og dermed for en nedadgående helbredsmæssig spiral.

Undersøgelsen viser, at der er en stor opgave i at fremme rygestop, sunde kostvaner og fysisk aktivitet blandt kroniske patienter – ikke mindst hos de kortuddannede patienter. Det generelle billede er, at flere kortuddannede med en kronisk sygdom ryger, har et usundt kostmønster og er fysisk inaktive. Dette er med til at forstærke den sociale ulighed i sundhed (Kilde: Kroniske patienter: Sociale forskelle i sundhedsvaner, Finn Breinholt Larsen, 2007).

Der er behov for, at der iværksættes forskellige undersøgelser og tiltag med henblik på - på sigt - at udligne de sociale forskelle i sundhedsvæsnets indsats inden for både forebyggelse, behandling og rehabilitering.

Sundhedspersonalet skal gøres mere bevidst om de sociale forskelles betydning og dermed sikre, at de enkelte sundheds- og behandlingstilbud tilpasses den enkelte patients ressourcer og behov. Det er af betydning, at der skabes en systematisk opmærksomhed på disse forhold.

På baggrund af de sociale og uddannelsesmæssige forholds betydning, kan tilgængeligheden af simple data for læger i primær- og sekundærsektoren vedrørende patienternes uddannelse, civilstatus og boligforhold være væsentlige elementer i forhold til tilrettelæggelse af et videre forløb hvad enten, det drejer sig om forebyggelse, behandling eller rehabilitering.

Data fra NIP (Nationalt Indikator Projekt) kan sammenkøres med DUN (Dansk Uddannelse Nomenklatur) med henblik på at skabe en supplerende viden omkring betydningen af patientuddannelsesvision og den behandling, patienterne modtager i sundhedsvæsnets. Spørgsmålet er, om der følges en identisk procedure for alle patienter uanset hvilken social status, de har. Kan der identificeres faglige forskelle i behandlingstilbuddene, som har en sammenhæng med patientens uddannelsesniveau? Sammenhængen mellem uddannelse og rehabilitering ønskes ligeledes belyst.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. kroniske lidelser:

Indsats i regionen

- At det tilstræbes, at sundhedspersonalet integrerer viden om sociale forskelle i sundhed i deres møde med alle patienter
- At patientundervisning – herunder rehabilitering – tilbydes systematisk og målrettet
- At der etableres socialt differentierede tilbud til udvalgte målgrupper
- At det undersøges hvilke oplysninger, der med fordel kan/bør være tilgængelige for læger i både primær- og hospitalssektoren
- At der som et forsknings- og udviklingsprojekt samkøres data fra NIP (Nationalt Indikator Projekt) med patientens uddannelsesniveau (DUN = Dansk Uddannelse Nomenklatur)

5.2. Forløbsprogrammer

Der er dokumentation for, at sundhedsvæsenets indsats i forhold til kronisk sygdom kan blive bedre. På baggrund heraf har Region Midtjylland i samarbejde med kommunerne og praksis valgt at udarbejde forløbsprogrammer for diabetes, KOL og hjertekarsygdom. Det anbefales i de tre forløbsprogrammer, som er under udarbejdelse, at patienterne tilbydes en individuel tilpasset rehabiliteringsindsats, som bl.a. er målrettet socialt udsatte borgere. Den sundhedsprofessionelle vurderer sammen med borgeren hvilke tilbud, der er relevante. Der tages udgangspunkt i et helhedssyn på borgerens livsvilkår.

Fakta

- Lav social klasse, få år i uddannelsessystemet eller manglende erhvervsuddannelse øger risikoen for at få en hjertekarsygdom og dø af den
- Personer med kort uddannelse har tillige dårligere prognose efter blodprop i hjertet. De har således højere dødelighed efter udskrivelsen og større risiko for fornyet blodprop end patienter, der er højt uddannede
- Mennesker, der lever alene, mangler social støtte, oplever belastninger i livet eller mangler fortrolige i deres sociale netværk, har en dårligere prognose efter blodprop i hjertet

Lavt uddannede patienter, enlige patienter, der oplever depression eller har flere sygdomme, har samtidig laveste tilslutning og gennemførelsesgrad i hjerterehabilitering. Det kan dog lade sig gøre at rekruttere og fastholde lavt uddannede og belastede patienter ved intensiveret, systematisk visitation og individuelt tilrettede tilbud. Det har stor betydning for disse patienters hjertesundhed at blive fastholdt gennem rehabiliteringsforløbet (Kilde: Forløbsprogram for hjertekarsygdomme, 31. oktober 2008).

Socialt differentieret hjerterehabilitering – et eksempel

På Århus Sygehus har man et velfungerende hjerterehabiliteringstilbud, men oplevede sociale forskelle i rekrutteringen til tilbuddet, gennemførelsen og udbyttet. Derfor indgik man et projektsamarbejde med Århus Amts Afdeling for Folkesundhed (nu center for Folkesundhed, Region Midtjylland), hvor man systematisk identificerede socialt udsatte patienter og herefter tilbød dem et udvidet rehabiliteringsforløb, som tilgodeså disse patienters specifikke behov for støtte. Erfaringer fra projektet viser bl.a., at det kan lade sig gøre at eliminere social ulighed i rekruttering og fremmøde til hjerterehabilitering samt opnå lige behandlingsmål blandt patienter i grund- og udvidet hjerterehabilitering. (Kilde: Meillier (2007): I gang igen efter blodprop i hjertet)

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. forløbsprogrammerne:

Indsats i regionen

- At de i forløbsprogrammerne foreslåede differentierede tilbud til patienterne implementeres

6. Sociale forskelle i sundhed for kræftpatienter

Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet arbejder med forskningsprojektet "Ulighed i kræftudredningen", som undersøger social ulighed i udredningen af kræft. Udvalget er blevet præsenteret for dette projekt.

Baggrunden for forskningsprojektet er danske kræftpatienters høje mortalitet og morbiditet samt mistanken om, at dette skyldes forsinket udredning og behandling. Ny forskning har vist, at en betydelig gruppe patienter har et u hensigtsmæssigt langt udredningsforløb fra første symptom til behandlingsstart.

Det er veldokumenteret, at sociale faktorer påvirker risikoen for at få kræft og for at dø af kræft. Spørgsmålet er, om sociale faktorer påvirker patienters risiko og prognose via uligheder i kontakten til sundhedsvæsenet. Det er vores hypotese, at sociale faktorer har en betydning for, 1) hvordan og hvornår kræftpatienter oplever og præsenterer symptomer på kræft, 2) den praktiserende læges udredning af patienten samt 3) kvaliteten af udrednings- og behandlingsforløbet.

Formålet med projektet er at undersøge, om disse forhold spiller en selvstændig rolle for den sociale ulighed i kræftprognosen. Projektet tager udgangspunkt i to unikke kohorter bestående af hhv. 3.200 og ca. 9.000 danske kræftpatienter fulgt fra symptom til behandling. I første del analyseres sociale faktoreres betydning for 5-årsoverlevelsen korrigeret for bl.a. delay i udredningsforløbet. I anden del analyseres sociale faktoreres betydning for symptompræsentation, udredning, delay, patientoplevelse kvalitet samt praktiserende lægers evaluering af det præhospitale kræftforløb.

Forløbet af kræftsygdommen fra udbrud til behandlingen iværksættes, kan kort skitseret inddeles i tre faser (delays): Patientdelay, lægedelay og systemdelay. Første fase er tiden fra kræften bryder ud, til patienten henvender sig til den alment praktiserende læge. Næste fase er den tid, som går fra patientens konsultation, til lægen stiller diagnosen. Endelig er tredje fase udtryk for det tidsrum, som går mellem lægens henvisning af patienten, til behandlingen iværksættes.

De mest markante delresultater viser, at velstillede kvinder og veluddannede mænd er i stand til at formindske systemdelay, dvs. den tid, der går, fra patienten henvises, til behandlingen iværksættes.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. kræft:

Indsats i regionen

- At resultaterne fra projektet "Ulighed i kræftudredningen" vurderes nærmere, når de foreligger i en endelig form. Udvalget ønsker en nærmere udredning omkring de sociale faktoreres betydning i relation til de tre forskellige delays – dog primært patient- og systemdelay

- At de sociale faktorer i forbindelse med kræftforløbsprogrammer undersøges nærmere. Herunder ønskes fokus på kræftkoordinatorernes rolle og hvorvidt, de kan medvirke til at sikre, at sociale uligheder så vidt muligt elimineres i forbindelse med kræftbehandlingsforløb
- At det undersøges hvilken rolle, sociale forhold spiller vedrørende rehabilitering på kræftområdet

7. Sociale forskelle i sundhed for syge-dagpengemodtagere

Sygedagpengemodtagere er karakteriseret ved at være voksne mennesker mellem 18 og 65 år, som har et arbejde. Det er derfor ikke borgere, som er placeret allernederst på samfundets sociale rangstige, men indenfor gruppen afspejles de samme forholdsvise uligheder i sundhed, som eksempelvis beskrevet i de forrige afsnit.

Der eksisterer ikke megen forskning på social ulighed og sygefravær, men det er nylig vist, at langtidssygefravær er hyppigere blandt ufaglærte og lavtuddannede end for højere sociale lag (Christensen m. fl. 2008). Det samme mønster gør sig gældende for en række faktorer, som kan spille ind på sygefravær – eksempelvis stress og trivsel, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller multisygdom. Forskning har endvidere vist, at der generelt er flest personer blandt ufaglærte arbejdere, som er udsat for risikofaktorer, der fører til sygefravær (høje krav, ensidigt gentaget arbejde, tunge løft med flere), mens færrest er udsat blandt højere funktionærer.

Center for bevægeapparatlidelser – et eksempel

Center for Bevægeapparatlidelser på Regionshospitalet Silkeborg har de sidste 4 år gennemført et projekt for sygemeldte rygpatienter. Målet var fastholdelse på arbejdsmarkedet gennem en grundig udredning og en tværfaglig, koordinerende indsats for den enkelte patient. Som for andre undersøgelser viste det sig sværere for nogle grupper end andre at komme tilbage i arbejde. Én af de stærkeste faktorer for, om patienten var raskmeldt efter 1 år, var, om vedkommende boede i leje- eller ejerbolig. 1/3 boede i lejebolig, og blandt dem var 49 % raskmeldte efter 1 år. I gruppen, der bor i ejerbolig, var 73 % raskmeldte efter 1 år.

Der kan være et potentiale for at udnytte tværfaglige, sociale indsatser i behandlingssystemet for at imødegå uligheder i udstødning fra arbejdsmarkedet. Det vil dog formodentlig kræve, at disse indsatser i højere grad målrettes et formål om at modvirke sådanne skævheder. (Kilde: Jensen et al. (2008): Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte)

I 2007 blev der gennemført en undersøgelse af tilstedeværelsen af psykisk sygdom hos langtidssygemeldte i seks kommuner i det tidligere Ringkjøbing Amt. Undersøgelsen viste, at halvdelen af de langtidssygemeldte har en psykisk lidelse, og knap halvdelen heraf var uopdagede/urapporterede i sygemeldingsdiagnoserne. Derudover viste undersøgelsen, at der ikke er sammenhæng mellem de langtidssygemeldtes sociale status og tilstedeværelsen af en eller flere psykiske lidelser samt tilbagevenden til arbejdsmarkedet (Kilde: Søgaard (2007): Psykisk sygelighed hos langtidssygemeldte).

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. syge-dagpengemodtagere:

Indsats i regionen

- At der foretages yderligere undersøgelser med specifik fokus på sociale forskelle hos syge-dagpengemodtagere

8. Sociale forskelle i sundhed for mennesker med psykiske sygdomme

Psykiske sygdomme kan føre til meget store menneskelige lidelser for patienter og pårørende. Psykisk sygdom påvirker psyken og er for nogle en kronisk sygdom. Mange psykisk syge kan derfor i kortere eller længere tid ikke magte at holde fast i relationerne til arbejdsmarkedet og til deres sociale netværk. De kan herved blive marginaliserede, og en social deroute begynder. Psykisk sygdom medfører samtidig mindre overskud til at tænke i en sund livsførelse.

Udover følgevirkningerne af den psykiske sygdom er mennesker med sindslidelser derfor på en række områder generelt kendetegnet ved en mere usund livsstil og sundhedsadfærd end befolkningen som helhed. Mange psykisk syge har en eller flere somatiske sygdomme. Psykisk syge har generelt et højere forbrug af sundhedsydelser, en højere selvmordsdødelighed og en overdødelighed set i forhold til befolkningen som helhed.

De psykisk syge er således på mange måder en udsat gruppe. Hertil kommer, at der er grupper af personer med andre vanskeligheder, hvor det for manges vedkommende endnu ikke er opdaget, at de også har en psykisk sygdom. Det betyder, at den psykiske sygdom ikke er diagnosticeret, og at de ikke får behandling herfor.

Der er behov for at gøre en indsats i forhold til at forbedre de sammenhænge, der skal være mellem de professionelle systemer, f.eks. mellem somatikken og psykiatrien og mellem kommunernes tilbud og regionens tilbud. Der er samtidig behov for at forbedre den individuelle indsats i forhold til den psykisk syge og dennes pårørende.

8.1. Fysisk sygdom hos psykisk syge

Mange psykisk syge har et dårligt fysisk helbred.

Fakta

- Tre fjerdedele af de psykisk syge har en eller flere fysiske sygdomme
- 24 % har en, 36 % har 2 – 3 og 16 % har 4 eller flere fysiske sygdomme
- Halvdelen af de psykisk syge har kontakt med det somatiske sygehusvæsen i løbet af et år

Der er en overhyppighed af fysisk sygdom hos psykisk syge i forhold til den øvrige befolkning. Mennesker med alvorlig psykisk sygdom har en betydelig overdødelighed sammenlignet med den øvrige befolkning. Det gælder alle hovedgrupper af dødsårsager, både selvmord, ulykker, hjertekarsygdomme mv. En undersøgelse har vist, at 25 % af langtidssygemeldte har en ikke-diagnosticeret psykiatrisk lidelse. Mange af de fysiske sygdomme hos de psykisk syge er livsstilsrelaterede.

En skarp opdeling mellem somatik og psykiatri medfører en risiko for underdiagnosticering og underbehandling af somatiske sygdomme hos psykiatriske patienter samt en risiko for, at psykiske lidelser hos patienter i det somatiske system ikke opdages og behandles.

Udvalget ønsker, at det sikres, at patienter med både somatisk og psykisk sygdom får den relevante undersøgelse og behandling uanset, om de først kommer på et somatisk eller på et psykiatrisk hospital.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. fysisk sygdom hos psykisk syge:

Indsats i regionen

- At der udarbejdes en strategi for sundhedsfremme og forebyggelse for at fremme en sundere livsstil og forebygge livsstilssygdomme hos psykisk syge (kost, motion, rygning mv.)
- At sundhedspersonalets fokus på at identificere symptomer på både somatiske og psykiske sygdomme styrkes
- At der arbejdes på en tættere koordinering af behandlingsindsatsen mellem psykiatrien og det somatiske sygehusvæsen

Indsats i regionen, praksissektoren og kommunerne

- At der arbejdes på at skabe bedre sammenhæng mellem almen praksis, kommunerne og regionen i samarbejdet om patienter, der har både en somatisk og en psykisk sygdom

8.2. Psykisk sygdom hos psykisk udviklingshæmmede

Blandt psykisk udviklingshæmmede optræder psykiske sygdomme med langt større hyppighed end i normalbefolkningen. Afhængig af, hvordan det psykiatriske sygdomsbegreb afgrænses, har mellem 15 og 60 % af udviklingshæmmede en behandlingskrævende psykisk sygdom. Blandt danske udviklingshæmmede har ca. halvdelen af beboerne i boformer adfærdsforstyrrelser eller egentlige psykiske sygdomme. Men mange af dem er ikke diagnosticerede og får derfor ikke hjælp i forhold til deres psykiske sygdom. Jo sværere udviklingshæmning, jo større er sandsynligheden for en psykisk sygdom.

Fakta

En endnu ikke offentliggjort dansk undersøgelse fandt, at

- 36 % af personer med IQ under 52 havde psykisk sygdom
- 8 % af personer med IQ på over 52 havde psykisk sygdom

Undersøgelsen peger på, at psykiske sygdomme og adfærdsmæssige forstyrrelser er særdeles udbredte blandt mennesker med udviklingshæmning i lettere grad. Det skønnes yderligere, at kun mindre end halvdelen (40 %) af de, der har en psykisk sygdom, får sufficient behandling.

Kun ganske få psykiatere i Danmark har den nødvendige viden om og erfaring med behandling af udviklingshæmmedes psykiske sygdomme. Der er lige nu kun 2 psykiatere i Region Midtjylland, som arbejder med de udviklingshæmmedes psykiske sygdomme. Heraf er det kun

den ene af psykiaterne, der arbejder med området på fuld tid. Der er således en underbemanding af psykiatere på dette område i forhold til behovet.

Det pædagogiske personale på bostederne efterspørger mere viden om psykiske lidelser blandt beboerne.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. psykisk sygdom hos psykisk udviklingshæmmede:

Indsats i regionen

- At der igangsættes en målrettet kompetenceudvikling for psykologer og distriktssygeplejersker, så de under ansvar af en psykiater kan udføre og overtage nogle af de kliniske opgaver, som psykiatere udfører i dag
- At der arbejdes på at få flere psykiatere til at interessere sig for og arbejde med psykisk sygdom hos psykisk udviklingshæmmede
- At der igangsættes en generel efteruddannelse af personalet, som arbejder med udviklingshæmmede, der har en psykisk sygdom
- At der udvikles et screeningsredskab/et skema, som kan anvendes af institutionspersonalet som hjælp til at afgøre, om en beboer bør henvises til psykiatrisk undersøgelse. Screeningsmetoden afprøves som et pilotprojekt på to af Region Midtjyllands bosteder, som har udviklingshæmmede beboere med henblik på eventuel senere udbredelse

8.3. Dobbeldiagnosepatienter

Med dobbeldiagnosepatienter menes her patienter med en behandlingskrævende psykisk sygdom af en vis sværhedsgrad og med et misbrugsproblem, der ligeledes er behandlingskrævende. Misbruget kan være alkohol, narkotika, medicin eller blandingsmisbrug. Psykisk sygdom kan medføre misbrug og social deroute. Misbrug kan føre til psykisk sygdom.

Fakta

Mellem en tredjedel og en fjerdedel af alle psykiatriske patienter er dobbeldiagnosepatienter. Psykiatriske patienter med et misbrug er typisk kendetegnet ved at have en høj indlæggelsesfrekvens. Indlæggelserne er dog typisk kortvarige, og der er en mangelfuld opfølgning på denne gruppe. 30 % af dobbeldiagnosepatienterne har ikke kontakt med det psykiatriske system udover akutte indlæggelser.

Succes for behandling af patienter med både en psykisk sygdom og et misbrugsproblem er afhængig af, at begge diagnoser behandles – og behandles samtidig. Med ansvaret for behandlingen af den psykiske sygdom placeret hos regionspsykiatrien og ansvaret for misbrugsbehandlingen placeret hos kommunen er der en betydelig risiko for, at patienten kun

behandles delvist eller endog marginaliseres i begge behandlingssystemer. For denne gruppe patienter er det derfor nødvendigt med et tæt samarbejde mellem kommune og region.

Det fremgår af sundhedsaftalen, at kommunerne og Region Midtjylland er enige om, at de lokale samarbejdsfora, som er etableret mellem ledelserne i kommunerne og Region Midtjylland skal sikre, at der er et hensigtsmæssigt samarbejde om dobbeltdiagnosepatienter, og at samarbejdet udvikles i 3 faser:

Fase 1: Etablering af lokale fællesteams

Der etableres lokale fællesteams - mindst ét for hvert af behandlingspsykiatriens almenpsykiatriske enheder. Et fællesteam består som minimum af en person fra behandlingspsykiatrien, en fra hver kommunes misbrugsbehandling og en fra hver kommunes myndighedsfunktion på socialområdet. Alle dobbeltdiagnosepatienter visiteres til det lokale fællesteam, som har kompetence til at lægge en fælles koordinerende handleplan for patienten.

Fase 2: Etablering af lokal koordinatorfunktion og regionsdækkende videnscenterfunktion

Der forankres en koordinerende funktion i tilknytning til dobbeltdiagnoseenheden eller der etableres en særlig koordinerende funktion i de lokale fællesteams, som skal understøtte samarbejdet om fælles handleplan og opfølgning herpå samt varetage og sikre fælles undervisning. Team for Misbrugspsykiatri, Århus Universitetshospital, Risskov, får status som Region Midtjyllands Videnscenter for behandling af misbrug og psykisk sygdom.

Fase 3: Specialiserede tilbud til dobbeltdiagnosepatienter i socialpsykiatrien

I forbindelse med rammeaftalen på det sociale område tages løbende stilling til behovet for at specialisere de socialpsykiatriske bosteder i forhold til mennesker med psykisk sygdom, der også har et misbrug.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. samarbejdet med kommunerne om dobbeltdiagnosepatienter:

Indsats i regionen og kommunerne

- At sundhedsaftalen om de 3 faser følges, og der udarbejdes en status for etablering af lokale fællesteams, etablering af lokal koordinatorfunktion og regionsdækkende videnscenterfunktion. Behovet for specialiserede socialpsykiatriske bosteder vurderes løbende.
- At der ydes støtte til etablering og udvikling af det aftalte samarbejde

8.4. Information og undervisning af patienter, pårørende og andre om psykisk sygdom

Inddragelse af patient og pårørende har erfaringsmæssigt en stor betydning for patienternes sygdomsforløb. Desuden styrker det kvaliteten i behandlingen. Ligesom ved andre sygdomme er det af stor betydning, at den syge ved så meget som muligt om sin sygdom og selv aktivt bidrager til behandlingen. Jo større ansvar, den enkelte kan tage, jo mindre er behovet for

involvering og koordinering fra behandlernes og støttepersonernes side. Et gunstigt forløb og udfald er ofte afhængigt af patienternes aktive indsats eller ligefrem selvstændige håndtering af sygdommen.

Psykisk sygdom er en hyppig årsag til, at mennesker i Danmark må forlade eller aldrig komme ind på arbejdsmarkedet. En undersøgelse viste, at næsten halvdelen af de langtidssygemeldte havde en psykisk sygdom. For ca. en fjerdedel af de sygemeldte var sygemeldingsdiagnosen en psykisk sygdom.

Arbejdet med at styrke bruger- og pårørendeinddragelsen er højt prioriteret. Der er behov for, at psykisk syge støttes i at komme sig og mestre den psykiske sygdom og livet med sygdommen, uanset hvor ressourcestærke patienterne er.

En større generel viden om psykisk sygdom hos virksomheder, uddannelsesinstitutioner, jobcentre og A-kasser kan være med til at fastholde psykisk syge i arbejde og i uddannelsesforløb og bidrage til at forebygge afskedigelse og marginalisering.

Hvert af de tidligere amter har haft deres måder at yde støtte til patienter og pårørende med henblik på mestring af en psykisk sygdom. De initiativer, der er taget i de forskellige egne af regionen bærer endvidere præg af knopskydning. Der er mange typer af tiltag på forskellige niveauer, eksempelvis generel orientering af borgere, psykoedukationstilbud (patientuddannelsestilbud) til grupper af patienter og/eller pårørende, og individuel støtte til patienten som led i behandlingen.

Der er behov for at få et overblik over alle informations- og undervisningstilbud: indhold, pædagogisk metode, målgruppe, placering og forankring. Der er behov for viden om, hvilke målgrupper der benytter tilbudene, og hvem og hvordan de profiterer heraf. Herved opnås baggrund for at kunne udvikle tilbudene og målrette indsatsen, så alle patientgrupper deltager og får udbytte. Det er en særlig udfordring at nå de socialt dårligt stillede. De har færre ressourcer til selv at opsøge viden.

Psykoedukation (patientuddannelse) er en metode, hvor der gennem formidling og dialog lægges vægt på at øge patientens og pårørendes viden om en given sygdom og dens behandling. Metoden skal endvidere styrke patientens og pårørendes evne til at mestre sygdommen og de vanskeligheder, den medfører.

Anbefalinger

Udvalget anbefaler vedr. information og undervisning af patienter, pårørende og andre om psykisk sygdom:

Indsats i regionen

- At psykoedukationstilbudene (patientuddannelse) i Region Midtjylland kortlægges og beskrives
- At det undersøges og dokumenteres, hvilke målgrupper der deltager, og hvilke der profiterer af de forskellige informations- og undervisningstilbud, for fortsat at udvikle og

målrette indsatsen, så alle patientgrupper deltager og får udbytte – med særlig fokus på de socialt dårligt stillede

- At der gives en generel og bred information til virksomheder, jobcentre, A-kasser og uddannelsesinstitutioner om psykisk sygdom, herunder orientering om sygdomsforløb, de forskellige faser og muligheder og vilkår for at arbejde og studere i forskellige perioder