

Social ulighed i sundhed

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget d. 29. september 2016.

*Alle skal have let og lige adgang til sundhedsydelser – Men hvordan sikrer vi, at alle får det samme udbytte af sundhedsydelserne?*

## **Opdragspapir til klyngerne for indsatser med det formål at skabe mere lighed i sundhed**

### **Opgave**

Klyngerne får til opgave at udvikle og afprøve indsatser, der kan skabe mere lighed i sundhed. Nedenfor er beskrevet en nærmere ramme for arbejdet.

### **Afrapportering:**

1. kvartal 2017:

Klyngerne giver tilbagemelding til Sundhedsstyregruppe og Sundhedskoordinationsudvalget om, hvilken indsats der arbejdes med i klyngeregi:

- Hvad er problemet
- Hvem er målgruppen/populationen
- Hvad kan vi gøre ved det?
- Hvad vil vi gerne opnå?
- Hvordan dokumenterer vi vores resultater?

1. kvartal 2018

Tilbage melding på resultater til Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget.

Resultater dokumenteres med afsæt i triple aim.

Klyngerne skal være opmærksomme på indsatsens spredningspotentiale til de øvrige klynger (se spredningsnotat på [www.sundhedsaftalen.rm.dk](http://www.sundhedsaftalen.rm.dk))

Fællessekretariatet vil melde mere præcise datoer ud for afrapportering ultimo 2016.

### **Ramme**

I Sundhedsaftalen 2015-2018 er én af visionerne at skabe *Mere lighed i sundhed*.

På møde i Sundhedskoordinationsudvalget d. 13. juni 2016 blev det besluttet, at indsatser i forhold til at mindske den sociale ulighed i sundhed og differentierede indsatser prioriteres i 2016 og 2017.

Lighed i sundhed kan være mange ting. Der er en vigtig skelnen mellem individuelle forskelle i sundhed på grund af ex. alder, gener, livshistorie osv. og forskelle mellem sociale grupper.

Når der tales om social ulighed i sundhed er der tale om forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position. Indsatser for større social lighed i sundhed drejer sig derfor om at forbedre sundheden hos mindre begunstigede grupper, så forskelle i sygelighed, dødelighed, sundhed og trivsel mindskes i forhold til den mere begunstigede del af befolkningen.

I det danske sundhedsvæsen er kerneydelsen gratis, men forskning tyder på, at brugen af sundhedsvæsenets ydelser varierer med social baggrund. Personer med kort eller ingen uddannelse kan have svært ved at navigere i sundhedsvæsenet og forstå information om medicin og behandling, hvilket kan påvirke behandlingsforløbet. Der opstår således sociale forskelle i adgangen til og brugen af sundhedsydelser.

Den socialt skæve rekruttering kommer blandt andet til udtryk ved at, der er langt færre med kort uddannelse eller ingen uddannelse, der deltager i rehabiliteringstilbud eller patientuddannelse end mennesker med mellemlang eller lang uddannelse. Samtidig viser forskning, at højtuddannede eksempelvis har 23% større chance end lavt uddannede for at få deres forhøjede blodtryk behandlet.

Samtidig, og måske delvis som følge heraf, ses der sociale forskelle i konsekvenser af sygdom. Der er stor ulighed i evnen til at mestre livet med en eller flere samtidige sygdomme. Studier viser eksempelvis, at hjertepatienter med lavere social position har ringere udbytte af den tilbudte behandling, et større tab af funktionsevne, en større risiko for at miste arbejde og indkomst samt højere dødelighed end hjertepatienter med højere social status.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Kilde: Hvordan har du det 2013

- 
- *Kroniske sygdomme forekommer oftere hos personer med kort uddannelse end hos personer med lang uddannelse*
  - *Højtuddannede har 23% større chance end lavt uddannede for at få deres forhøjede blodtryk behandlet*
  - *60 – 70% af den sociale ulighed i sundhed kan henføres til rygning og alkohol*
  - *Den fattigste 1/4 af mænd lever i gennemsnit 10 år kortere end den rigeste 1/4*
  - *Socialt udsatte borgere lever 22 år kortere end den øvrige befolkning*
- 

2

Når der planlægges og igangsættes indsatser i forhold til at øge den sociale lighed i sundhed kan dette gøres ud fra to forskellige perspektiver. Der sættes ofte fokus på socialt udsatte grupper, men der kan også anlægges et bredere perspektiv, hvor der er et bredere fokus på ulighedsskabende sociale parametre som uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, boligforhold, etnicitet, køn etc. Der er forskel i den type indsatser, der skal iværksættes alt efter, hvilket perspektiv, der anlægges<sup>3</sup>.

I forhold til kommende udviklingsindsatser i regi af klyngerne anlægges et bredt perspektiv på social ulighed med fokus på de ulighedsskabende sociale parametre som uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, boligforhold, etnicitet, køn etc.

---

<sup>2</sup> Kilde: Sundhedsaftalen 2015-2018

<sup>3</sup> Kilde: Hvordan har du det 2013

I nedenstående tabel opridses forskellen i målgruppe og typer af indsatser alt efter hvilket perspektiv, der anlægges.

### Oversigt

	<b>Socialt udsatte</b>	<b>Social ulighed i sundhed</b>
Målgruppe	Personer der lever i samfundets yderkanter, personer der ofte har et dårligt helbred, der sjældent har tilknytning til arbejdsmarkedet, og som ikke drager nytte af samfundets almindelige tilbud til borgerne	Ulighed i sundhed baseret på sociale parametre så som uddannelsesniveau, indkomst, tilknytning til arbejdsmarkedet, bolig forhold etc.
Indsatser	Tæt tværfaglig og tværsektorielle indsatser  Behov for involvering af social og psykiatriområdet	Differentierede indsatser  Tæt tværfaglig og tværsektorielle indsatser
Eksempler på indsatser	- Socialsygeplejersker - Særlige indsatser på tandområdet - Varmestuer	- Fælles gravidteam - Socialt differentieret hjerterehabilitering - Projekt Sund Mand - Sundhedsfremmeindsatser til etniske minoriteter

I sundhedsaftalen lægges der op til differentierede indsatser både i forhold til forebyggelse, udredning, behandling, genoptræning og rehabilitering. Tanken bag differentiering af indsatserne er, at de der kan selv skal understøttes i dette, men samtidig skal dem, der ikke tilbydes, tager imod eller profiterer af sundhedsvæsenets tilbud hjælpes til dette. Det er ikke kun særligt sårbare borgere, der kan have behov for mere støtte og hjælp til at koordinere indsatsen gennem en tættere tværfaglig tværsektoriel indsats. Differentieringen i indsatser kan både ske ift. bestemte grupper af borgere, patientgrupper, geografiske områder mv.

Sundhedsaftalens vision om 'på borgerens præmisser' er et centralt perspektiv i forhold til arbejdet med at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

### **Indsatser for at mindske social ulighed i sundhed**

Indsatserne i forhold til at mindske den sociale ulighed i sundhed kan inddeles i flere relevante elementer.

- Identificering af de borgere, som ikke får det optimale ud af de regionale og kommunale sundhedstilbud. Hvem er de og hvorfor lykkes vi ikke med vores indsatser. Et eksempel kunne være at man på en hospitalsafdeling lavede forsøg med en social scoring ved udskrivelse og fulgte patienterne efterfølgende.
- Undersøge og dokumentere, hvem der tager imod de tilbud, vi har i sundhedsvæsenet fordelt på sociale parametre som eksempelvis uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og samlivsstatus. Dette gør sig både gældende i forhold til forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering.
- Undersøge årsagen til forskellen i deltagelse i og effekten af indsatserne. Hvordan kommunikere vi, også på tværs af sektorgrænser, så alle borgere og patienter forstår, hvad vi siger? Hvordan kan indsatser og tilbud tilpasses, så de passer bedre til de socialt dårligst stillede?
- Fokus på overleveringen fra hospital til kommunale indsatser. Hvor og for hvem lykkes overleveringen og hvor går det galt. Hvordan kan vi sikre en bedre overlevering, der hvor det ikke lykkes? Der kan laves forsøg med mere håndholdte overleveringer for bestemte patientgrupper eller patienter med særlige sociale karakteristika.
- Populationstilgang til de målgrupper, som ikke profiterer eller deltager i vores indsatser og skabe integrerede indsatser på tværs af sektorgrænser og sikrer integrerede forløb for særligt sårbare borgere.
- Ud over de overordnede elementer i indsatsen er det vigtigt, at holde for øje, at rygning fortsat er den enkelte faktor, der er skyld i mest ulighed i sundhed og at det derfor fortsat er relevant at arbejde med indsatser i forhold til rygestop.