Ulighed i sundhed

Hvad er ulighed i sundhed

- Social ulighed handler om en systematisk association mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred (Sundhedsstyrelsen 2011)

Ulighed i sundhed er, når ens sociale position har indflydelse på ens helbred.

De 12 årsager til ulighed i sundhed

i. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred

1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
2. Skolegang – uafsluttet skolegang
3. Segregering og socialt nærmiljø

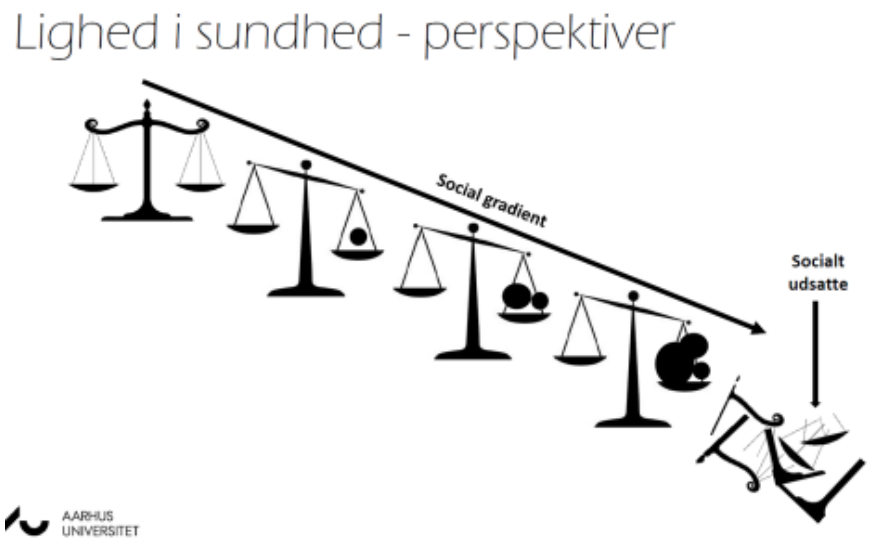
ii. Sygdomsårsager som påvirkes af social position:

4. Indkomst – fattigdom
5. Langvarig arbejdsløshed
6. Social udsathed
7. Fysisk miljø – partikler og ulykker
8. Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial
9. Sundhedsadfærd
10. Tidlig nedsættelse af funktionsevne

iii. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser

11. Sundhedsvæsenets rolle
12. Det ekskluderende arbejdsmarked

Kilde: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/ulighed-i-sundhed-aarsager-og-indsatser



Fra oplæg til KL sundhedskonference 2019 af Helle Terkildsen Maindal – Aarhus universitet

Sundhedsprofilen – Hvordan har du det

- Geografisk ulighed i sundhed
  - Skyldes blandt andet en geografisk opdeling af befolkningen via boligmarkedet samt lokale forskelle i uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder
- Social ulighed i sundhed
  - Systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (fx uddannelse og indkomst)

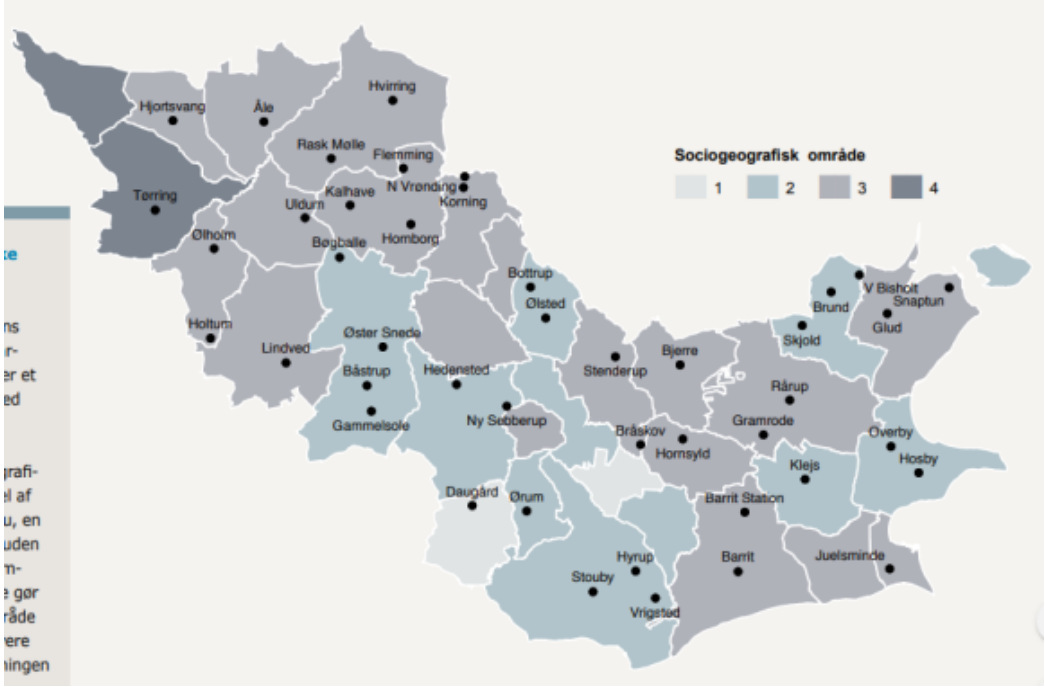
Den nationale sundhed profil – Hvordan har du det 2017

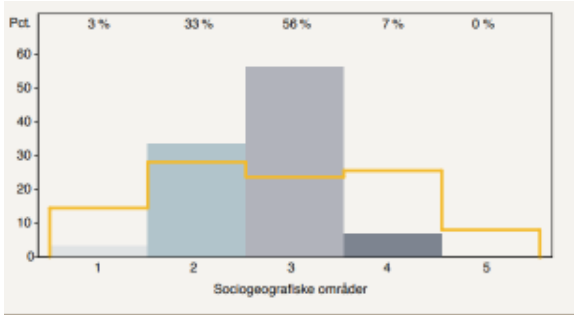
Hvordan har du det – social ulighed i sundhed

- I analyserne bliver social ulighed i sundhed belyst i forhold til uddannelse og erhverstilknytning.
  - Et lavt uddannelsesniveau er hovedsageligt en årsag til, ikke en konsekvens af dårligt helbred
  - Manglende erhverstilknytning er derimod ofte en konsekvens af dårligt helbred. Samtidig er det en helbredsbelastning at stå uden for arbejdsmarket.

Den nationale sundhed profil – Hvordan har du det 2017

Hvordan har du det – Geografisk ulighed i sundhed



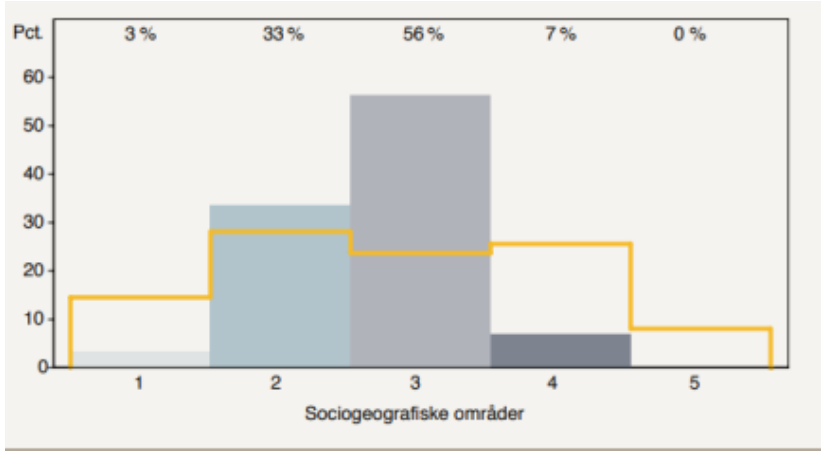


Den gule linje viser fordelingen i hele regionmidt
Område 1: Daugård og Hornum Sogn
Område 4: Hammer og Tørring Sogn

Den nationale sundhed profil – Hvordan har du det 2017 - Side 390

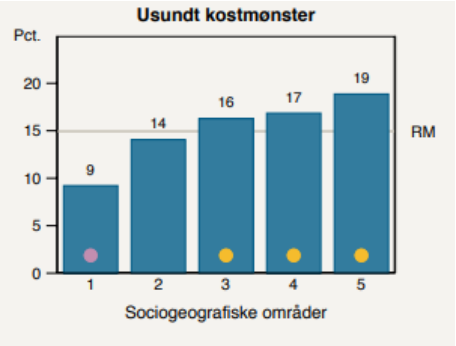
Den sociogeografiske inddeling

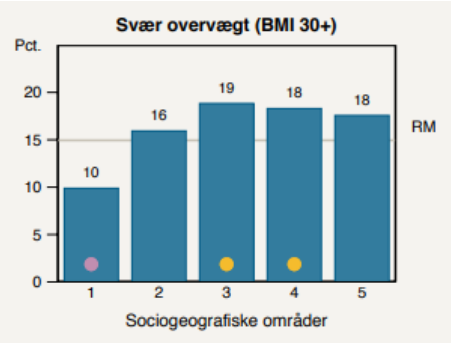
- Gennemsnitlig personindkomst
- Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alders (25-64år)
- Andel med kort uddannelse
- Område 3
  - Gennemsnitindkomst 325.000 kr.
  - 15 % uden arbejde
  - 30 % har lav uddannelse

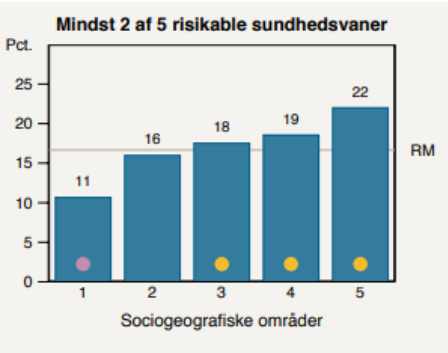


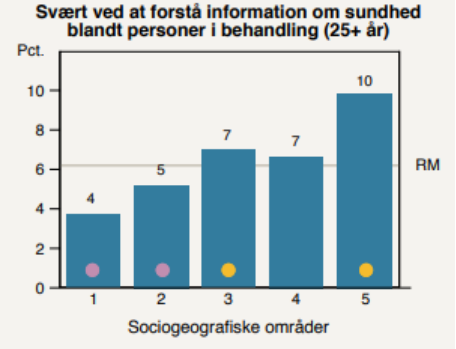
Den nationale sundhed profil – Hvordan har du det 2017 - Side 375

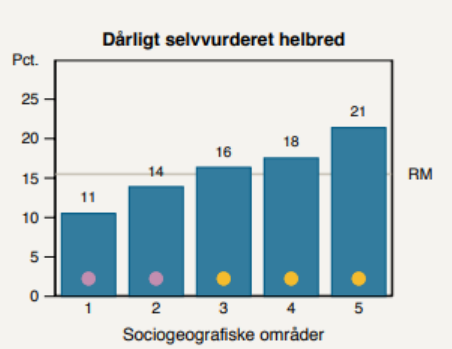
Sundhedsvaner i forhold til område 3

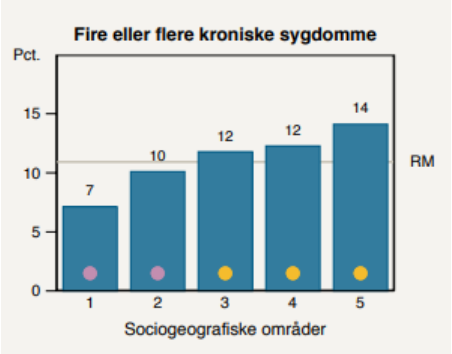












Signifikant mindre end i hele befolkningen

Signifikant større end i hele befolkningen

Stregen ved RM viser gennemsnittet for hele befolkningen i Region Midtjylland

Den nationale sundhed profil – Hvordan har du det 2017 - Side 380,382,384

Sundhedsvaner – uddannelse og alder

	Dagligrygere	Højrisikoforbrug af alkohol	Fysisk inaktive	Usundt kostmønster	Svær overvægt
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	16	5	20	14	18
Uddannelsesniveau					
Lavt (0-10 år)	23	6	27	23	25
Middelhøjt (11-14 år)	17	5	19	16	20
Højt (15+ år)	10	4	18	7	12
Lavt uddannelsesniveau					
25-34 år	32	5	25	33	27
35-44 år	33	4	25	26	25
45-54 år	31	6	26	27	32
55-64 år	27	9	23	23	28
65-74 år	20	6	23	18	26
75+ år	12	3	38	19	16
Middelhøjt uddannelsesniveau					
25-34 år	19	4	20	19	18
35-44 år	16	4	20	20	23
45-54 år	20	5	19	18	22
55-64 år	20	7	18	14	19
65-74 år	15	7	14	12	18
75+ år	10	5	28	14	14
Højt uddannelsesniveau					
25-34 år	10	2	19	8	10
35-44 år	7	2	24	7	13
45-54 år	10	3	15	7	14
55-64 år	12	8	15	3	15
65-74 år	10	10	15	6	12
75+ år	7	9	17	8	8

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover

Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

Den nationale sundhed profil – Hvordan har du det 2017 side 357

Sundhedsvaner - erhverstilknytning

	Dagligrygere	Højrisikoforbrug af alkohol	Fysisk inaktive	Usundt kostmønster	Svær overvægt
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Alle	16	6	20	15	16
Erhvervstilknytning					
Studerende/skoleelever	13	8	18	17	7
Beskæftigede	15	4	18	14	16
Arbejdsløse	25	10	17	19	22
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	24	6	25	23	22
Førtidspensionister	32	7	31	23	33
Efterlønsmodtagere	17	10	11	11	17
Folkepensionister	13	6	22	13	17

Signifikant større end i hele befolkningen

Signifikant mindre end i hele befolkningen

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Den nationale sundhed profil – Hvordan har du det 2017 side 360

Omkostninger

- Rygning
  - Ekstra omkostninger til behandling og pleje 10 mia. kr.
  - Ekstra omkostninger til tabt produktion 29 mia. kr.
  - Mulig årlig besparelse 30 mia. kr.
- Fysisk inaktivitet
  - Ekstra omkostninger til behandling og pleje 5,3 mia. kr.
  - Ekstra omkostninger til tabt produktion 11 mia. kr.
  - Mulig årlig besparelse 11 mia. kr.
- Alkohol
  - Ekstra omkostninger til behandling og pleje 380 mio. kr.
  - Ekstra omkostninger til tabt produktion 7,7 mia. kr.
  - Mulig årlig besparelse 8,5 mia. kr.

Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering – Danske regioner 2017

Omkostninger

- Mental sundhed
  - Ekstra omkostninger til behandling og pleje 7,1 mia. kr.
  - Ekstra omkostninger til tabt produktion 22mia. kr.
  - Mulig årlig besparelse 3,9 mia. kr.
- Svær overvægt
  - Ekstra omkostninger til behandling og pleje 1,8 mia. kr.
  - Ekstra omkostninger til tabt produktion 7,8 mia. kr.
  - Mulig årlig besparelse 1,7 mia. kr.

Lighed i sundhed - sundhedskompetence

Sundhedskompetence er kombinatinen af de **individuelle evner og kontekstuelle ressourcer**, der er nødvendige for at borgere kan tilgå, forstå, vurdere og bruge sundhedsinformation og –tilbud til at tage beslutninger vedrørende sundhed.

Sundhedskompetence inkluderer også evnerne til at kunne kommunikere, fastholde og handle på disse beslutninger.

IUHPE Global Working Group on Health Literacy. IUHPE Position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world. Paris; 2018.

AARHUS UNIVERSITET

Sundhedskompetence

Signifikant større andel af personer, der har svært ved at forstå *information om sundhed*:

- Personer på 75 år eller derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge, førtidspensioner og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Signifikant større andel af personer, der har svære ved at *kommunikere med sundhedspersonale blandt*:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-34 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge og førtidspensionister.
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Den nationale sundhed profil – Hvordan har du det 2017 side 333

Et eksempel på en udsat gruppe

Sundhedstilstanden for voksne med udviklingshæmning er markant dårligere end for resten af befolkningen. Eksempelvis er der en markant overdødelighed inden for kræft, kredsløbssygdomme, ulykker og selvmord.

Det betyder, at en voksen med udviklingshæmning i gennemsnit lever 14,5 år kortere end befolkningen generelt.

rapport fra 2014 Statens Institut for Folkesundhed har lavet til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Manglende sundhedskompetencer

Internationale og danske undersøgelser peger på at udviklingshæmmede bærer på u-opdagede sygdomme og symptomer f.eks. :

- Kræft
- Hjerte- kredsløbssygdomme
- Diabetes
- Smerter
- Psykiske symptomer
- Nedsat syn eller hørelse

På grund af nedsat funktionsevne manglende sundhedskompetence f.eks. I forhold til at mærke og reagerer på symptomer – forstå information – svært ved at kommunikerer med sundhedspersonale

Danske Regioner

- Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering
- Fire strategispor
  1. Mere lighed i sundhed
  2. Målrettet forebyggelse af kronisk sygdom og psykiske lidelse
  3. Smart brug af ny teknologi
  4. Oprustning af forskning
- Regionerne arbejder for, at både hospitaler og praktiserende læger bliver bedre til at tage afsæt i den enkelte borgeres ressourcer og livsvilkår, så der er større mulighed for et lige udbytte af forebyggelsesindsatsen.

KL anbefaler / Pejlemærke 1

Alle skal have mulighed for et sundt liv – fælles ansvar og kvalitet i indsatsen

- At kommunalbestyrelsen tager stilling til, hvordan kommunen kan fremme alle borgeres mulighed for et sundt liv samt skabe mere lighed i sundhed
- At kommunen systematisk integrerer sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af opgaveløsningen i hele kommunen og sikrer den nødvendige ledelsesmæssige opbakning og ressourcer hertil
- At kommunen prioritere indsatser, hvor der eksisterer solid viden om effekt og sikrer høj kvalitet i implementering
- At kommunen styrker muligheder for sikker deling og brug af relevante data på tværs af fagområder

Hvad gør vi i dag i Social Omsorg?

- SFT & jobcenter tilbud
- Samarbejde mellem Sundhed og Psykiatri/rusmiddel
- Samarbejde med frivillige om ledsagelse til læge og sygehus
- Voksenhandicap
  - Fokus på det sundhedsfaglige område i Voksenhandicap Samarbejde med sundhed – ansættelse af en sygeplejerske, SSA
  - Samarbejde omkring redigering og opdatering af instruksen og vejledninger på sundhedsområdet
  - Etablering af sundhedsfagligt vidensteam Sundhedskompetencepersoner i de enkelte tilbud

Lighed, retfærdighed, eller?

Fra oplæg til KL sundhedskonference 2019 af Helle Terkildsen Maindal – Aarhus universitet

Refleksioner

- Er vi blevet klogere på temaet:
  - Ulighed i sundhed
    - Hvorfor snakker vi om det?
    - Hvad betyder det?