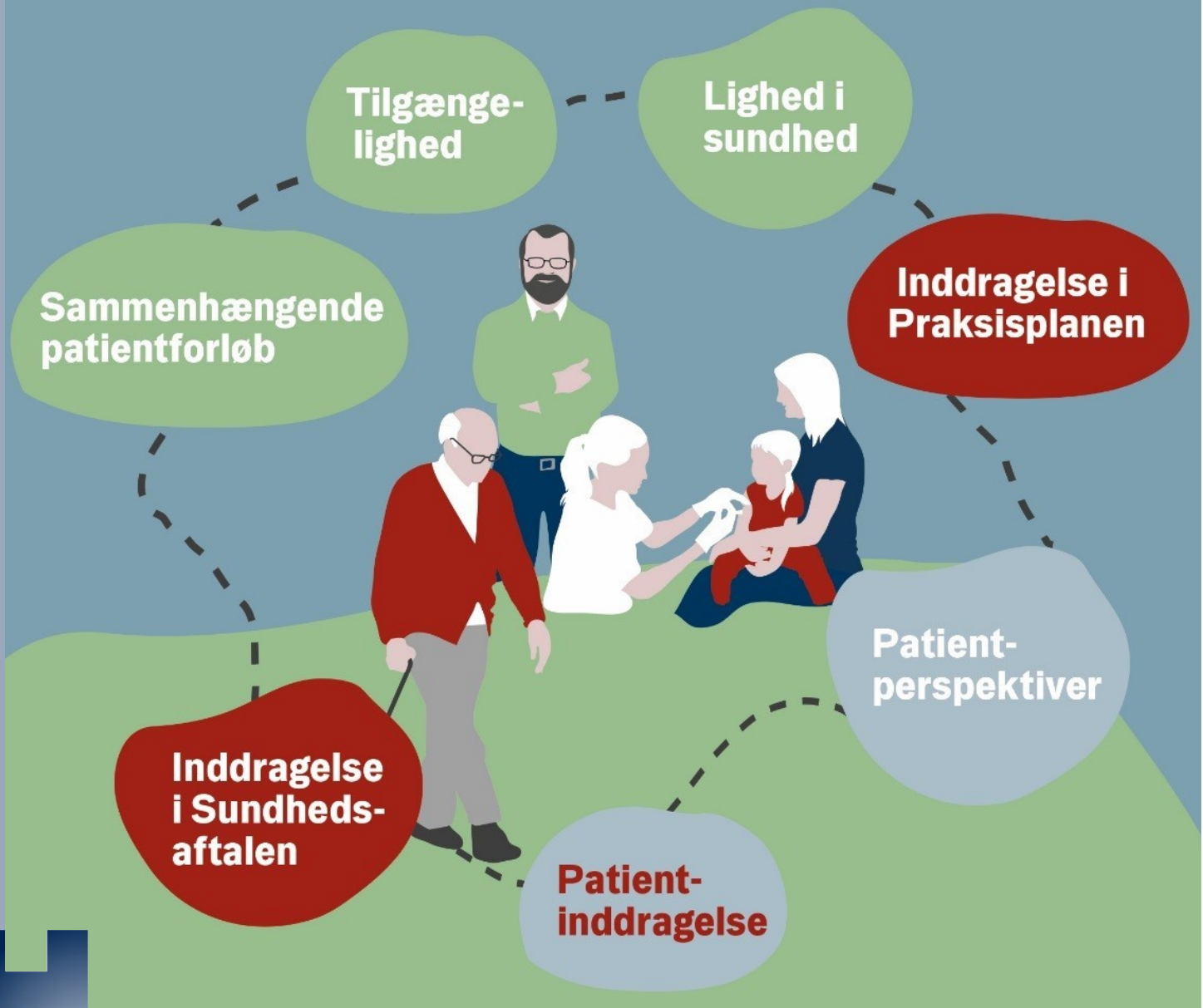


## Patientinddragelsesudvalget



REGION

# Lighed i Sundhed

# Indledning

Dette temapapir er udarbejdet af Patientinddragelsesudvalget, PIU, i Region Hovedstaden foråret 2018. Temapapiret er ét i en række af temaer, der optager udvalget i perioden 2014-2017.

Et temapapir samler PIU's holdninger, forslag og anbefalinger til arbejdet med det aktuelle emne.

Et temapapir er dynamisk, og vil derfor være i løbende udvikling i takt med den øvrige udvikling i sundhedsvæsenet. Indholdet vil derfor ændres over tid.

Dette temapapir samler PIU's holdninger, forslag og anbefalinger til det fortsatte arbejde med udvikling, implementering og anvendelse af viden om ulighed i sundhed i sundhedsvæsenet på tværs af sektorer.

## Patientinddragelsesudvalget, PIU

Region Hovedstaden har et patientinddragelsesudvalg bestående af 8 repræsentanter<sup>1</sup>. Udpegningen sker via Danske Patienter og Danske Handicaporganisationer med hver 3 medlemmer; samt Regionsældrerådet og Ældre Sagen med hver 1 medlem. Udvalget følger regionsrådets valgperiode.

PIU inddrages i drøftelsen af emner, der ligger inden for praksisplaner og sundhedsaftaler samt emner, som udvalget finder, er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud<sup>1</sup>.

PIU arbejder med generelle patient- og pårørendeperspektiver på baggrund af egne og ligestilledes erfaringer fra mødet og samarbejdet med sundhedsvæsenet. PIU's medlemmer viderefører således ikke de udpegende interesseorganisationernes politiske mærkesager.

For diagnose- eller aldersspecifikke patient- og pårørende-perspektiver henviser PIU til interesseorganisationer.

PIU har siden sin start prioriteret lighed i sundhed og har nu udarbejdet dette temapapir for at udfolde, på hvilken baggrund udvalgets arbejde i funktionsperioden 2018 - 2021 er baseret, således som det fremstår i bl.a. hørings svar, samt at understøtte udvalgets fremtidige arbejde for, at borgerne i Region Hovedstaden kan opnå en større lighed i sundhed.

---

<sup>1</sup> Bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=162219>

# Mål: større lighed i sundhed

Der er social ulighed i sygdom i Danmark – ikke blot social ulighed i sygelighed og overlevelse i forbindelse med sygdom, men der er også social ulighed i brugen af sundhedsvæsenets ydelser.

Den store mangel på lighed i sundhed er et udtryk for de prioriteringer, der gennem tiden er truffet ikke blot af de enkelte borgere, men også i samfundet, og det er derfor i sidste ende også et politisk valg, om borgerne fortsat skal have så stor reel manglende lighed i sundhed her i Danmark.

Årsagerne til manglende lighed i sundhed er komplekse og en simpel forklaring findes ikke, og det gør den nemme løsning heller ikke.

- Manglende lighed betyder dårlige liv både fysisk, psykisk og socialt for en stor gruppe af befolkningen
- Det er dyrt for samfundet både i sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet
- Manglende lighed i sundhed mindsker sammenhængskraften i samfundet
- Manglende lighed i sundhed er uretfærdig og forebyggelig
- Sagen er, at "det frie valg" af livsstil er en sandhed med modifikationer. Det er et valg samfundet i allerhøjeste grad er med til at påvirke og sætte rammerne for
- Vi må konstatere, at der ikke er lige adgang hverken ved lige tilgængelighed til eller reel brug af det nuværende sundhedsvæsen på trods af den formelle lige adgang til det nuværende sundhedsvæsen.
- Det er et politisk ansvar at skabe forudsætninger, handlinger og rammer for at reducere manglende lighed i sundhed.

## PIU mener at:

- Det er muligt ved en samlet og systematisk indsats på tværs af kommuner, regioner, stat og virksomheder at øge ligheden i sundhed
- Øget lighed i sundhed kan medvirke til flere gode leveår for borgere og dermed til, at flere kan blive længere på arbejdsmarkedet.

# PIU's anbefalinger

PIU har samlet nedenstående understøttelse, anbefalinger og påpegninger på baggrund af egne eller ligestilledes erfaringer som patienter og pårørende. Anbefalingerne samt relaterede overvejelser og baggrundsviden vil blive uddybet i de efterfølgende afsnit.

## PIU understøtter

### WHO's indsats for at reducere social ulighed i sundhed.

I Program sundhed 2020 fra WHO var budskabet, at sundhedssektoren ikke alene kunne sikre lighed i sundhed<sup>2</sup>.

**PIU anbefaler**, at sundheds- og socialvæsenet<sup>3</sup> i **Region Hovedstaden** gør mere for at målsætning, udformning, indsatser og monitorering lever op til **FN's verdensmål**, idet Verdensmålene bygger på præmissen om, at ingen må lades i stikken<sup>4</sup>.

Det er vigtigt at betragte sundhed, som en værdi i sig selv, da dårligt helbred begrænser folks muligheder for at leve, som de ønsker. De sociale faktorer har her stor betydning.

**PIU påpeger** vigtigheden af en bred tilgang til sundhed, at det er vigtigt, at problemet omkring lighed i sundhed ikke ses som marginaliserede gruppers sundhed eller som den sociale factor i konsekvenserne af sundhed.

**PIU anbefaler**, at der skabes **bedre vilkår for lighed i sundhed** for de særligt sårbare eller udsatte grupper.

**PIU anbefaler**, at kvalitetsmålene i praksisplanerne allerede nu bliver relateret til De 8 Nationale Mål og at der tages stilling til, hvorledes de enkelte indsatser reelt kan øge lighed i sundhed:

---

<sup>2</sup> [www.euro.who.int/...health.../inequalities-in-health-system-performance-and-their-social-determinants-in-europe](http://www.euro.who.int/...health.../inequalities-in-health-system-performance-and-their-social-determinants-in-europe)  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf?ua=1)

<sup>3</sup> Se svar 1644127ulighed Dato: 08-06-2016, Enhed: Primær Sundhed, Ældrepolitik og Jura, Sagsnr.: 1606089, Dok. nr.: 108976

<sup>4</sup> [http://www.altinget.dk/civilsamfund/artikel/novo-nordisk-med...yhedsbrev&utm\\_medium=e-mail&utm\\_campaign=civilsamfund](http://www.altinget.dk/civilsamfund/artikel/novo-nordisk-med...yhedsbrev&utm_medium=e-mail&utm_campaign=civilsamfund) 30/05/2017 07.08

1. Bedre sammenhængende patientforløb
2. Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
3. Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
4. Behandling af høj kvalitet
5. Hurtig udredning og behandling
6. Øget patientinddragelse
7. Flere sunde leveår
8. Mere effektivt sundhedsvæsen

## Udfordringer med tilgængelighed i det nære sundhedsvæsen:

Mange borgere med funktionsnedsættelser kan have svært ved at benytte de nuværende nære sundhedstilbud – fysioterapeuten, lægen, speciallægen, tandlægen – eller patientkurset eller andre forebyggelsestilbud.

Hvis man har en psykisk lidelse eller en kognitiv funktionsnedsættelse kan det volde store vanskeligheder at læse eller forstå den information, man får, ligesom det kan være vanskeligt at indgå i en dialog, hvor man kan give udtryk for sine behov, ønsker og symptomer. Transporten til sundhedstilbuddet kan være dyr og problematisk, især hvis borgeren kommer fra yderområder. For borgere med social angst eller kognitive udfordringer kan det være angstprovokerende at finde vej. Der kan være dårlige adgangsforhold. Der kan mangle toiletfaciliteter, lift, elevator eller plads til, at en tolk kan være med. Der kan være en manglende eller mangelfuld registrering af tilgængeligheden, som gør det svært for borgeren at danne sig et overblik over, hvordan tilgængeligheden på konkrete behandlingssteder er.

**PIU anbefaler** at tilgængelighed er et integreret pejlemærke i alle de kommende planer, således at der i alle aspekter af planerne indtænkes tilgængelighed - såvel fysisk som digital tilgængelighed - så flest muligt oplever reel adgang til alle nære sundhedstilbud<sup>5</sup>.

### PIU anbefaler

- At Region Hovedstaden sikrer, at der er 'let og lige adgang' til alle de sundhedsydelser, der tilbydes indenfor regionens 3 niveauer (region, kommune og primærsektoren).
  - At der skabes et nationalt overblik over tilgængeligheden til det nære sundhedsvæsen – både i stat, region og kommune.  
Region Hovedstaden har indgået aftale med Mærkeordningen God Adgang. Alle

---

<sup>5</sup> <https://patientoplevelser.dk/undersogelser/kortlaegning-danske-initiativer-inddragelse-socialt-saarbare-patienter>

praksisser og klinikker i regionen tilbydes (vederlagsfri) gennemgang af, hvordan det står til med tilgængeligheden<sup>6</sup>.

- At praksisplanerne fastsætter mål om løbende at monitorere, hvorvidt der er en positiv udvikling i andelen af tilgængelige sundhedstilbud, herunder forebyggelsestilbud, i det nære sundhedsvæsen.
- At der udover KRAM (S)-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion, Stress) indtænkes KRAM faktorer, der omhandler den mentale sundhed og robusthed (Kompetencer, Relationer, Accept og Mestring) i alle dele af forebyggelsesarbejdet i alle sektorer<sup>7</sup>.
- At det tydeliggøres på sundhed.dk, hvilke kriterier, der lægger til grund for, at en praksis kan krydse af, at den har en *handicapvenlig adgang*. Derved får borgeren et bedre overblik over den reelle tilgængelighed; herunder, hvorvidt en praksis eksempelvis har niveaufri adgang og handicaptoilet, hvilken passagebredde dørene har, og hvorvidt der er handicapparkeringsplads nær ved.
- At tilgængelighed er et fast særskilt tema i de regionale praksisplaner. Der bør i de regionale praksisplaner løbende sættes nye målsætninger for forbedringer af tilgængelighed til regionens sundhedspraksisser. Der opfordres til, at de enkelte praksisgrupper, region og kommune med lav fysisk tilgængelighed, indgår dialog om, hvordan tilgængelighed kan fremmes.  
Samlet set bør alle nye sundhedstilbud gøres tilgængelige i hht. Handicapkonventionen<sup>8</sup>.
- At der stilles krav i overenskomsterne med sundhedsbehandlerne. God tilgængelighed bør være en forudsætning for tildeling af ydernumre.
- At **Region Hovedstaden** påtager sig den etiske forpligtigelse og ansvar over for de børn, der vokser op med massive sundhedsmæssige udfordringer, som giver dem en skæv start med udsigt til et kortere liv med mere sygdom og mindre sundhed (Social arv)<sup>9</sup>.
- At der indtænkes opsøgende handlingsorienterede tiltag overfor de mest udsatte borgere. Se note 5.

---

<sup>6</sup> Se fx <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/indsatsomraader/en-praksis-sektor-med-plads-til-alle/>

<sup>7</sup> Peter Thybo "Det dobbelte KRAM"

<sup>8</sup> <https://menneskeret.dk/handicap>

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=194338>

<sup>9</sup> <https://patientoplevelser.dk/undersogelser/analyse-boerns-brug-sundhedsydelse>

- At understøttende redskaber og metoder anvendes fx Den patientansvarlige læge, ”Aktiv patientstøtte” og ”Health Talk”, når disse projekter er afsluttet og evalueret.
- At al udvikling af tilbud i det nære sundhedsvæsen bør indledes med en grundig inddragelse af brugere, ledsagere, pårørende og handicaporganisationerne. Derved får sundhedsvæsenet de bedste kort på hånden i udviklingsarbejdet. Dette sker i form af viden og brugererfaring med tilgængelighed og effekt af tilbuddene.
- I forløbsprogrammer for forskellige kroniske sygdomme bør indtænke, at tilbuddene overvinder de barrierer, som de sociale faktorer og marginalisering udgør for nogle borgere.
- At de kommunale forebyggelsestilbud med lige adgang bør kortlægges, og der bør være en målsætning om en forøget andel tilgængelige forebyggelsestilbud i hver enkelt kommune.
- At der er lighed i udbud af opsøgende forebyggende tiltag, behandling og rehabilitering med høj kvalitet og en rimelig ensartethed på tværs af kommuner og regioner. (*Postnummer lotteriet*)
- At der i rimelig grad tages hensyn til, at der kan være mange andre årsager end livsstil til sygdommene, årsager, som man måske kunne gøre noget ved. Konsekvensen er, at man lægger ansvaret for sygeligheden på den enkelte, hvilket er urimeligt, eftersom den enkelte ikke har mulighed for at påvirke de fleste sygdomsårsager. Hovedparten af vores handlinger sker uden nærmere overvejelse, per rutine og automatik<sup>10</sup>.
- At stress indtænkes som mere end noget individualiseret, og at løsningerne ikke alene har ensidigt fokus på øgning af den enkeltes robusthed og bedre coping<sup>11</sup>. Samt at den viden der nu er om, at stress kan medføre langvarige kognitive vanskeligheder<sup>12</sup>.
- At de praktiserende læger og hjemmeplejen har god viden om, hvad der findes af tilbud i kommunalt regi, hos patientforeninger m.m., og hvordan, der henvises til dem.
- At der arbejdes med afbalancerede tilbud og indfaldsvinkel til rehabilitering til borgere, der henvender sig til kommunen om hjemmehjælp<sup>13</sup> således, at pårørende herunder børn i familien - ikke nedslides utilsigtet eller at enlige borgere efterlades uden hjælp

---

<sup>10</sup> [http://www.altinget.dk/sundhed/artikel/sundhedsforsker-livss...e=nyhedsbrev&utm\\_medium=e-mail&utm\\_campaign=sundhed](http://www.altinget.dk/sundhed/artikel/sundhedsforsker-livss...e=nyhedsbrev&utm_medium=e-mail&utm_campaign=sundhed)

<sup>11</sup> Dansk Selskab for Almen Medicin: Stress rammer ikke kun de svage <http://www.altinget.dk/sundhed/artikel/dansk-selskab-for-almen-medicin-stress-rammer-ikke-kun-de-svage>

<sup>12</sup> A. Eskildsen, Arbejdsmedicinsk klinik. The International Journal on the biology of stress.

<sup>13</sup> <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/aeldre-borgere-oplever-markante-forbedringer-efter-rehabiliteringsforloeb>

(adgang til at komme ud af boligen (frisk luft), nødvendig personlig og anden hygiejne i hjemmet, samvær med andre og deltagelse i samfundslivet<sup>14</sup>. Se *ICF klassifikation*<sup>15</sup>.

## Baggrund

Ifølge Sundhedsloven skal der i Danmark være let og lige adgang til sundhedsydelser, og mange sundhedsydelser er gratis. Alligevel er der i Danmark en skæv fordeling. En skæv fordeling, der også forstærkes af, at det i visse områder er vanskeligt at rekruttere praktiserende læger.

## Manglende lighed i sundhed kommer til udtryk på 1 måder:

- I. En gradvis manglende lighed i sundhed i den brede befolkning – kaldet den sociale gradient i sundhed. Det betyder, at udsathed for sundhedsrisici og sygdom i befolkningen stiger gradvis i takt med, at den sociale position falder. Indkomst, uddannelseslængde og beskæftigelse er af afgørende betydning for sundhed, sygelighed og død. En forstærkende faktor her kan også være, at dele af sundhedsvæsenet er finansieret via brugerbetaling, f.eks. tandlæge, psykolog og diætist.
- II. Manglende lighed i sundhed i forhold til de særligt udsatte grupper som fx hjemløse og stofmisbrugere. Herudover er der en række borgere med psykiske lidelser og handicaps, der er sårbare.

Der er manglende lighed i sundhed i Danmark<sup>16</sup>. Det ses på en række forskellige områder.

- A. Fx er der forskel på, **hvor længe vi kan forvente at leve**. Sammenlignes gruppen af borgere med længere **uddannelse** med gruppen af borgere med kort uddannelse, ses en forskel i middellevetid på cirka 4 år for mænd og 2½ år for kvinder. En ulighed der er steget igennem de sidste 25 år.

---

<sup>14</sup> <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/ae> <https://vive.dk/2017/11/faerre-svage-aeldre-faar-hjemmehjaelp/> og [https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/scleroseforeningen-b...ce=nyhedsbrev&utm\\_medium=e-mail&utm\\_campaign=sundhedldre-borgere-oplever-markante-forbedringer-efter-rehabiliteringsforloeb](https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/scleroseforeningen-b...ce=nyhedsbrev&utm_medium=e-mail&utm_campaign=sundhedldre-borgere-oplever-markante-forbedringer-efter-rehabiliteringsforloeb)

<sup>15</sup> <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/funktionsevne/funktionsevne-vurdering-og-icf/>

<sup>16</sup> <https://patientoplevelser.dk/undersogelser/lup-somatik-2017>

<https://patientoplevelser.dk/undersogelser/patienters-oplevelser-region-hovedstaden-2017>

[https://patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/lup\\_regionh\\_2017.pdf](https://patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/lup_regionh_2017.pdf)



I øvrigt er der langt flere med kort uddannelse som dør af kræft, KOL, apopleksi med videre end borgere med længere eller videregående uddannelser.

- B. Den manglende lighed er primært et udtryk for, at der er manglende lighed i alle de underliggende faktorer. Det betyder dermed, at der også er langt flere med kort uddannelse, som får disse sygdomme.

Risikoen for at dø i et sygdomsforløb påvirkes imidlertid lige meget, uanset om man har en lang eller kort uddannelse. Der er herudover nogle forskelle, hvor kortuddannede ser ud til bl.a. at opsøge læge senere end dem med længere uddannelse, hvilket især udgør et problem blandt mænd.

Der er lavet undersøgelse på Aarhus Universitetshospital, der viser, at højtuddannede leukæmipatienter har en højere overlevelse end patienter med kort eller mellemlang uddannelse (refereret i hæmatologisk tidsskrift).

Men det er ikke kun i forhold til, hvor længe vi kan forvente at leve, at der er forskel. Udenlandske undersøgelser viser, at kvinder uden uddannelse, uden partner og/eller uden arbejde er mere udsat for graviditetskomplikationer end andre kvinder.

Der er også stor forskel på andelen af borgere, der må forlade arbejdsmarkedet efter sygdom – en forskel, der hænger tæt sammen med hvilken uddannelse man har. Således har borgere uden kompetencegivende uddannelse 3,5-4,5 gange større risiko for at miste arbejdet efter sygdomme som KOL, diabetes, iskæmiske hjertesygdomme og apopleksi.

Sammenlignes forskelle i **indkomst**, er forskellene i middellevetid endnu større. Således er middellevetiden for de 25 % lavestlønnede mænd 10 år kortere, end den er for de 25 % højestlønnede mænd. Tilsvarende for kvinder er forskellen 6 år.

For alvorligt psykisk syge mennesker, mennesker med handicaps og socialt udsatte som hjemløse og stofmisbrugere er middellevetiden hele 15 til 20 år kortere. En del af denne forskel skyldes manglende kontakt til sundhedsvæsenet, hvorved alvorlige sygdomme ikke opdages.

- C. Den sociale faktor ses også på den manglende lighed i **sundhedsadfærd** (rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og overvægt), således at jo kortere uddannelse, des større er sandsynligheden for, at man ryger, er fysisk inaktiv, er overvægtig mv. Derudover er der en klar koncentration af risikofaktorer blandt dem med korte uddannelser. Samtidig er andelen af kortuddannede, som udsættes for mere end 3 risikofaktorer, 10 gange større, end den er hos dem med en længere uddannelse.
- Der er en tydelig manglende lighed i forekomsten af en lang række sygdomme. Det gælder sygdomme som diabetes, mange kræftformer, KOL, hjertekarsygdomme og depression. Mange af disse sygdomme kan henføres til de påvirkninger, man har været udsat for i forhold til sundhedsadfærd.

- D. Når usund sundhedsadfærd, sygdom, død, arbejdsløshed som følge af sygdom alt sammen har en markant ulighed i sig, er der noget, der tyder på, at det er utilstrækkeligt blot at pege på sundhedsadfærden som forklaring på **den komplekse udfordring**. Sundhedsadfærd kan heller ikke forklare hele forskellen i dødelighed og middellevetid. Det understreges bl.a. af et studie, som så på middellevetiden blandt mænd og kvinder, som aldrig havde røget, var ex-rygere, moderate rygere og storrygere. Her var der en forskel i middellevetid fra kort- til højtuddannede på 2-3 år for mænd, og 1-2 år for kvinder. Denne forskel var til stede uanset rygerstatus. Der er derfor også behov for at se på andre faktorer så som opvækstbetingelser, arbejdsforhold og stress.
- **Opvækstbetingelserne** – de tidlige år fra undfangelse til skole og uddannelse – har stor betydning for de muligheder, man har for at få et sundt liv senere i livet. Det hænger sammen med både de tidlige eksponeringer, man udsættes for, ens succes i uddannelsessystemet, de økonomiske muligheder man har, ens evne til at orientere sig i sundhedssystemet og det stressniveau, som bliver en del af hverdagen. Om man færdiggør sin uddannelse, om man (tidligt) oplever langvarig arbejdsløshed, hvilke muligheder, der er for at engagere sig i fritidsaktiviteter, boligens tilstand osv. - alt dette har også betydning for udvikling af sygdom, tidlig død og år, hvor man oplever begrænsninger som følge af sygdom (Se senere afsnit om børn og unge).
  - Der er en række sygdomme – herunder muskelskelet lidelser, og en række lunge-sygdomme – som skyldes **arbejdsforhold**.
  - **Stress** betyder en tilstand, hvor ydre belastninger overstiger et individs evne til at håndtere disse belastninger. Vedvarende stress er sammen med ændringer i adfærd som rygning, øget alkoholforbrug, sukker- og fedtholdig mad sammen med vedvarende forhøjet stresshormoner i blodet kan medføre udvikling af overvægt, diabetes og forhøjet blodtryk. At være udsat for kronisk stress anses at være den stærkeste stressfaktor. Det skyldes, at det medfører langvarige eller permanente følelsesmæssige, psykologiske og adfærdsmæssige reaktioner. Disse reaktioner påvirker sårbarheden for at få sygdom og påvirker forløbet af sygdommen. Det gælder stressfyldte hændelser som varer ved, f.eks. at pleje en dement ægtefælle. Det kan også gælde kortvarige situationer, som stadig kommer tilbage og som opleves overvældende, efter at de er afsluttet, f.eks. seksuelt misbrug. Personer med kronisk sygdom/-e har væsentlig øget stress- og depressionshyppighed end almenbefolkningen. Stressfyldte hændelser øger risikoen for depressive symptomer og alvorlige depressionstilstande.
  - Der er desuden **manglende lighed i sygdomme, som ikke er direkte påvirket af sundhedsadfærd**, de såkaldt u-forebyggelige sygdomme, funktionsnedsættelser og medfødte tilstande.

- Borgere med sjældne sygdomme (evt. uden egen patientforening), diagnoser hvor der endnu ikke er (aldrig kommer) forløbsprogrammer eller er i fokus ved udvikling af fx PRO-data under kvalitetsprogrammet tendere til at komme bagefter i prioriteringen i det nuværende sundhedssystem.
- E. Samlet set er resultatet manglende lighed i forekomsten af en lang række sygdomme og samtidig også en markant manglende lighed i forekomsten af **multisygdom**, dvs. at man har flere samtidige sygdomme.  
(Her henvises til PIU's temapapir om multisygdom).
- F. Også i **mødet med sundhedsvæsenet** slår manglende lighed i sundhed igennem messaging af, indsigt i og overblik over sundhedsvæsenets organisering og tilbud, samt ulighed i dialog mellem borger og sundhedspersonale.  
Det kan være i forhold til brug af de ydelser som koster penge, herunder medicin, tandlæge, psykolog, fysioterapeut mv. Netop i forhold til udgifter til medicin er det de mest syge og de kortest uddannede, der har de største udgifter. Den lange ventetid til gratis konsultation hos en privat praktiserende psykiater kan også medføre, der i stedet gives medicinsk behandling, som er dyr og kan have bivirkninger og/eller udgøre en øget sundhedsrisiko i form af polyfarmaci. Det kan også være i forhold til, hvornår man søger læge i forbindelse med sygdom, hvor der er en tendens til, at særligt kortuddannede, og især kortuddannede mænd, ikke er opmærksomme på symptomer på fx en række kræftsygdomme.

I mødet med sundhedsvæsenet er det ikke kun de sociale parametre, der spiller ind. Her betyder personens aktuelle psykiske og fysiske funktionsevne, anden etnisk herkomst og personens sundhedskompetence også noget. Der er således manglende lighed i forhold til, hvor godt den enkelte forstår de givne informationer. For at bruge, have gavn af telemedicinske tilbud spiller ovennævnte også ind.

Der ses også manglende lighed i forhold til, om man i forbindelse med sygdomsforløb henvises til rehabiliteringsforløb, og om man deltager og fastholdes i disse forløb. Patienter med længere uddannelser tilbydes oftere rehabiliteringsforløb efter sygdom som fx kræft. Derudover kan der være en særlig udfordring i at sikre, at borgere med kort uddannelse, som henvises til rehabiliteringsforløb, også møder op og fastholdes i disse tilbud. Dette får også betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet.

- G. Meget væsentligt er det også at påpege, at manglende lighed i sundhed medfører, at mange mennesker **begrænses i at udvikle deres livspotentiale og leve det liv, de ønsker**. En undersøgelse af 30-årige mænd og kvinder viser, at ikke alene lever de kortuddannede kortere end de langt uddannede, de har også flere år med mild eller alvorlig aktivitetsbegrænsning, inden de dør. En del af disse aktivitetsbegrænsninger skyldes sygdomme, som kunne være undgået.
- H. **Manglende lighed i sundhed koster dyrt** - både i tabt arbejdsproduktion, i velfærdstab som oplevet sygelighed og tidlig død, i ekstra udgifter for sundhedsvæsenet og til overførselsindkomster.

Der er ikke lavet samlede beregninger her i landet, men der findes europæiske og amerikanske beregninger, hvori Danmark også indgår.

I disse undersøgelser undersøger man, hvad der er omkostninger og udgifter forbundet med den ringere sundhedstilstand, som er dokumenteret forbundet med at befinde sig i den tredjedel af befolkningen med de korteste uddannelser. Den årlige pris for Danmark er skønnet til (beløbene kan ikke lægges sammen):

- 24 milliarder kroner i tabt produktionsværdi
- 165 milliarder kroner i oplevet velfærdstab
- 30 milliarder kroner i merforbrug sundhedsvæsenet
- 10 milliarder kroner i overførselsindkomster til at kompensere individet/familien for indtægtstab ved tabt produktion.

Stress medfører 1400 dødsfald årligt i DK og koster samfundet årligt 14 milliarder kroner pa. i sygefravær og udgifter til sundhedsvæsenet<sup>17</sup>.

For beskæftigede på arbejdsmarkedet koster stress 5,5 milliarder kr<sup>18</sup>.

Alt i alt mange penge, som samfundet kunne anvende til forebyggelse af sygelighed, for tidlig død og give den tredjedel af landets borgere med dårligst sundhedstilstand et bedre helbred og livskvalitet.

## Manglende lighed rammer særlig grupper

### Børn og unge

Når der tales om børns tidlige udvikling, er det den kognitive, emotionelle, sociale og sproglige udvikling hos børn op til 6-8 årsalderen, der henvises til. Den tidlige udvikling er en afgørende faktor for sundhedsmæssige og sociale forhold senere i livet. Der ses en social gradient i forekomsten af nedsat fostervækst og for tidlig fødsel, som er faktorer, der kan disponere for en række somatiske og psykiske/udviklingsmæssige sygdomme og tilstande. Der ses ligeledes en social gradient i forekomsten af dårlig kognitiv udvikling (sen taleudvikling) og overvægt blandt 7-årige, set i forhold til moderens erhvervsstatus. Tidlig overvægt er en risikofaktor for senere overvægt og dårligt helbred.

Svigtende kognitiv udvikling blandt børn får konsekvenser for børnenes fremtidige uddannelsesniveau og jobmuligheder, og hermed grundlægges en tidlig social ulighed, en ulighed der har betydning for manglende lighed i sundhed. Børns trivsel har også betydning for deres senere fysiske og psykiske sundhed. I Skolebørnsundersøgelsen fra 2014 ses –

---

<sup>17</sup> SIF 2006

<sup>18</sup> FTF 2015

udover en ophobning af helbredsmæssige udfordringer som overvægt, symptombelastninger og tilskadekomst i lavere socialgrupper – at der er en ophobning af belastninger som lav livstilfredshed og, at mange elever føler sig for tykke. Tilsvarende er der færrest i de lavere socialgrupper, som har højt selvværd, høj tiltro til egne evner og høj social kompetence. Psykiske symptomer i ungdomsårene kan være en konsekvens af vanskeligheder i skolen, ligesom det kan bidrage til udviklingen af vanskeligheder i skolen, og dermed grundlægge en manglende lighed i sundhed. Generelt har sociale belastninger i barndommen betydning for det uddannelsesniveau, børnene opnår. Dem, som ikke har fået en ungdomsuddannelse, når de er 20 år, har fem gange forhøjet dødelighed inden de bliver 30 år, og det er en overdødelighed, som hænger ved langt frem i livet.

## Mennesker med psykisk sygdom

Helbredsproblemer blandt personer med psykiske lidelser er hyppigere end blandt den øvrige befolkning. Det ses bl.a. i en overdødelighed forårsaget af fysiske sygdomme. Både oversygelighed og overdødelighed kan have flere årsager. Mennesker med psykisk sygdom har en usund livsstil, dobbelt så hyppig som andre. Det gælder både svær overvægt, rygning, usund kost og stillesiddende adfærd. Mennesker med psykisk sygdom har en væsentlig lavere indkomst, lavere uddannelsesniveau, ringere arbejdsmarkedstilknytning, højere stressbelastning og færre sociale kontakter end befolkningen som helhed. Desuden er visse farmaka forbundet med øget risiko for hjertekarsygdom og type 2-diabetes. Endvidere bliver somatiske sygdomme underdiagnosticeret og underbehandlet hos personer med psykiske lidelser. Endelig er der en sammenfaldende genetisk disposition til visse psykiske og somatiske lidelser.

## Mennesker med handicaps

Mennesker med andre handicaps end psykiske lidelser har også en markant dårligere sundhed end resten af befolkningen. De ryger mere, spiser mere usundt og bevæger sig mindre. Samtidig får de mere medicin, er oftere indlagt, og de trives socialt dårligere. På samtlige faktorer – på nær alkoholforbrug – lever mennesker med fysiske og helbredsrelaterede handicap et usundere liv og har dårligere helbred og trivsel end resten af befolkningen. For borgere med udviklingshæmning er der påvist en markant overdødelighed. Både mænd og kvinder lever cirka 14 år kortere end befolkningen generelt.

## Socialt udsatte borgere

Socialt udsatte borgeres sundhed er ofte meget udfordret, og der er tale om en gruppe mennesker (1-2% af befolkningen), som har store og samtidige sociale og sundhedsmæssige udfordringer. Det påvirker deres middellevetid meget markant, og middellevetiden for socialt udsatte er hele 22 år lavere, end den er for resten af befolkningen. Mens sundhe-

den er påvirket af en risikobetonet livsførelse, ses også en markant overdødelighed af sygdomme, som kan behandles eller forebygges, hvis der er en god kontakt til sundhedsvæsenet.

## Lovgivning og rettigheder

Ifølge sundhedsloven skal der være let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Retten til ligebehandling i forhold til sundhed er sikret i både menneskerettighederne og dansk lovgivning. Det offentlige sundhedssystem skal således være et tilbud for alle, uanset social status og etnisk oprindelse. Det er også pointeret i det danske lægeløfte, hvor der blandt andet står "At lægen skal bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse".

## Konklusioner

- Det handler om den måde, vi som samfund prioriterer på i praksis.
- Det handler om, at borgerne har meget forskellige forudsætninger for at opsøge og navigere i sundhedsvæsenet.
- Og det handler om, at borgerne har meget forskellige forudsætninger for at kommunikere med sundhedsvæsenet og for at følge et udrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsforløb.
- Det handler om det etiske argument, at grundlæggende set har vi forskellige forudsætninger for at tage ansvaret for vores egen sundhed. Der er grupper af borgere, som har meget ringe forudsætninger og muligheder for det.
  - Der er grupper i samfundet, som ikke har samme muligheder for at vælge frit, og som ikke har de samme forudsætninger for at kunne tage vare på sig selv. Er de samtidigt uden nære pårørende eller et støttende netværk forringes forudsætningerne for det frie valg yderligere.
  - Ud over børnene, drejer det sig om kognitivt svækkede og mentalt handicappede borgere, samt nogle borgere med svære psykiske lidelser. Desværre viser statistikkerne os, at netop disse grupper af voksne i langt højere grad er ramt af sygdom og tidlig død.
- Det handler også om, at borgerne har meget forskellig viden om deres rettigheder i sundhedsvæsenet
- At årsager og løsninger ikke kan findes i sundhedssystemet alene, men skal løses sammen med mange andre områder, bl.a. daginstitutioner og skoler, uddannelses- og beskæftigelsessektoren, social- og boligpolitik, miljøområdet, civilsamfund, interesseorganisationer og erhvervslivet."

# Definitioner

Ved manglende lighed i sundhed forstås, at sundhedsrisici og sygdomme er skævt fordelt. Begrebet er under stadig udvikling og senest koblet til patientsikkerhed altså de unødvendige skader (UTH) patienter oplever gennem manglende lighed og manglende respekt. KILDE: IHI's National Forum i Orlando d. 4.-7. december 2016: IHI President & CEO" Derek Feeley

Sundhedskompetence: Kan forstås som personens viden, motivation og kompetence til at finde, forstå, vurdere og anvende information om sundhed.

## Kilder:

Forum For Lighed I Sundhed 2017: Handlingsnotat om mere lighed i sundhed.  
<http://www.altinget.dk/misc/Handlingsnotat%20februar%202017%20tryk.pdf>

Brønnum Hansen H et al: "Impact of smoking on social gradient in life expectance Denmark", J. Epi-demiol Community Health 2004;58:604-610.

Bådsgaard M, Brønnum-Hansen, H: Social ulighed i levetid, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd og Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2012.

Davidson, M et al: Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012 - Overdødelighed, middeleleve-tid og dødsårsager, Rådet for socialt udsatte/Statens Institut for Folkesundhed, 2013.

Diderichsen, F et al: Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen 2011.

EHLEIS Country Reports, Issue 7, April 2014.

Føns Johnsen N. et al: Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2014.

Hæmatologisk tidsskrift September 2017

JP Mackenbach, WJ Meerdink, AE Kunst: Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Health & Consumer Protection Directorate-General, July 2007.

Jæger MM et al: "Ulighed og livsforløb – analyser af betydningen af social baggrund", København 2003, Socialforskningsinstituttet, 03:10.

Koch, MB et al: What is the association of smoking and alcohol use with the increase in social inequality in mortality in Denmark? A nationwide register-based study. *BMJ Open*. 2015 May 11;5(5):e006588. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006588.

Meulengracht Flachs E. et al.: Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2014.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: "Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme", 2014.

Mousten I R et al: Social position and referral til rehabilitation among cancer patients. *Acta Oncologica*, 2015.

Nordentoft M. et al: Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. Kbh. Vidensråd for Forebyggelse, 2015.

Rasmussen M, Pedersen TP, Due P, red.: Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2015. Sallis James F et al: Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *The Lancet*, april 2016.

Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet: Ulighed i Sundhed – Årsager og Indsatser fra 2011

Søgaard, J: Hvad ved vi om kvaliteten af dansk kronikerbehandling? Sociale forskelle og social ulighed som kvalitetstema. Oplæg 10, nov. 2014, IDA mødecenter.

Thybu, Peter: "Det Dobbelte KRAM – et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel" (Hans Reitzwils Forlag 2016 )

VIVE: [www. Vive.dk](http://www.Vive.dk)

Lindquist, A et al: The impact of socioeconomic position on severe maternal morbidity outcomes among women in Australia: a national case-control study. *BJOG*, nov 2015.

Bouthoom, SH et al: Socioeconomic inequalities in placental vascular resistance: a prospective cohort study. *Fertility and Sterility*, maj 2014.

Kim, D & Saada, A: The social determinants of infant mortality and birth outcomes in Western developed nations: a cross-country systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013, 10(6), 2296-2335





**Region Hovedstaden**  
Center for Sundhed

Mail: