

DOKUMENTATIONSRAPPORT OM ULIGHED I DANSK SUNDHED

Rapport om fem problemer og barrierer
for at skabe øget lighed i sundheden i Danmark.
Udpeget af Lighedstænkertanken 2012



INDHOLD

Forord ved chefredaktør Kristian Lund, Dagens Medicin Side 3

FEM PROBLEMER OG BARRIERER FOR AT SKABE ØGET LIGHED I SUNDHEDEN I DANMARK

1. Forebyggelse og sundhedsfremme for de dårligst stillede Side 7
2. Hvordan kan et højt specialiseret sundhedsvæsen behandle den udsatte med mange diagnoser?..... Side 13
3. Et rummeligt arbejdsmarked i en konkurrencepræget tid - hvad skal der til? Side 21
4. Udsattes kontakt til sundhedsvæsenet – hvordan bliver det bedre?..... Side 31
5. Somatisk sygdom har højeste prioritet, selvom psykiske lidelser står bag hver anden førtidspension – det kan gøres bedre Side 37

Bilag 1: Tænk tankens deltagere Side 44

Bilag 2: Barrierer for forbedret lighed i Danmark Side 45

FORORD

”Uligheden har en overflade af teflon.”

Nogenlunde sådan sagde Danmarks førende ulighedsforsker professor Finn Diderichsen på Lighedstænketankens møde i Holte i januar 2012, og det han mente var, at uligheden i Danmark i årevis har været urokkelig. På trods af alle skåltaler, parti programmer og velmente løfter sker der intet.

Mange vil tro, at det ikke kan passe – den danske velfærdsmodel må da fungere og bidrage til at forbedre ligheden. Trods alt bruger danskernes stadig flere penge på velfærden, og det må da komme samfundets svageste til gode.

Det kunne man tro, men det er ikke tilfældet. Tværtimod er sandheden, at ulighedsprofessoren med sin tørre konstatering har undervurderet problemet, og det ved Finn Diderichsen bedre end alle andre. Kendsgerningen er nemlig ikke bare, at alle foranstaltninger preller af, faktisk bliver uligheden i sundheden bare værre. I hvert tilfælde på visse områder.

Et af de områder, hvor det går galt, er middellevetiderne.

Siden 1995 er danskernes middellevetid steget 4,6 år for mænd og 3,7 år for kvinder. Det er glædeligt, men ikke ligefrem enestående. Det samme er sket i stort set alle lande, så Danmark bevarer sin position i bunden af den vestlige verden, når det gælder levetid.

Derimod er det opsigtsvækkende, at middellevetiden har udviklet sig forskelligt for de høje indkomstgrupper og de lave. Denne – ultimative – ulighed udvikler sig nemlig helt skævt. For den rigeste fjerdedel af den mandlige danske befolkning er middellevetiden 82 år, mens den fattigste fjerdedel lever 72,2 år. Forskellen er næsten ti år. Det er enormt – eller lige frem abnormt. De rige mænd lever altså ti år længere end de fattige.

Det er imidlertid ikke det værste. Nej, værre er det, at denne afstand, denne ulighed, bliver større år for år. I 1987 var forskellen 5,5 år, så uligheden bedømt på middellevetiden – og den er blandt de vigtigste – er næsten fordoblet.

Fordoblet? I Danmark! I en årrække, hvor røde regeringer såvel som blå regeringer har haft magten. Men det har ikke gjort en forskel, hvem der bestemte.

Tænketanken, hvidbogen og Lighedsparlamentet

Ulighedsprofessorens udtalelse faldt på Lighedstænketankens møde 23.-24. januar 2012 i Holte. Dette møde var arrangeret af FOA, PenSam og Dagens Medicin i fællesskab. Tænketanken havde 31 medlemmer (se deltagerne i bilag 1) og den udpegede de otte vigtigste barrierer (se bilag 2) for at opnå større lighed i Danmark.

Siden er disse otte barrierer blevet omformuleret til fem, nemlig:

- Forebyggelse og sundhedsfremme for dårligst stillede
- Hvordan kan et højt specialiseret sundhedsvæsen behandle den udsatte med mange diagnoser?
- Et rummeligt arbejdsmarked i en konkurrencepræget tid – hvad skal der til?
- Udsattes kontakt til sundhedsvæsenet – hvordan bliver det bedre?
- Somatisk sygdom har højeste prioritet, selvom psykiske lidelser står bag hver anden førtidspension

Denne hvidbog har som formål at dokumentere, at netop disse barrierer faktisk er betydende forhindringer for skabelse af øget lighed i Danmark. Hvidbogen baserer sig på en rapport, 'Ulighed i sundhed; Årsager og indsatser', udgivet i 2011 af Sundhedsstyrelsen, og udarbejdet af Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel.

Materialet fra denne rapport er udvalgt og bearbejdet, så det afdækker de barrierer som Tænketanken har peget på. Bearbejdningen er foretaget af kandidatstuderende Anja Elkjær Rahbek, Tone Nymann Nielsen, Thomas Tjørnelund Nielsen og Ulla Holten Nielsen. Materialet er redigeret af Dagens Medicin, og Finn Diderichsen har gennemlæst det færdige resultat.

Hvidbogen er også forarbejdet til Lighedsparlamentets møde 24. maj 2012, hvor 180 deltagere fra alle egne af uligheden skal drøfte og udpege de mest effektive løsninger på problemerne.

Ulighedens ukendte konsekvenser

Hvidbogen dokumenterer til overflod, at de barrierer, som Tænketanken har peget på, er relevante.

Derfor dokumenterer hvidbogen også, at uligheden i Danmark er provokerende nærværende og chokerende upåvirkelig.

Her skal blot nævnes nogle få nedslag.

Indenfor emnekredsen forebyggelse og sundhedsfremme for de dårligst stillede er det velkendt, at rygning vender den tunge ende nedad. For 35 år siden var der knap 18 procentpoint flere rygere blandt de laveste uddannelser end blandt de længst uddannede. Rygning er altså præget af ulighed. Desværre har denne ulighed udviklet sig massivt i den forkerte retning, så nu er andelen af kort uddannede rygere 27,7 procent flere end blandt de højt uddannede. Det går altså skræmmende galt.

Antallet af indlæggelser med blodpropper er væsentligt større blandt de kort uddannede frem for de langt uddannede. For hver 100.000 kortuddannede indlægges årligt 295 med en blodprop i hjertet. Blandt de langt uddannede er antallet 172 om året.

Den ulighed er i sig selv skræmmende. Men det skal blive værre. Sagen er nemlig, at risikoen for at dø samme dag, som man indlægges, er knap 10 procent hvis man er kortuddannet, mens den er det halve, hvis man har en længere varende uddannelse. Ikke bare er der altså langt flere indlæggelser blandt de kortuddannede, men risikoen for at dø den første dag er altså dobbelt så stor.

Arbejdsmarkedet forstørrelser uligheden

At arbejdsmarkedet bidrager til at skabe ulighed er velkendt, men omfanget af denne ulighedsskabelse er ikke kendt. At fysisk arbejde også fører til flere indlagt med skader og ulykker blandt de kortuddannede er banalt – og sandt. Men at hjemmehjælpere – bare som et eksempel – har mere end dobbelt så stor risiko for at få en psykiatrisk diagnose som skal behandles med antidepressiv medicin end andre erhvervsaktive, er ukendt og skræmmende. En hjemmehjælper? Hvorfor skal de i højere grad end andre i antidepressiv behandling?

Og når det endelig går galt og danskerne bliver indlagt, så er de kortuddannede dobbelt ramt. Flere af dem bliver ramt, men deres risiko for at deres sygdom vil føre til deres endelige afgang fra arbejdsmarkedet er markant højere. Hvis en kortuddannet får kræft, så ender det med at 38,9 procent af dem inden for en treårig periode er skubbet helt ud af arbejdsmarkedet, og det er altså for stedse. Blandt de langt uddannede er den tilsvarende andel 7,9 procent, og altså langt, langt mindre.

Der er kun en forklaring på denne ulighed, eller rettere forskelsbehandling, og det er at arbejdsgiverne er langt mere tålmodige, når det gælder medarbejdere med længerevarende uddannelser, hvorimod de er langt hurtigere til at nedlægge stillinger eller besætte stillinger, som er forladt af kort uddannede langtidssyge.

Ulighedens accelerator gør alting være

Samlet set fører disse ulighedsfænomener – og andre som dette forord springer over – til at risikoen for at blive skubbet ud af arbejdsmarkedet på grund af sygdom er 178 procent (læs tallet en gang til, det er monstrøst) større for kort uddannede end for langt uddannede.

Risikoen for at få varig aktivitetsbegrænsning efter sygdom er 118 procent højere for kort uddannede end for langt uddannede.

Disse overdimensionerede risici for de kort uddannede starter ellers med et mere uskyldigt udgangspunkt. Risikoen for at kort uddannede får en langvarig sygdom er nemlig 'kun' 38 procent højere end for de langt uddannede.

Men med ulighedens ubønhørlige accelerator vokser konsekvenserne, udstødning fra arbejdsmarkedet eller livslange handicap, til det mange dobbelte.

Sådan er situationen altså for uligheden i Danmark – den er skræmmende og den er voksende.

Kristian Lund

Chefredaktør

Dagens Medicin

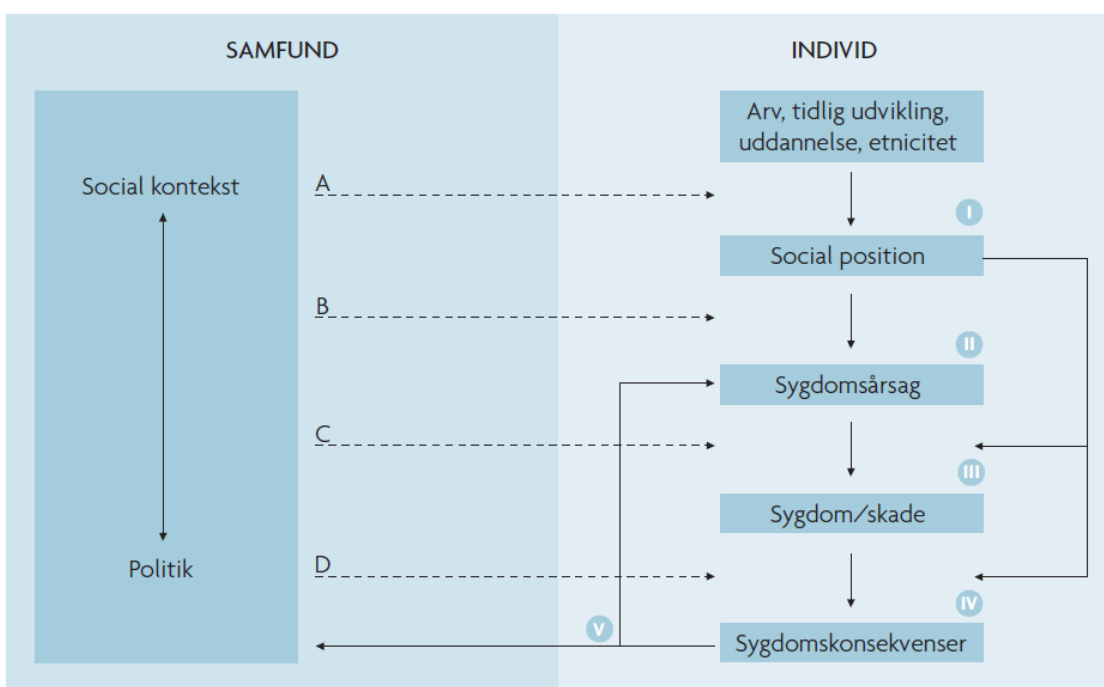
København, 14. maj 2012

**FEM PROBLEMER OG BARRIERER
FOR AT SKABE ØGET LIGHED
I SUNDHEDEN I DANMARK**

1. FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME FOR DE DÅRLIGST STILLEDE

- Familiens økonomiske, sociale og psykologiske forhold har effekt på børns livsløbsperspektiv
- Forskellen mellem højt- og kortuddannedes sundhedsadfærd øges
- Alkohol rammer kortuddannede hårdere end højtuddannede
- Kortuddannede rammes oftere og hårdere af blodpropper end højtuddannede
- Sygdomme relateret til KRAM-faktorerne skaber stor ulighed i sundhed

Figur 2.2 Oversigt over væsentlige mekanismer (I-V) og tilhørende interventionspunkter (A-D) i forbindelse med social ulighed i sundhed



Kilde: Diderichsen et al. The Social Basis of Disparities in Health, OUP, 2001.⁴⁹

Figur 2.2 viser en model til forståelse af årsager til - og indsatser mod social ulighed i sundhed, som har været anvendt af blandt andet WHO og den engelske kommission^{i, ii}. Modellen peger på fem centrale årsagsmekanismer bag social ulighed i sundhed. For det første skaber samfund en række sociale positioner, som mennesker gennem uddannelse og på anden måde søger at opnå. I denne sociale stratificering spiller blandt andet uddannelse, arv, køn, alder, etnicitet og helbred en central rolle. Nogle mennesker oplever store vanskeligheder med at opnå eller opretholde en sådan position og bliver socialt ekskluderede.

Arv, tidlig udvikling, uddannelse og etnicitet påvirker menneskers sociale position – afhængigt af voksne menneskers sociale position i samfundet er de i meget varierende grad udsat for en lang række risikofaktorer i deres arbejde, økonomiske forhold og dermed også boligforhold og fysiske miljø. Menneskers individuelle baggrund har også stor betydning for sundhedsadfærd og en række biologiske risikofaktorer som blodtryk, blodfedt og overvægt etc.

Sygdomsårsager har per definition en effekt på risikoen for at rammes af sygdom eller skade (pil III).

Sygdomme og skader påvirker overlevelsen, funktionsevne og livskvalitet, samt menneskers muligheder for at deltage i arbejdsliv og socialt liv i øvrigt (pil IV). Disse sygdomskonsekvenser påvirkes af individets sociale position, fordi social position kan påvirke adgang til behandling og rehabilitering og de krav i arbejdet og på andre områder, som er afgørende for individets mulighed for at vende tilbage til arbejdet trods nedsat funktionsevne.

Endelig har de sociale konsekvenser af sygdom på individniveau betydning på sygdommens videre forløb og vil dermed ofte forstærke den sociale ulighed i helbred (pil V). F.eks. kan dette skabe nye sygdomsårsager, der igen kan påvirke sygdom/skade som kan skabe nye sygdomskonsekvenser – udsatte med mange diagnoser.

Modellen viser en gruppe indsatser A-D til hver af de fem årsagsmekanismer.

Problem: Set ud fra et livsløbsperspektiv påvirkes børn af de økonomiske, sociale og psykologiske forhold i familien, hvilket kan have en effekt på den sociale position, som de har mulighed for at opnå. Dette kan have en effekt på sygdomsårsager, som kan påvirke sygdom/skade, som kan påvirke sygdomskonsekvenser, som igen kan have en effekt på sygdomsårsag osv.

Tabel 4.9.1 Ulighed i sundhedsadfærd beregnet som forskel (procent-point) mellem højeste og laveste uddannelse*, samt andel i gennemsnit i befolkningen

	1987	1994	2000	2005	2010 [#]
Daglig rygning	17,9	17,8	27,6	30,7	27,7
Gennemsnit (%)	44,1	39,0	34,0	29,6	20,9
Alkohol >14/21 genst. per uge	-	-5,6	-5,7	-3,6	-1,5
Gennemsnit (%)		10,7	11,7	14,3	10,6
Svær overvægt BMI ≥30	10,2	8,6	10,3	14,6	16,9
Gennemsnit (%)	5,5	7,6	9,5	11,4	13,4
Inaktiv fritid	12,4	16,4	17,6	18,0	18,7
Gennemsnit (%)	21,2	15,5	16,3	12,9	15,9
Usund kost	-	-	-	-	22,2
Gennemsnit (%)	-	-	-	-	20,9

Kilde: Beregnet ved IFSV efter SUSY 1987-2005 og Den nationale sundhedsprofil 2010

*Sammensætning og størrelse af uddannelsesgrupper forandres meget over tid, og derfor er forskellen beregnet som *slope-index of inequality*, som tager hensyn til dette.

#: Data fra 1987-2005 bygger på SIF/SUSY, mens de fra 2010 bygger på Sundhedsprofil 2010, som er indsamlet med en anderledes metode. Især gennemsnitstallene er derfor ikke sammenlignelige mellem 2010 og de tidligere år.

Tabel 4.9.1 viser forskellen i skadelig sundhedsadfærd mellem kort- og højtuddannede. I 1987 var der 17,9 procentpoint flere kortuddannede end højtuddannede, der dagligt røg. I 2010 er tallet steget til 27,7 procentpoint. I samme periode er den gennemsnitlige andel af befolkningen, der dagligt ryger, reduceret fra 44,1% i 1987 til 20,9% i 2010. Reduktionen i antallet af daglige rygere må derfor hovedsagligt tilskrives, at en stor andel af de veluddannede er stoppet med at ryge.

Andelen af kvinder og mænd, der drikker mere end hhv. 14 og 21 genstande om ugen er stabil i perioden 1994 til 2010. I samme periode er forskellen mellem højt- og kortuddannede stort set forsvundet, således at der i 2010 kun er en forskel på 1,5 procentpoint mod 5,6 procentpoint i 1994. Det bemærkes, at hen over hele perioden er det de højtuddannede, der står for det største indtag af alkohol.

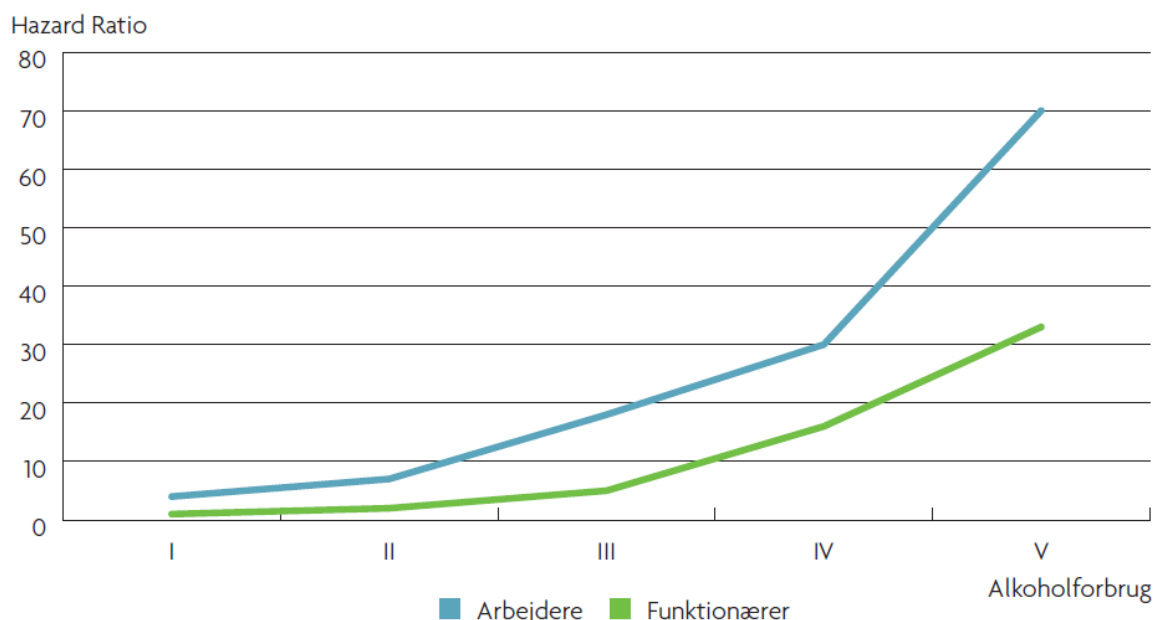
Det ses, at i 1987 er 5,5% af befolkningen svært overvægtige, karakteriseret ved en BMI > 30. Dette tal er steget gennem hele perioden således at det i 2010 lå på 13,4%. I samme periode er uligheden i svært overvægtige vokset 6,7 procentpoint.

Gennem hele perioden er befolkningen gennemsnitligt blevet mere aktive. Hvor over en femtedel var inaktive i fritiden tilbage i 1987, er dette tal reduceret til 15,9% i 2010. Det bemærkes at i samme periode er forskellen mellem kort- og højtuddannede steget fra 12,4 procentpoint til 18,7 procentpoint. Den største stigning i forskellen er sket i perioden 1987 til 2000.

Tal for hvor mange der spiser usund kost findes kun for 2010, en udvikling i dette er derfor ikke muligt at udtale sig om. Der ses en forskel i indtag af usund kost på 22,2 procentpoint. Alt andet lige betyder det, at de kortuddannede spiser mere usundt end de højtuddannede. Når uligheden har samme størrelsesorden som gennemsnittet i befolkningen, betyder det at uligheden er meget udtalt, i relative tal er usund kost tre gange oftere forekommende blandt dem med kort uddannelse end blandt dem med lang uddannelse.

Problem: Forskellen mellem de højtuddannedes og de kortuddannedes sundhedsadfærd bliver større og større.

Figur 4.9.1 Overdødelig (relativ risiko) af alkoholforbrug fordelt på arbejdere og funktionærer



Kilde: Mäkelä. JECH 2008;62:728-33.²⁵⁸

Anm: Alkoholforbrug i gram/år (I:1-26, II:27-116, III:117-364, IV:365-999, V:>999).

Figur 4.9.1 viser, at den relative risiko af alkoholforbrug for arbejdere er højere end for funktionærer. Denne forskel i den relative risiko forøges i takt med stigende alkoholforbrug.

I Danmark er alkoholforbruget jævnt fordelt i befolkningen, med tendens til at veluddannede har et højere forbrug. Men, som figuren viser, så rammer et identisk alkoholforbrug den kortuddannede hårdere end den højtuddannede. Forklaringen på dette formodes blandt andet at findes i forskellen i de to gruppers alkoholemønstre. Veluddannede drikker ofte, men i begrænsede mængder, modsat kortuddannede, der drikker sjældnere, men mere af gangen. Andre faktorer for den sociale ulighed i overdødelighed af alkohol kan være sociale vilkår i barndommen, arbejdsvilkår og indkomstforhold senere i livet.

Problem: Et identisk alkoholforbrug rammer de kortuddannede hårdere end de veluddannede.

Tabel 4.1.1 Forekomst (procent) af dårlig kognitiv udvikling og overvægt blandt 7-årige fordelt på mors erhvervsstatus

	Sen tale-udvikling	Overvægt (7år)
Højere funktionærer	8,4 %	6,7 %
Lavere funktionærer	9,0 %	8,0 %
Faglærte	10,0 %	10,5 %
Ufaglærte	11,3 %	12,6 %
Uden for erhverv	15,6 %	11,9 %
Studerende	8,5 %	3,9 %

Kilde: Upublicerede data fra Bedre sundhed for mor og barn, analyseret og stillet til rådighed af Mads Kamper-Jørgensen og Anne-Marie Nybo Andersen, IFSV.

Tabel 4.1.1 viser, at forekomsten af overvægt og dårlig kognitiv udvikling er højere hos børn, hvis forældre har lavere erhvervsstatus. Sen tale-udvikling og overvægt i barndommen er to væsentlige indikatorer for helbredet senere i livet. Sen tale-udvikling er en indikator for den kognitive udvikling og overvægt i barndommen er indikator for overvægt senere i livet. Det ses, at der er en social gradient i begge faktorer. Børn af mødre, der er uden for erhverv, har flere problemer end børn af mødre, der er højere funktionærer. Forekomsten af overvægt blandt 7-årige med ufaglærte mødre er 12,6%, hvilket er dobbelt så højt som forekomsten blandt børn af højere funktionærer og tre gange så højt som børn af studerende.

Børn studerende, som må forventes at have en lav erhvervsstatus, skiller sig ud ved at være den gruppe, der har den laveste forekomst af sen-taleudvikling og overvægt. Dette kan hænge sammen med, at studietiden er en midlertidig periode, og at mødrene i kraft af at være studerende må forventes at få en højere erhvervsstatus, så snart studietiden er ovre.

Problem: Der har ikke været en tilstrækkelig indsats til at ”fange” udsatte børn. Tidlig indsats mod overvægt blandt udsatte børn samt forsinket kognitiv udvikling lader til at kunne forbedres.

Tabel 4.11.1 Indlæggelser per 100.000 for, og dødelighed (i %) efter, blodprop i hjertet i forskellige uddannelsesgrupper. Mænd og Kvinder i alderen 35-64 år justeret for alder. Danmark 2004-05

	Mænd			Kvinder		
	Kort	Mellem	Lang	Kort	Mellem	Lang
Indlæggelser for blodprop i hjertet/ 100.000	295	233	172	98	60	44
Død samme dag, pct	9,3	6,8	4,9	10,0	5,5	7,9
Død inden 30 dage, pct	5,0	3,1	3,1	5,3	3,4	4,7

Kilde: Hjerteforeningen/SIF: Hjertestatistik 2008

Tabel 4.11.1 viser, hvor mange der bliver indlagt for blodpropper i hjertet pr. 100.000 fordelt på køn og uddannelse. Desuden vises procentdelen, der dør hhv. inden for samme dag og 30 dage. Der ses en forskel i risikoen for at blive indlagt med en blodprop i hjertet, for at dø kort efter indlæggelse for samme samt for at dø inden for 30 dage efter indlæggelsen. Forskellen er tydelig både mellem uddannelsesgrupper og mellem kønnene. Tabellen viser ikke kun risikoen for at blive syg med blodprop i hjertet, men også at chancerne for at overleve blodproppen afhænger af uddannelseslængde og køn. Mænd med en kort uddannelse har ca. dobbelt så høj risiko for at dø samme dag af en blodprop sammenlignet med en mand med en lang uddannelse. Kønsforskellen i indlæggelse er tydelig og til kvindernes fordel, men forskellen ses ikke i risikoen for at dø umiddelbart efter. Eksempelvis har kvinder med lang uddannelse større risiko for at dø af blodproppen kort efter indlæggelse sammenlignet med mænd. Samme kønsforskel gør sig gældende blandt dem, der dør inden for 30 dage.

Risikoen for at få blodprop i hjertet er større, jo mere man er udsat for eksponering for usund kost, rygning, overforbrug af alkohol og fysisk inaktivitet. Den u hensigtsmæssige sundhedsadfærd samt relaterede biologiske risikofaktorer som fedme, forhøjet kolesteroltal og for højt blodtryk er i stigende grad koncentreret omkring de socialt mindre privilegerede, heriblandt kortuddannede.

Problem: Bl.a. på grund af forskelle i sundhedsadfærd rammes kortuddannede oftere, og med mere alvorlige følger, af blodpropper i hjertet.

Tabel 3.5 De ti sygdomme som bidrager mest til ulighed i sygdomsbyrde i Danmark. Differens i sygdomsbyrde målt som DALY per 1000 mellem de 50 % som har kortest og længst uddannelse

	Ulighed DALY per 1000	Gennemsnit DALY per 1000 (rangordning)
KOL	11,5	16,4 (2)
Hjertesygdom	10,9	17,5 (1)
Mb. Alzheimer (demens)	5,9	9,0 (5)
Lungekræft	3,5	9,5 (4)
Depression	3,3	7,0 (7)
Alkoholafhængighed	2,6	4,0 (12)
Hørenedsættelse	2,4	7,3 (6)
Diabetes	2,2	5,3 (9)
Levercirrose	1,7	3,5 (14)
Slagtilfælde	1,6	10,1 (3)
Alle diagnoser	54,5	192,8

Kilde: Beregninger efter WHO, Global Burden of Disease (GBD) 2009.

Kilde: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Konsekvenserne af den uhensigtsmæssige sundhedsadfærd samt relaterede biologiske risikofaktorer kommer også til udtryk i tabel 3.5. Den viser de 10 sygdomme, der bidrager mest til ulighed i sygdomsbyrde. Langt størstedelen kan relateres til KRAM-faktorer, og en forbedret forebyggelsesindsats kan derfor tænkes at sænke uligheden i sundhed.

Problem: Sygdomme relateret til KRAM-faktorerne skaber stor ulighed i sundhed.

ⁱ Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

ⁱⁱ Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J et al. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. 2010.

2. HVORDAN KAN ET HØJT SPECIALISERET SUNDHEDSVÆSEN BEHANDLE DEN UDSATTE MED MANGE DIAGNOSER?

- De socialt udsattes diagnose(r) kan ikke puttes i en enkelt kasse
- Den langsigtede behandling og rehabilitering af de socialt udsattes mange kroniske sygdomme virker ikke
- Antallet af patienter med dobbeltdiagnoser er steget markant på få år
- Flere indsatser, og dermed større ressourceforbrug, fører til dårligere resultater for patienter med mere flere diagnoser

Tabel 3.3 Andel (%) som inden for en 14-dages periode på grund af sygdom har været begrænset i at udføre sædvanlige daglige gøremål. Aldersstandardiseret

Udsatte grupper		Hele befolkningen efter uddannelse	
Alkoholmisbrugere	43,6	< 10 års uddannelse	17,2
Sindslidende	49,4		
Hjemløse	42,8	10-12 års uddannelse	14,2
Stofmisbrugere	45,1		
Fattige	52,5	> 12 års uddannelse	11,9

Kilde: SIF: SUSY-Udsat 2007 og for hele befolkningen efter uddannelse: SUSY 2005.

Anm. 'Fattige' er defineret som personer, der har angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd. SUSY 2005 bruges som sammenligningsgrundlag for baggrundsbefolkningen.

Tabel 3.3 illustrerer, at de socialt udsatte har en meget høj sygelighed. I hele befolkningen angiver 13.1%, at de lider af aktivitetsbegrænsning grundet sygdom, men som tabellen viser, er disse tal meget højere for udvalgte sociale grupper. Cirka halvdelen af personerne i de udsatte grupper angiver en begrænsning i at udføre sædvanlige daglige gøremål.

Flere af kategorierne, som de udsatte er inddelt i, vil overlape hinanden. Feks. sindslidende stof- eller alkoholmisbrugere. De udsatte kan derfor ikke så nemt grupperes efter en bestemt diagnose, da de ofte vil have flere diagnoser og sociale problemer at kæmpe med. Udfordringen bliver at udvikle interventioner, der kan sætte målrettet ind mod flere faktorer på en gang, da problemerne kan være multifaktorelle.

Problem: Mange socialt udsattes diagnose(r) kan ikke puttes i en enkelt kasse.

Tabel 3.5 De ti sygdomme som bidrager mest til ulighed i sygdomsbyrde i Danmark. Differens i sygdomsbyrde målt som DALY per 1000 mellem de 50 % som har kortest og længst uddannelse

	Ulighed DALY per 1000	Gennemsnit DALY per 1000 (rangordning)
KOL	11,5	16,4 (2)
Hjertesygdom	10,9	17,5 (1)
Mb. Alzheimer (demens)	5,9	9,0 (5)
Lungekræft	3,5	9,5 (4)
Depression	3,3	7,0 (7)
Alkoholafhængighed	2,6	4,0 (12)
Hørenedsættelse	2,4	7,3 (6)
Diabetes	2,2	5,3 (9)
Levercirrose	1,7	3,5 (14)
Slagtilfælde	1,6	10,1 (3)
Alle diagnoser	54,5	192,8

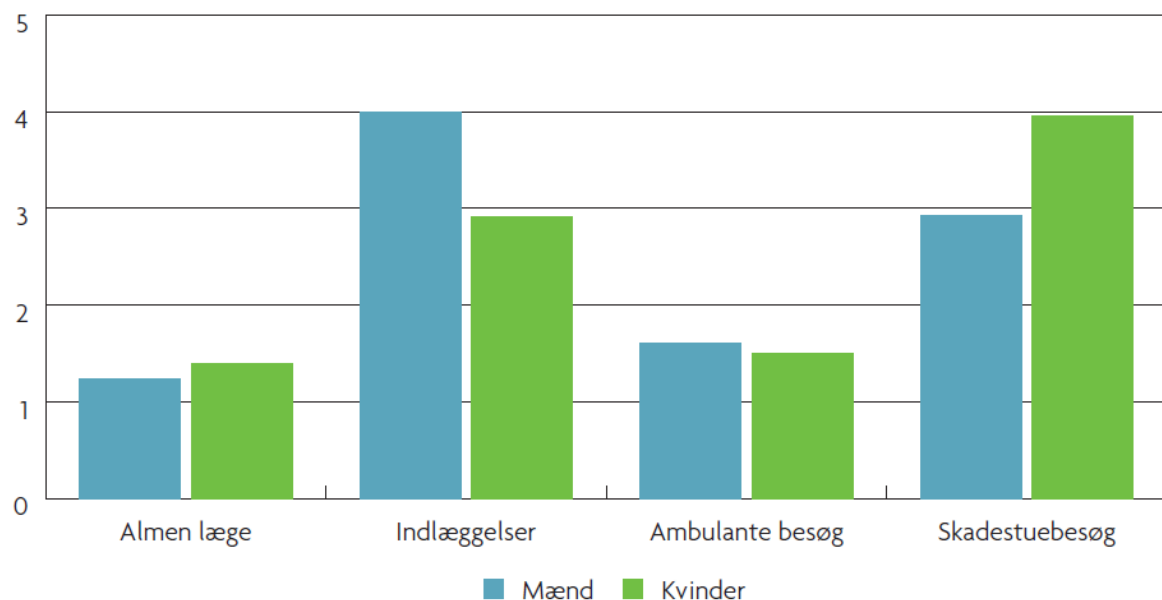
Kilde: Beregninger efter WHO, Global Burden of Disease (GBD) 2009.

Kilde: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Tabel 3.5 viser i venstre kolonne differencen mellem de 50% i befolkningen, der har den korteste uddannelse, og de 50% i befolkningen der har den længste uddannelse. Højre kolonne viser sygdomsbyrden for befolkningsgennemsnittet. De 10 sygdomme, som er listet op i tabellen, er dem der dominerer sygdomsbilledet i hele befolkningen og uligheden i sygdomme i forhold til kort- og languddannede.

Det ses, at de 10 sygdomme alle er sygdomme, der er højt korrelerede, f.eks. har KOL-patienter ofte hjertesygdomme og lungecancer som følge af rygning gennem lang tid. Alkoholafhængighed er også korreleret med levercirrose, depression og KOL, samt flere andre sygdomme.

Figur 4.11.1 Overhyppighed af brug af sundhedsydelser blandt socialt udsatte, der har haft kontakt med sundhedsvæsenet mindst en gang i året før undersøgelsen



Kilde: SUSY udsat.²¹⁸

Anm: Overhyppigheden måles i forhold til baggrundsbefolkningens brug af sundhedsydelser, som her antager referenceværdien 1.

Figur 4.11.1 illustrerer overhyppigheden i brug af forskellige ydelser. En fire gange højere frekvens af skadestuebesøg og indlæggelser på sygehus blandt socialt udsatte svarer til overhyppigheden i behovet. Det relativt set lave forbrug af egen læge og andre ambulante besøg afspejler et brug af sundhedsvæsenet, hvor det er de akutte kriser, som udløser kontakt. En langsigtet behandling og rehabilitering af de mange kroniske sygdomme som denne gruppe lider af, ser ikke ud til at fungere. Figur 4.11.1 viser blandt andet, at socialt udsatte har været på skadestue eller er blevet indlagt 3-4 gange oftere end resten af befolkningen inden for det seneste år. Igen gælder det, at brug af ydelser altid skal sammenholdes med behovet.

Problem: For de socialt udsatte virker den langsigtede behandling og rehabilitering af de mange kroniske sygdomme, som de lider af, ikke.

Det er svært at finde tabeller omkring socialt udsatte med mange diagnoser overordnet, men et par rapporter giver tal på dobbeltdiagnoser såsom én psykiatrisk diagnose og stofmisbrug (stofmisbrug fremgår af ICD-X som værende en psykisk sygdom).

Følgende tabeller er taget fra rapporter: 'Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug' (2011)', og 'Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats' (2010), udgivet af Socialt Udviklingscenter SUS, samt 'Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger' (2011), udgivet af Dansk Sundhedsinstitut.

"Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug"

1.1 Hvor stor er målgruppen?

I forhold til størrelsen på målgruppen for nærværende undersøgelse sammenfatter følgende tabel – meget forsigtigt og velvidende, at der er store usikkerheder og metodiske vanskeligheder forbundet med at opgøre de præsenterede tal - udvalgte resultater fra danske survey- og registerundersøgelser:

Målgruppe	I Danmark	Indlagt i løbet af et år på psykiatrisk hospital/ambulant behandling (På baggrund af Amdradsforeningens registerundersøgelse).
A (svær sindslidelse og stofmisbrug/blandingsmisbrug)	?	Ca. 1.830 personer
B (svær sindslidelse og alkoholmisbrug)	Ca. 15.000 personer/landsplan	Ca. 1.170 personer
C (let sindslidelse og stofmisbrug/blandingsmisbrug)	?	Min.1.660 personer**
D (let sindslidelse og alkoholmisbrug)	Min. 75.000 personer/landsplan*	Min. 2.190 personer**

Note:
* Kun ICD10-koderne F30-F34 & F38, F40-F43, F60 & F11-F19.
** Kun ICD10-koderne: F30-F39 og F60-F69.

Billedet af, hvor store målgrupperne er, står således temmelig 'sløret'. Estimer af målgruppens størrelse baserer sig på vidt forskellige grundlag fra undersøgelse til undersøgelse – og ofte stilles der skarpt på meget specifikke diagnoser, misbrugstyper, demografiske karakteristika eller brugere af bestemte tilbud. Derfor er det vanskeligt på baggrund af forskningslitteraturen at danne sig et indtryk af den samlede målgruppes størrelse.

2.1 Hvor stor er gruppen i Danmark?

Undersøgelsen beskriver også fordelingen mellem typen af misbrug fordelt på de hyppigst forekommende sindslidelser på baggrund af registreringerne i psykiatriregisteret. Her ses det, at 39% af personerne, som lider af skizofreni, har alkohol som foretrukket rusmiddel. Det gælder for 69% af personerne med affektive lidelser og for 40% af personerne med en personlighedsforstyrrelse. For gruppen af skizofrene samt for gruppen af personer med en personlighedsforstyrrelse er det hver fjerde, som har et blandingsmisbrug. I gruppen af personer med affektive lidelser er det ca. 10%.

ICD-diagnosekode	Alkohol	Stof	Både-og
Psykotiske (F20-F29)	39 % (gruppe B) = ca. 1.170 personer	36 % (gruppe A) =ca. 1.080 personer	25 % (gruppe A) = 750 personer
Affektive lidelser (F30-F39)	69 % (gruppe D)= ca. 1.550 personer	21 % (gruppe C)= ca. 475 personer	10 % (gruppe C) = ca. 225 personer
Personlighedsforstyrrelse (F60-F69)	40 % (gruppe D) = 640 personer	35 % (gruppe C) = 560 personer	25 % (gruppe C) = 400 personer

Ved samkøringen af data fra de to registre viser det sig, at der er en betydelig underregistrering i registrene. Ud af de i alt 1.556 personer, der var registreret i både misbrugs- og psykiatriregisteret, er det kun 39% (605 personer), der har en anden psykiatrisk diagnose i psykiatriregisteret. Det er endelig væsentligt at bemærke, at samkøringen

kun omhandler folk i stofmisbrugsbehandling. Personer i behandling for et alkoholmisbrug indgår ikke i misbrugsregisteret. Når man ser på gruppen af borgere, som er i behandling for deres stofmisbrug, er gruppens fordeling anderledes set i forhold til typen af sindslidelse. Der er således for eksempel færre psykotiske. I undersøgelsen konkluderes det derfor, at stofmisbrugsbehandlingens målgruppe i forhold til borgere med en dobbeltdiagnose er en anden end psykiatriens almindelige målgruppe.

Kilde:

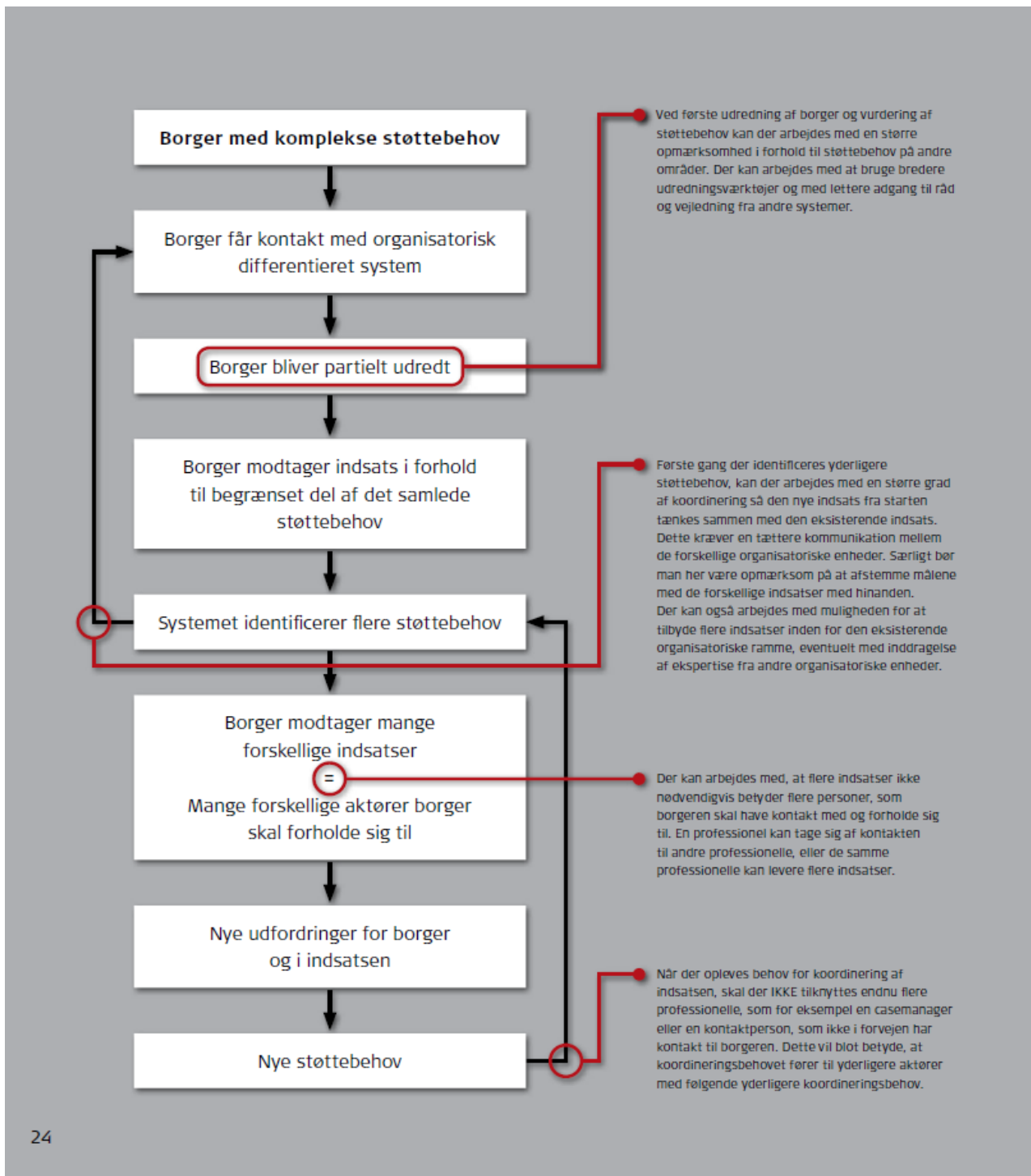
Socialt Udviklingscenter SUS (2011). Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug (s. 7, 21). URL: <http://www.sus.dk/files/publikationer/vidensbase-indsatsen-for-mennesker-med-sindslidelse-og-misbrug.pdf>.

”Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats”

Hvad er løsningen i forhold til koordination og samarbejde?

Det er et vilkår i indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnoser, at der er mange forskelligartede støttebehov. Det betyder, at der er behov for flere forskellige indsætter, ligesom det gør, at der er mange aktører involveret i indsatsen. Borgeren med dobbeltdiagnose kan have svært ved at forholde sig til mange forskellige personer. Fagpersonerne kan miste overblikket over, hvem der gør hvad, og der kan opstå modsatrettede mål og handlinger i indsatsen. Heri ligger et stort paradoks i indsatsen: *Flere indsætter, og dermed større ressourceforbrug, fører til dårligere resultater for borgeren! (Se illustration bagerst i dette afsnit)*. Den samlede indsats skal således forholde sig til det paradoks, at mange indsætter både kan være en del af løsningen, men også kan være en del af problemet. Et vigtigt element i at trække den samlede indsats i retning mod løsning og væk fra problemskabelse er koordination af indsatsen.

Der kan i særlig grad peges på fire steder, der kan gribes ind i i forhold til det nuværende system. For at præcisere mulighederne for en forbedret koordination beskrives herunder *et generaliseret sagsforløb, som det kunne se ud i det nuværende støtte- og hjælpesystem*. En borger kommer i kontakt med det offentlige system. Den første kontakt vil som oftest handle om et konkret problem, som kun udgør en lille del af borgerens samlede situation. Det kan handle om beskæftigelsessituationen, det kan handle om misbrug og så videre. Der vil typisk herefter i den del af systemet, som borger har fået kontakt til, ske en afdækning af borgerens problemer. Afdækningen vil dog kun have fokus på de problemstillinger, som den specifikke del af det offentlige system, som borger har kontakt med, kan tage sig af. Her kan indsatsen forbedres. Når borgerens problemstillinger er afdækket (stadig kun i forhold til de specifikke problemstillinger, som det specifikke tilbud kan hjælpe i forhold til), får borgeren tilbudt en given støtte. Når denne er iværksat, vil leverandøren af støtten ofte efter et stykke tid opleve, at borgeren har behov for yderligere støtte, som ikke kan gives inden for rammerne af den allerede bevilligede støtte. Derfor henvises til et andet tilbud. Her starter indsatsen så forfra med afdækning og efterfølgende indsats. Her kan indsatsen forbedres ved, at det tilbud, der først har kontakt med borgeren, påtager sig en koordinerende rolle, indtil andet er aftalt med borgeren og de andre tilbud, som borgeren modtager.



Kilde: Socialt Udviklingscenter SUS (2010). "Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats,- En artikel om den optimale helhedsorienterede indsats for mennesker med sindslidelse og misbrug – hvem gør hvad, hvornår og hvordan iværksættes det i praksis?" (s. 23-24). URL: http://www.helsefonden.dk/media/helsefonden%20prisopgave%201pr_web.pdf.

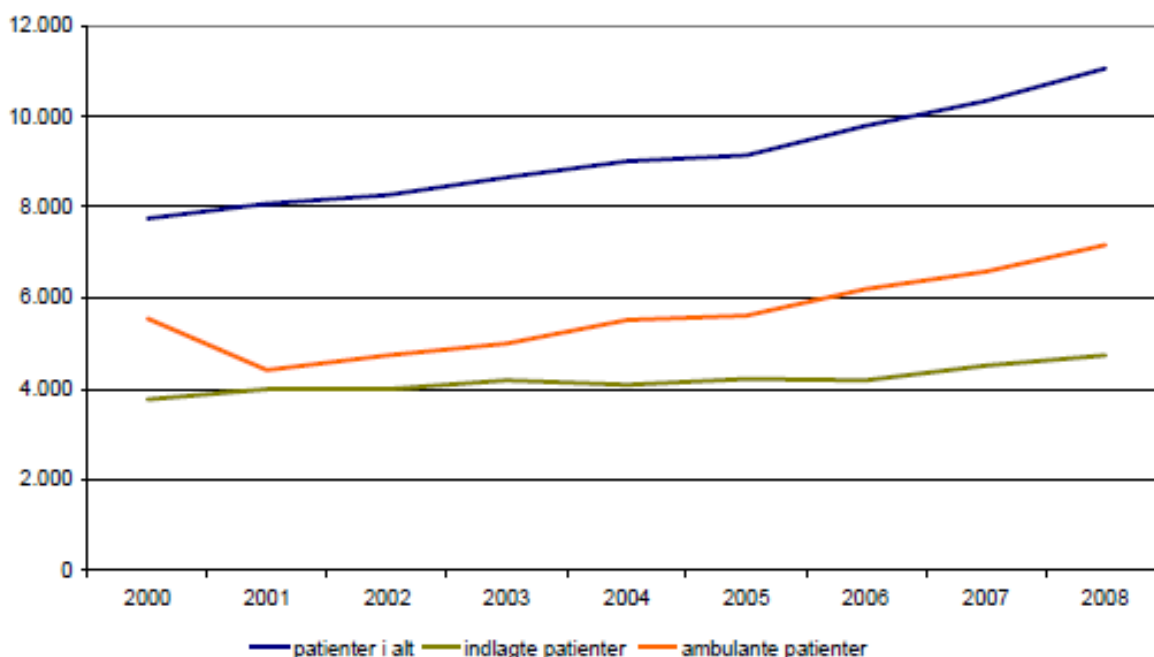
Opgaveudvikling på psykiatrimrådet.

Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger

6.1 Resultater fra registeranalysen: Patienter med dobbeltdiagnoser

Antallet af patienter med dobbeltdiagnoser er steget fra knap 8.000 til ca. 11.000 i perioden 2000 til 2008, hvilket svarer til en stigning på 43 procent (jf. figur 12). Denne patientgruppe udgør knap 10 procent af det samlede antal patienter med psykiatriske diagnoser.

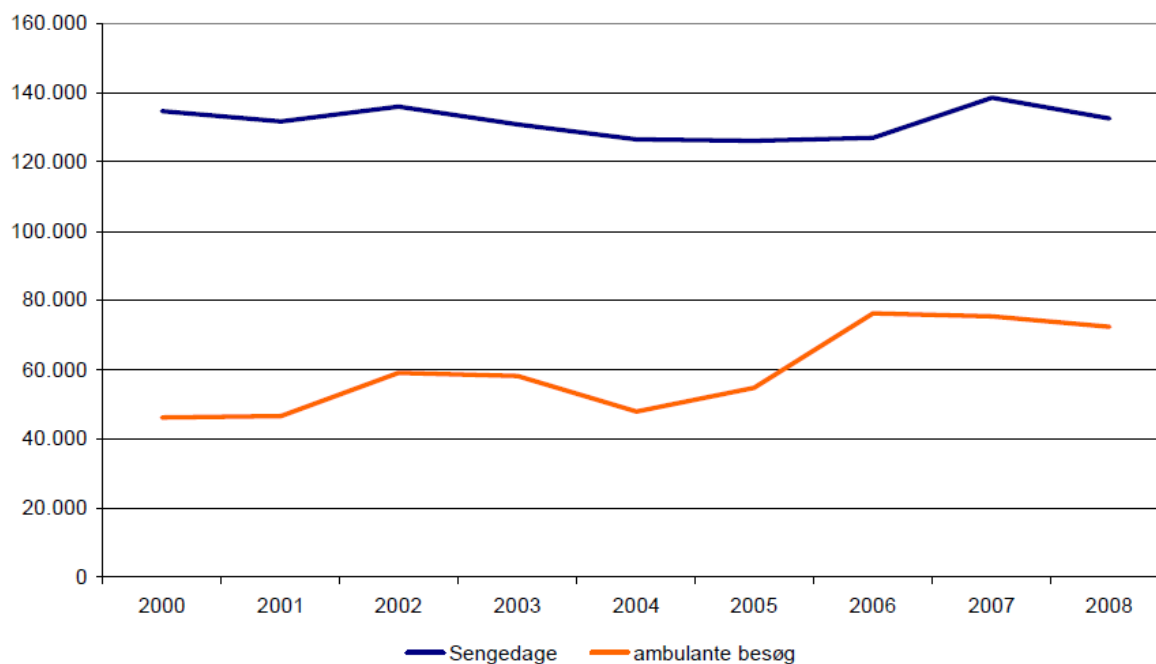
Figur 12: Antal patienter i behandling for dobbeltdiagnose, 2000-2008



Antallet af sengedage har været næsten uændret set under ét i perioden 2000-2008, mens antallet af ambulante besøg er steget med knap 60 procent (figur 13), og antallet af skadestuebesøg er steget med 43 procent (bilag 3, tabel 14). Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet med 21 procent (jf. bilag 3, tabel 14).

Antallet af sengedage har været næsten uændret set under ét i perioden 2000-2008, mens antallet af ambulante besøg er steget med knap 60 procent (figur 13), og antallet af skadestuebesøg er steget med 43 procent (bilag 3, tabel 14). Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet med 21 procent (jf. bilag 3, tabel 14).

Figur 13: Udvikling i sengedage og antal ambulante besøg for patienter med dobbeltdiagnoser, 2000-2008



Kilde: Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger (2011). (S. 47-48). Dansk Sundhedsinstitut.

URL: http://projekt.dsi.dk/uploads/upload_4d3415c123924.pdf.

3. Et rummeligt arbejdsmarked i en konkurrencepræget tid - hvad skal der til?

- Kortuddannede er udsatte i forhold til hospitalsindlæggelser
- Kortuddannede og mænd har en større risiko for at blive ramt af en arbejdsskade end højtuddannede og kvinder
- Kortuddannedes arbejde præges af fysiske krav, lav indflydelse, dårlige udviklingsmuligheder og mindre kognitive og emotionelle krav
- Personer uden for arbejdsstyrken har overrisiko for indlæggelser
- Kortuddannede har højere risiko for arbejdsløshed end veluddannede
- Kortuddannede er i højere risiko for at forlade arbejdsmarkedet efter sygdom end højtuddannede
- Flere og flere forlader arbejdsstyrken tidligt som følge af helbredsproblemer
- Der er en stigende ubalance mellem befolkningens faktiske helbred og dens krav til helbredet

Arbejds miljø

Der er meget store forskelle i sygdomsforekomst mellem jobtyper. Det ses i tabel 4.8.1 som indeholder eksempler taget fra NFA's Erhvervs- og hospitalsbehandlingsregister 2000-05.

Tabel 4.8.1 Relativ risiko for ordination af antidepressiv medicin og for behandling på sygehus (ekskl. psykiatri) for fire diagnosegrupper. Aldersstandardiseret indeks med alle erhvervsaktive=100

		Anti-depr. medicin	Hjertesygd.	KOL	Muskel-skelet	Skader
Socialrådgiver	M	228	103	74	99	74
	Kv	120	83	106	95	94
Hjemmehjælper	M	210	132	168	110	102
	Kv	135	146	132	126	107
Slagteriarbejder	M	109	116	122	140	150
	Kv	84	151	147	144	129
Tømrerarbejder	M	78	83	99	130	140
	Kv	159	130	116	137	98
Buschauffør	M	121	151	186	123	115
	Kv	121	176	212	153	162
Anlægsarbejder	M	113	126	131	119	128
	Kv	84	113	163	149	127
Alle erhvervs-aktive	M	100	100	100	100	100
	Kv	100	100	100	100	100
Universitets-lærer	M	97	52	55	59	59
	Kv	76	52	89	67	84

Kilde: NFA/NAK og IFSV.

Erhvervseksemplerne illustrerer, at der for de enkelte jobtyper er betydelige forskelle i risikoen for hospitalsindlæggelse og behandling for forskellige sygdomsgrupper og skader. Det generelle mønster er, at det enkelte erhverv ofte har forøget risiko for behandling for flere sygdomme. Det illustreres af tabellen ovenfor, og det fremgår af en mere systematisk analyse, når man sammenligner sygdomsrisikoen i alle brancher, at der er særlig stor forskel i risikoen for depressioner, hjertekarsygdom og lidelser i bevægeapparatⁱⁱ. Den betydelige forskel i sygdomsrisiko mellem de forskellige brancher er stadig til stede, når man justerer tallene for uligheder i socio-økonomisk gruppe. Dog reduceres variationen mellem brancherne i indlæggelser, særligt for lungesygdomme, og skader betydeligt. Det er også tydeligt i tabellen, at de mest udsatte erhverv i forhold til hospitalsindlæggelser er dem, som forudsætter kort uddannelse, mens det for ordination af psykofarmaka ser anderledes ud. Her er risikoen særlig stor i erhverv med store psykiske arbejdskrav, som f.eks. socialrådgivere m.fl. er udsat for.

Problem: Kortuddannede er udsatte i forhold til hospitalsindlæggelser. Andre erhverv præges af store psykiske arbejdskrav, hvilket fører til ordination af psykofarmaka.

Tabel 4.8.2 illustrerer antallet af kontakter med skadestue for en arbejdsulykke i år 2006 fordelt på uddannelse.

Tabel 4.8.2 Antal skadestuebesøg eller indlæggelser for arbejdsskader per 1000 indbyggere fordelt på alder, køn og uddannelse

Uddannelse	Mænd		Kvinder	
	20-39	40-59 år	20-39	40-59
Kort	77	37	27	14
Mellem	49	31	14	9
Lang	12	10	11	7

Kilde: Ulykkesregisteret, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Tabellen viser den markante sociale skævhed i arbejdsulykker, som særligt gør sig gældende for unge mænd, men også findes blandt de unge kvinder. Unge mænd med en kort uddannelse har således over seks gange så stor risiko for at blive ramt af en arbejdsulykke som unge mænd med en lang uddannelse. Hos unge kvinder er de kortuddannede ca. dobbelt så ofte udsat for arbejdsskader i forhold til de højtuddannede.

Problem: Kortuddannede og mænd har højere risiko for at blive ramt af en arbejdsskade, end veluddannede og kvinder.

Fordelingen af væsentlige ergonomiske og psykosociale eksponeringer efter de ansattes socialgruppe fremgår af tabel 4.8.3.

Tabel 4.8.3 Fysisk og psykisk arbejdsmiljø 2005. Andel i procent med forskellige fysiske og psykiske arbejdsmiljøforhold

	Ufaglærte arbejdere	Faglærte arbejdere	Funktionær	Ledende funktionærer
Tunge løft	22	28	9	6
Ryg kraftigt bøjet	26	43	15	15
Træk og skub	39	25	13	3
Ensidige gentagne bevægelser	21	10	19	12
Indflydelse	38	50	53	72
Udviklingsmuligheder	59	73	75	83
Ofte arbejde hurtigt	53	58	59	57
Emotionelle krav	17	23	36	38

Kilde: NFA/NAK.

Her ses det tydeligt, at der for de ergonomiske og fysiske dimensioner såsom tunge løft, vibrationer, gentagne

ensidige bevægelser samt bøjede eller forvredne arbejdsstillinger er en meget tydelig gradient efter uddannelse. På samme måde er der for nogle af de psykosociale dimensioner – indflydelse og udviklingsmuligheder – en stærk gradient til fordel for dem med længere uddannelser. For andre psykosociale dimensioner, såsom social støtte, er der ingen større forskel, hvorimod kvantitative, kognitive og emotionelle krav er mere hyppige blandt de veluddannede. Usikkerhed i ansættelsen og bekymring for at blive fyret etc. er også klart mere almindeligt blandt kortuddannede. Kvantitative krav kan både dække over højt arbejdstempo (intensive krav) og lange arbejdsdage (ekstensive krav). Meget tyder på, at intensive krav er mere almindelige blandt kortuddannede og de ekstensive krav mere almindelige blandt højtuddannedeⁱⁱ.

Det betyder sammenlagt, at de kortuddannedes arbejdsmiljø er præget af en lang række fysiske og ergonomiske forhold, som er årsager til skader og muskelskeletbesvær samt et psykisk arbejdsmiljø karakteriseret ved lav indflydelse, dårlige udviklingsmuligheder og mindre kognitive og emotionelle krav.

Problem: Kortuddannedes arbejdsmiljø præges af fysiske krav, lav indflydelse, dårlige udviklingsmuligheder og mindre kognitive og emotionelle krav.

Arbejdsløshed

Talrige undersøgelser og aktuelle reviewsⁱⁱ har dokumenteret, at arbejdsløse har dårligere helbred, blandt andet på grund af depressioner, selvmord(sforsøg) og hjertekarsygdomⁱⁱ. Beregner man forekomsten af hospitalsindlæggelser for forskellige sygdomme og ordination af lægemidler, ses det, at personer uden for arbejdsstyrken har dårligere helbred. Dette gælder ikke kun dem som får helbredsrelaterede ydelser. I tabel 4.12.2 har man ved hjælp af medicinske registre beregnet risikoen for at blive indlagt på sygehus og for at få ordineret lægemidler for de forskellige grupper, som ikke er i beskæftigelse.

Tabel 4.12.2 Overrisiko (odds ratio) for indlæggelse mm blandt personer uden for arbejdsstyrken. Aldersstandardiseret for aldersgruppen 25-64 år. Reference =1 for personer i arbejde. 2007

		Førtids- pension	Efterløn	Kontant- hjælp	Arbejds- løs	Syge- dagpenge
Indlagt	Mænd	1,7	1,2	1,3	1,0	2,3
Kræft	Kvinder	1,4	0,9	1,0	0,8	1,6
Indlagt Hjertekar	Mænd	2,1	1,1	1,8	1,2	2,3
	Kvinder	2,0	1,1	1,6	1,0	1,5
Indlagt Psykisk	Mænd	28,6	2,2	16,1	3,8	11,3
	Kvinder	19,5	1,9	8,6	2,2	4,8
Ordineret psykofarm.	Mænd	6,3	1,2	5,5	1,8	4,7
	Kvinder	4,4	1,1	3,9	1,5	2,4
Indlagt Skader	Mænd	1,4	0,9	1,6	1,1	1,6
	Kvinder	1,6	0,9	1,7	1,1	1,3

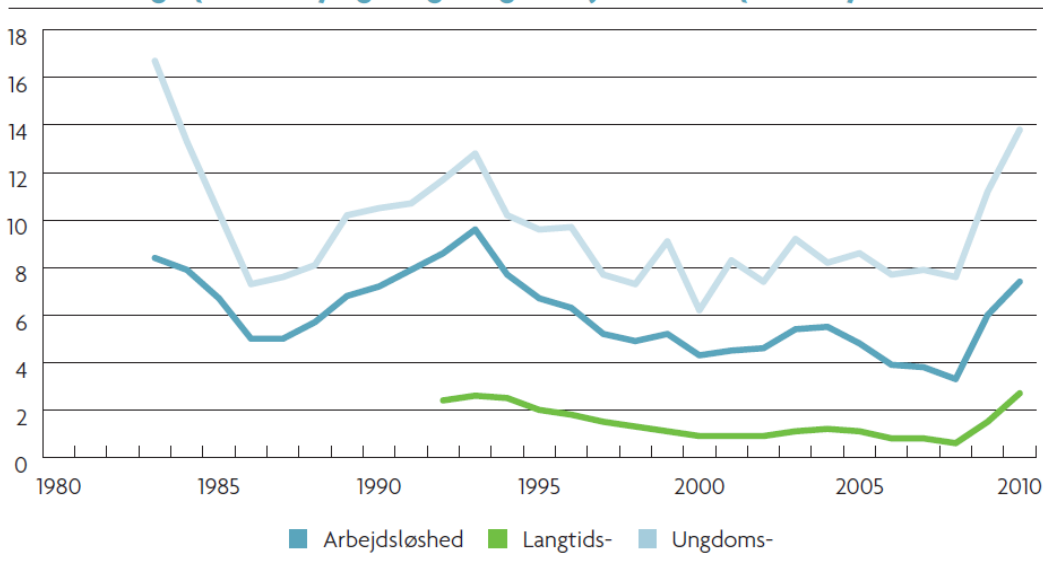
Kilde: IFSV på baggrund af registre i Danmarks Statistik

Her ses det som ventet, at førtidspensionister og sygemeldte har en stor overrisiko for alle diagnoserne, men i særlig høj grad for psykiske diagnoser. Det gælder også i næsten ligeså stor udstrækning de som får kontanthjælp. Det bemærkes at det omvendt gælder i betydelig mindre grad for de, som er arbejdsløse og på efterløn. Det skal bemærkes, at 20 år med en effektiv arbejdsmarkedspolitik, en langvarig højkonjunktur, og talrige politiske initiativer og indsatser på området ikke har været i stand til at begrænse stigningstakten, end sige reducere antallet, som står uden for arbejdsstyrken. I forhold til den arbejdsmarkedspolitiske forskning og debat er det med et sundhedsfaglig perspektiv ikke meget, de helbredsmæssige forhold har været behandlet. Samtidig gælder det, at den sundhedsfaglige forskning og debat på tilsvarende måde ikke i større grad har behandlet årsagerne bag denne udvikling.

Problem: Personer uden for arbejdsstyrken har en stor overrisiko for indlæggelse, især for psykiske diagnoser.

Figur 4.5.1 viser udviklingen i arbejdsløshed, ungdomsarbejdsløshed og langtidсарbejdsløshed i Danmark siden starten af 1980'erne.

Figur 4.5.1 Arbejdsløshed i procent af arbejdsstyrken 1983-2010 totalt, blandt unge (16-24 år) og langvarig arbejdsløshed (>6 mdr)



Kilde: EUROSTAT.

Med en arbejdsløshedsprocent på ca. 7 til 10 procent var andelen af arbejdsstyrken uden for arbejdsmarkedet meget høj i begyndelsen af 1980'erne samt omkring 1990. På denne baggrund var udviklingen senere i 1990'erne bemærkelsesværdig, idet arbejdsløsheden faldt kraftigt i denne periode. I 2008 faldt ledigheden til under 4 procent, det laveste niveau siden 1974, og beskæftigelsen var på sit højeste niveau nogensinde.

Som det ses af figur 4.5.1, spiller makroøkonomiske forhold en væsentlig rolle for, hvor mange, der rammes af arbejdsløshed og især langvarig arbejdsløshed. Det handler om konjunktuelle og strukturelle årsager. Ikke mindst de sidste er relevante i forhold til social ulighed i sundhed, da det handler om det langsigtede fald i efterspørgslen efter arbejdskraft, der har ingen eller kort uddannelse.

Det ses af tabel 4.5.1, at uddannelseslængde spiller en afgørende rolle for risikoen for at ryge ud i arbejdsløshed.

Tabel 4.5.1 Risiko for overgang til arbejdsløshedsdagpenge (procent) 2000 og 2009 opdelt på uddannelse

	2000	2009
Grundskole	1,9	2,5
Erhvervsfaglig uddannelse	1,4	1,7
Videregående uddannelse	1,0	1,0

Kilde: Danmarks Statistik: Arbejdsløshed – ny analyse af ledighedsforløb. 2009.

Personer med en videregående uddannelse havde således kun en risiko på en procent for at overgå til arbejdsløshedsdagpenge i 2000 og 2009, derimod havde dem med en grundskole uddannelse henholdsvis 1,9 og 2,5 procent risiko for at overgå til arbejdsløshedsdagpenge i 2000 og 2009. Der findes altså en gradient efter uddannelseslængde, men ligeså vigtig er indholdet af uddannelsens erhvervsprofil. Dvs. at kompetencerne svarer til de behov, som den foranderlige erhvervsstruktur kræver.

Problem: Kortuddannede har højere risiko for at ende i arbejdsløshed end de veluddannede.

Tabel 4.2.1 Arbejdsmarkedsstatus (procent) blandt 35-årige fordelt på højeste fuldførte uddannelse 2008

	7. klasse	8. klasse	9. klasse	10. klasse	Højere uddannelse end grundskole	Alle
				%		
Beskæftiget	45	56	68	68	89	84
Arbejdsløse (forsikrede samt ikke-forsikrede)	5	3	3	2	1	2
Kontanthjælp (ikke arbejdsmarkedsparete)	12	11	7	5	1	2
Uddannelsesforanstaltning	8	4	4	4	1	2
Førtidspension	15	16	9	12	1	3
Øvrig	8	5	5	5	4	4
Øvrige uden for arbejdsstyrken	8	6	5	4	3	4
I alt	100	100	100	100	100	100

Kilde: AE-rådet på baggrund af Danmarks Statistiks registre (arbejdsstyrkestatistik).

Uddannelse illustreres igen som en vigtig forudsætning for at kunne finde fodfæste på arbejdsmarkedet i tabel 4.2.1. Personer, der ikke opnår en uddannelse udover grundskolen, har betydeligt større risiko for at være uden beskæftigelse som 35-årige, sammenlignet med personer, der kommer videre i uddannelsessystemet. Blandt de, der har 9. klasse som højeste fuldførte uddannelse, er det således 68%, der er i beskæftigelse som 35-årige, mens det er 89% blandt de, der har en uddannelse udover grundskolen. Dem med kortest uddannelse har en tilsvarende overrisiko for at modtage kontanthjælp, dagpenge og førtidspension. Tabellen viser endvidere, at de forholdsvis få personer, der har 7. eller 8. klasse som højeste fuldførte uddannelse, er i endnu større risiko for at være uden beskæftigelse end personer med en 9. klasseeksamen. Blandt de, som forlader skolen så tidligt, findes dog en gruppe med betydelige helbredsproblemer som årsag til skoleproblemer. I takt med at arbejdslivets krav

stiger og efterspørgslen på ufaglært arbejdskraft falder - således at stadig flere intellektuelle færdigheder er nødvendige både i forhold til jobmuligheder og for at kunne deltage i samfundslivet - øges behovet for at få en uddannelse. Hvor det tidligere var muligt at finde ufaglærte jobs med 9. klasseeksamen, bliver der nu stadig færre jobs som kan bestrides uden kompetencegivende uddannelse. Niveaue for lav uddannelse er således ikke en konstant parameter, og forskellen i muligheder mellem de, der kun har 9. klasse og de, der har mere uddannelse, bliver stadig større.

Problem: Personer uden uddannelse ud over grundskolen er oftere arbejdsløse. Denne forskel er endnu mere udtalt for personer, der stoppede efter 7. eller 8. klasse.

Personer, der forlader arbejdsmarkedet

I tabel 4.11.3 ses på risikoen for at forlade arbejdsmarkedet efter indlæggelse for en række sygdomsgrupper.

Tabel 4.11.3: Risiko (%) for at forlade arbejdsstyrken inden for en 3-års periode efter indlæggelse 2006 for skader, kræft, hjertekarsygdom og psykisk sygdom opdelt efter uddannelse. Aldersstandardiserede tal. 25-59 år

	Mænd		Kvinder	
	Grundskole	Videregående uddannelse	Grundskole	Videregående Uddannelse
Hele befolkningen	24,5	3,7	33,4	3,4
Indlagt skader	25,9	5,0	42,2	5,4
Indlagt kræftsygdom	38,9	7,9	43,4	7,9
Indlagt hjertekarsygdom	45,2	13,1	51,8	9,2
Ordineret psykofarmaka	57,9	14,0	59,0	12,2
Indlagt psykisk sygdom	70,6	37,6	74,0	29,6

Kilde: IFSV på baggrund registre i Danmarks Statistik.

Læser man tabellen vertikalt, ser man, at skade eller sygdom ikke uventet forøger risikoen for at forlade arbejdsmarkedet. Mere overraskende er det, hvor meget større den risiko er, hvis man har været behandlet for en psykisk lidelse sammenlignet med en somatisk sygdom. Læser man tabellen horisontalt, kan man se at der er kønsforskelle - kvinder har en højere risiko end mænd. Mest udtalt er dog de meget store uddannelsesmæssige forskelle. Indlæggelse for skader og hjertekarsygdom blandt mænd med en mellem- eller lang videregående uddannelse øger risikoen for at forlade arbejdsmarkedet med 1,3 procentpoint respektive 9,6 procentpoint, og 33,9 procentpoint ved indlæggelse for psykisk sygdom. For kort uddannede mænd er de tilsvarende tal 1,4 procentpoint for skader og over 20 procentpoint ved hjertekar-sygdom. For de psykiske lidelser er tallet 45 procentpoint. Det betyder, at blandt dem, som både har været indlagt for psykisk lidelse og har kort uddannelse forlader næsten 3 ud af 4 arbejdsmarkedet, de tilsvarende tal for dem, der er veludannede er 1 ud af 3.

Problem: Personer med en kort uddannelse har højere risiko for at forlade arbejdsmarkedet efter en indlæggelse end personer med en videregående uddannelse.

Tabel 4.12.1 Antal helårsmodtagere (tusinde) 18-66 år af sociale ydelser 1980-2000 og 18-64-årige 2001-2010

	1980	1990	2000	2001	2010
Arbejdsløshedsdagpenge	152	211	124	121	134
Sygedagpenge / barsel	70	73	89	93	127*
Kontanthjælp / revalidering	107	141	117	117	98
Aktivering/jobtilbud/fleksjob	19	74	105	89	144
Førtidspension	172	245	258	237	244
Efterløn	54	94	179	179	125
% af 18-64(66) årige	18,1	25,1	24,7	25,0	25,4

Kilde: Det økonomiske råd 2005 og Statistikbanken.

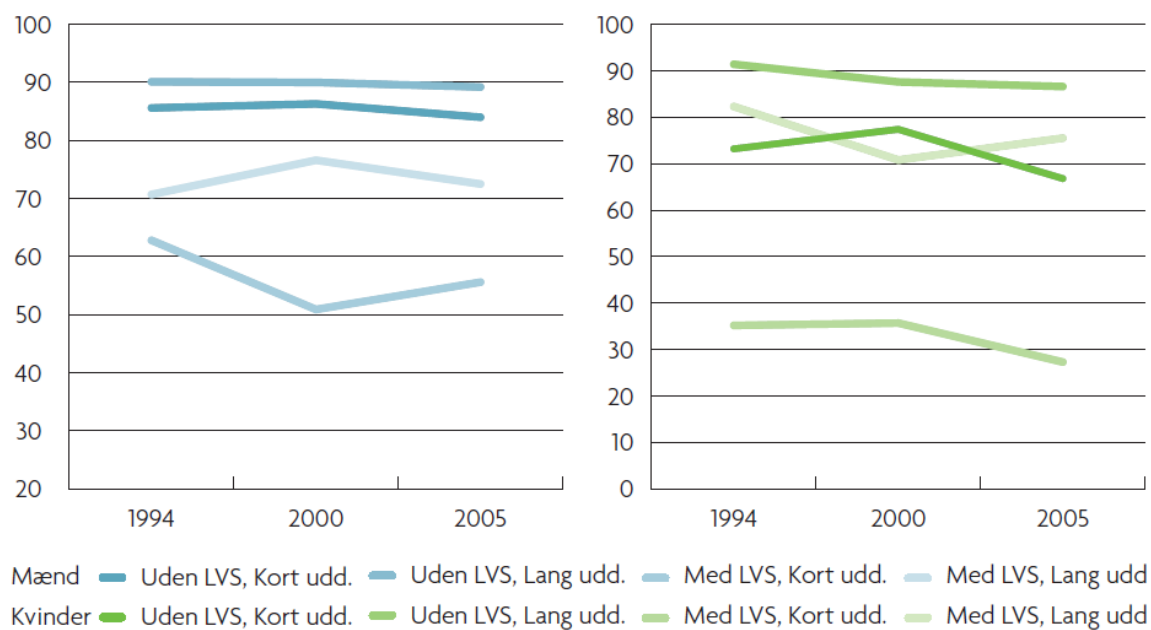
*Heraf 59.000 på barsel

Danmark har i lighed med de andre skandinaviske lande en meget høj beskæftigelse blandt både mænd og kvinder. I alderen 25-54 år er omkring 85% i beskæftigelse. Blandt de ældre på arbejdsmarkedet, de 55-64 årige, er beskæftigelsen ca. 60 %, hvilket er ca. 10 procentpoint lavere end i Norge og Sverige. Omvendt har Danmark en betydeligt højere beskæftigelse blandt unge under 25 år. Data viser også at Danmark de sidste 20 år haft ca. 25% af befolkningen i den arbejdsdygtige alder på forskellige typer af overførselsindkomster, hvilket kan ses i tabel 4.12.1.

I lighed med mange andre OECD-lande har vi over en lang årrække oplevet, at et gradvist stigende antal personer forlader arbejdsstyrken tidligt grundet helbredsproblemer. For Danmarks vedkommende er antallet af personer på helbredsrelaterede overførselsindkomster (førtidspension, fleksjob, sygedagpenge, revalidering, fleksjob, skånejob) i perioden 2001-09 øget med 15% til næsten 400.000 personer. Dertil kommer yderligere ca. 410.000 personer, som er arbejdsløse, på kontanthjælp, efterløn og i aktivering, som ikke er egentlige helbredsrelaterede ydelser.

Problem: Et stigende antal personer forlader arbejdsstyrken tidligt pga. helbredsproblemer.

Fig 4.12.1 Andel (procent) beskæftigede i alderen 25-59 år opdelt på uddannelse og med og uden langvarig begrænsende sygdom. Aldersstandardiserede tal. SUSY data. Mænd og Kvinder



Kilde: SUSY data.

I figur 4.12.1 er der med data fra SUSY-undersøgelserne beregnet andelen, som er i beskæftigelse opdelt efter uddannelseslængde og forekomst af langvarig begrænsende sygdom. Her ser man, at for dem med >12 års uddannelse er beskæftigelsen blandt personer med langvarig begrænsende sygdom 15 procentpoint lavere end for dem med <12 års uddannelse uden sygdom, mens tilsvarende forskel blandt de kort uddannede er 35 procentpoint. Nogen entydig trend over tid kan ikke noteres. Det skal bemærkes, at der i disse interviewundersøgelser er et stort bortfald blandt dem, som har psykiske problemer.

I tabel 4.12.3 ses hvordan befolkningen oplever eget helbred og evne til at klare daglige aktiviteter inklusive erhvervsarbejde. I 1987 svarede 6,2 % af hele befolkningen, at de havde et dårligt eller meget dårligt helbred. I 2005 var andelen 5,1 %. De to sidste kolonner, som angår uligheden, viser, at der i 1987 var der en forskel på 12,0 procentpoint mellem dem med den længste og dem med den korteste uddannelse. I 2005 var forskellen 15 procentpoint, dvs. At de kortest uddannede havde dårligere helbred (beregnet som slope index of inequality).

Tabel 4.12.3 Andel (procent) med visse helbredsproblemer og arbejdsmiljøbelastninger 1987-2005. Gennemsnit og ulighed* efter uddannelseslængde. Aldersstandardiseret 25-64 år

	Gennemsnit		Ulighed*	
	1987	2005	1987	2005
Helbred				
Dårligt selv vurderet helbred	6,2	5,1	12,0	15,3
Langvarig aktivitets-begrænsning pga sygdom	4,6	6,2	5,6	11,2
Søvnbesvær	10,1	18,3	5,2	8,7
Træthed	10,4	30,0	-2,3	2,1
Arbejdsmiljø				
Ofte tunge løft	28,7	30,9	36,2	45,9
Ofte bøjede eller forvredne arbejdsstillinger	28,7	31,2	27,7	30,5
Kan ofte ikke nå alle arbejdsopgaver	18,8	29,0	-16,9	-17,5
Ringe indflydelse over arbejdet	13,9	14,4	27,4	14,9

Kilde: SIF/SUSY-databasen

*På grund af at sammensætningen af uddannelsesgrupperne forandres meget over tid har vi beregnet "slope-index of inequality" som justerer for dette. Tallet angiver differencen i procentandel mellem de kortest og længst uddannede. Når tallet er negativt betyder det at længst uddannede har en højere andel.

Hermed illustrerer tabellen tre vigtige forhold. Andelen med dårligt selv vurderet helbred falder lidt, mens andelen, som oplever, at de over længere tid har været begrænset i at udføre daglige aktiviteter i arbejdet på grund af sygdom, er steget med en tredjedel, samtidig med at uligheden er fordoblet. Den andel som har været generet af søvnbesvær og træthed er næsten tredoblet, og også her er uligheden vokset. De fysiske arbejdskrav rapporteres uforandrede, men der er en klar stigning i ulighed i andelen med tunge løft. Andelen, som ikke kan nå alle arbejdsopgaver er høj blandt de veluddannede, men er steget lige kraftigt i alle grupper, og uligheden er dermed uændret. For andelen, som rapporterer ringe indflydelse over arbejdet, er uligheden mindsket. Når andelen med aktivitetsbegrænsende sygdom er stigende, kan det være et resultat af svingende helbred, men også af stigende arbejdskrav. Man oplever, at det er svært at kunne leve op til kravene, og føler således sin arbejdsevne nedsat i lyset af en ubalance mellem helbred og krav. På samme måde kan et stigende antal personer med træthed og søvnbesvær være udtryk for stigende ubalance mellem krav i arbejds- og hverdagslivet samt individets fysiske og psykiske ressourcer.

Det voksende pres på de helbredsrelaterede overførselsindkomster har i Danmark udløst politisk diskussion om, hvor og hvordan grænserne skal drages mellem dem, som har tilstrækkelig nedsættelse af arbejdsevnen til at blive dækket af overførselsindkomst, og dem som ikke har det.

Ud fra et folkesundhedsperspektiv er udviklingen problematisk, fordi den indikerer en stigende ubalance mellem helbred og krav. Set fra et ulighedsperspektiv er det af særlig interesse, at udviklingen mod tiltagende ubalance som illustreres i tabel 4.12.3, er særlig udtalt blandt de som har kort uddannelse. Udviklingen ser ud til at forstærke det fænomen, at sygdomskonsekvenser i form af aktivitetsbegrænsning og nedsat arbejdsevne samt de sociale og økonomiske konsekvenser det måtte have, særligt rammer mennesker med kort uddannelse.

Problem: Der er en stigende ubalance mellem befolkningens faktiske helbred og befolkningens krav til deres helbred.

4. UDSATTES KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSENET – HVORDAN BLIVER DET BEDRE?

- Gruppen med de største behov bruger ikke sundhedsydelse i forventet omfang. Gælder bl.a. køb af sundhedsydelser som tandlægebesøg og lægeordineret medicin
- Socialt udsatte bruger i mindre omfang dagtilbud, hvorved deres børn går glip af sociale, sundhedsmæssige og pædagogiske tilbud
- Kortuddannede er mere udsatte for faldulykker, trafikulykker og arbejdsulykker

Tabel 3.2 Overrisiko i % for sygdomskonsekvenser for personer med kort uddannelse (<10 år) sammenlignet med dem som har lang (>12 års) uddannelse. Danmark 2005. Alders- og kønsstandardiserede tal

Langvarig sygdom	+38 %	Besøgt egen læge seneste (3 måneder)	+12 %
Langvarig hæmmende sygdom	+78 %	Bruger medicin regelmæssigt	+36 %
Varig aktivitetsbegrænsning pga. sygdom	+118 %	Besøgt praktiserende speciallæge (3 måneder)	-6 %
Ophørt med arbejde pga. sygdom	+178 %	Været til genoptræning (12 måneder)	+24 %

Kilde: SIF, SUSY database.

Tabel 3.2 viser, at sygdom har alvorlige konsekvenser for gruppen af personer med kort uddannelse, defineret ved mindre end 10 års uddannelse. Der ses en forhøjet risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet på 178%, sammenlignet med gruppen af personer, der har en lang uddannelse, defineret ved 12 års uddannelse eller mere. Langvarig hæmmende sygdom samt varig aktivitetsbegrænsning grundet sygdom belaster også gruppen af kort uddannede. Til trods for denne langvarige oversygelighed i gruppen af kortuddannede er det observerede brug af sundhedsydelser ikke svarende hertil. Det ses, at 6% færre kortuddannede har konsulteret en praktiserende speciallæge inden for en periode af tre måneder, sammenlignet med dem med lang uddannelse. Til gengæld bruger de kortuddannede i højere grad medicin regelmæssigt, går til genoptræning og besøger egen læge, dog ingen af delene i et omfang svarende til det forventede i forhold til deres sygelighed.

Tabellen indikerer, at der findes en social ulighed i brugen af sundhedsvæsenet, gruppen, der har størst behov, benytter det ikke i forventet omfang. En overrisiko på 178% for at stoppe med at arbejde grundet sygdom indikerer også, at arbejdsmarkedet ikke er gearet til at inkludere gruppen af kortuddannede syge mennesker.

Problem: Gruppen, der har størst behov, benytter ikke sundhedsydelser i forventet omfang, og arbejdsmarkedet er ikke gearet til at rumme dem.

Tabel 3.6 Relativ risiko for sygehusindlæggelser 2007 baseret på registerdata for socialt udsatte grupper (kontaktet på 120 væresteder). Hele befolkningen = 1

	Mænd	Kvinder
Infektionssygdomme	6,7	12,4
Kræft	0,9	0,7
Psykiske lidelser	25,3	37,1
Skader	4,6	7,3
Alle diagnoser	2,5	1,8

Kilde: Juel, K. et al. Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. Rådet for Socialt Udsatte, 2010.

For de meget socialt udsatte kan tabel 3.6 illustrere, hvilke sygdomme, der i særlig grad er medvirkende til, at de kommer i kontakt med sygehusvæsenet. Tabellen viser den relative risiko for at blive indlagt på sygehus med forskellige typer af sygdomme, for mænd og kvinder som er blevet kontaktet på forskellige væresteder i Danmark, dvs. hovedsageligt hjemløse sammenlignet med den øvrige befolkning. Der er tale om mere end 6 gange så høj risiko for infektioner og skader, og 37 gange så høj risiko for at være indlagt for psykiatriske lidelser og misbrug.

Tabel 4.12.2 Overrisiko (odds ratio) for indlæggelse mm bland personer uden for arbejdsstyrken. Aldersstandardiseret for aldersgruppen 25-64 år. Reference =1 for personer i arbejde. 2007

		Førtids- pension	Efterløn	Kontant- hjælp	Arbejds- løs	Syge- dagpenge
Indlagt	Mænd	1,7	1,2	1,3	1,0	2,3
Kræft	Kvinder	1,4	0,9	1,0	0,8	1,6
Indlagt Hjertekar	Mænd	2,1	1,1	1,8	1,2	2,3
	Kvinder	2,0	1,1	1,6	1,0	1,5
Indlagt Psykisk	Mænd	28,6	2,2	16,1	3,8	11,3
	Kvinder	19,5	1,9	8,6	2,2	4,8
Ordineret psykofarm.	Mænd	6,3	1,2	5,5	1,8	4,7
	Kvinder	4,4	1,1	3,9	1,5	2,4
Indlagt Skader	Mænd	1,4	0,9	1,6	1,1	1,6
	Kvinder	1,6	0,9	1,7	1,1	1,3

Kilde: IFSV på baggrund af registre i Danmarks Statistik

Tilsvarende tabel 3.6, viser tabel 4.12.2 hvilke sygdomme, der især forårsager, at socialt udsatte kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. I dette tilfælde sammenlignes grupper uden for arbejdsmarkedet med personer i arbejde. Det ses, at førtidspensionister og sygemeldte – igen - har en kraftig relativ overrisiko for alle diagnoser, men i særlig høj grad for psykiske diagnoser. Det gælder i næsten ligeså stor udstrækning de, som får kontanthjælp, men i betydelig mindre grad de, som er arbejdsløse og på efterløn.

Tabel 4.1.2 Andel børn i alderen 1-2 år respektive 3-5 år i dagtilbud fordelt efter forældrenes højest fuldførte uddannelse. 2007

Forældres højeste uddannelse	Procent i dagtilbud	
	1-2 årige	3-5 årige
Uoplyst	47,5	72,8
Ufaglært	78,2	92,7
Faglært	83,9	95,7
Kort videregående uddannelse	85,2	95,0
Mellemlang videregående uddannelse	87,3	96,0
Lang videregående uddannelse	87,9	96,2

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd på baggrund af Finansministeriets Lovmodelregister (2007).

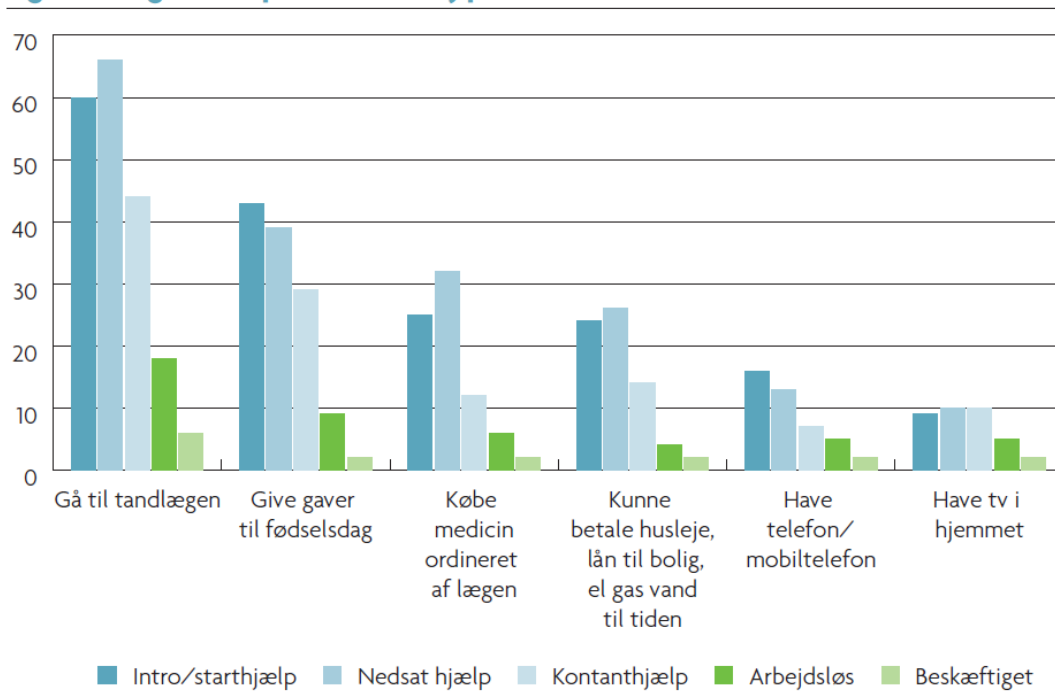
Anm: Tabellen dækker ikke Egedal, Næstved, Odense, Svendborg, Herning og Læsø, på grund af manglende oplysninger om dagpleje.

Tabel 4.1.2 viser hvor stor en andel af 1-2 årige børn samt 3-5årige børn, der benytter dagtilbud i relation til forældrenes uddannelse. Det ses for alle uddannelsesgrupperne, at der er en større andel af børn mellem 3-5 år i dagtilbud, i forhold til 1-2 årige børn. Der ses tilsvarende en progression i andelen af børn i dagtilbud i relation til forældrenes uddannelseslængde. Gruppen af uoplyste dækker hovedsageligt over gruppen af børn af indvandrere.

Der ses altså en social skævhed i hvilke børn, der benytter dagtilbud. Da offentlig børnepasning er en interventionskilde for sundhedsfremmende og pædagogisk stimulerende initiativer ses det, at børn af de svageste grupper i samfundet oftest går glip af dette. Indsatser for børn mellem 0-2 år er rettet mod at fremme stærke emotionelle bånd mellem mor og barn, amning, fremme forældrenes evne til at tage vare på barnet samt sikre adgang til social- og sundhedsydelse. Indsatser for børn mellem 3 og 5 år er rettet mod at sikre børnenes kognitive, sproglige og sociale udvikling – en slags forberedelse til det videre skoleforløb. Børn, der ikke deltager i dagtilbud går glip af disse indsatser og risikerer at have dårligere forudsætninger fremover. Den sociale skævhed, børnene bliver født ind i, risikerer derved at blive fastholdt, når familien går glip af de sociale, sundhedsmæssige og pædagogiske interventioner, som samfundet tilbyder gennem dagtilbuddene.

Problem: Socialt udsatte benytter i mindre omfang dagtilbud, derved går deres børn glip af de sociale, sundhedsmæssige og pædagogiske interventioner, som samfundet tilbyder.

Figur 4.4.2 Andel (procent) som må afstå fra køb af sundhedsydelser og andre goder opdelt efter type af overførselsindkomster 2007



Kilde: CASA 2009.

Figur 4.4.2 sætter fokus på fattigdomskonsekvenser i hverdagen ved at kigge på de afsavn, som de fattigste grupper i samfundet må lide af. Det ses, at personer på starthjælp, nedsat hjælp og kontanthjælp har langt flere afsavn i hverdagen end personer på arbejdsmarkedet og midlertidigt uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse). Tandlægebesøg er det de fleste, på laveste overførselsindkomster, i højeste grad lider afsavn af, men også køb af lægeordineret medicin er der mange, der undlader. Personer på de laveste kontanthjælpsniveauer lider af helbredsrelaterede afsavn i langt højere grad end personer på arbejdsmarkedet eller personer midlertidigt uden for arbejdsmarkedet. Deres minimumsbudget for at opretholde en sund levevis må derfor betragtes som under optimal standard og der er derved en social ulighed i sundhed og ulighed i udsatte gruppers kontakt til sundhedsvæsenet.

Problem: Socialt udsatte afstår fra køb af sundhedsydelser som tandlægebesøg og lægeordineret medicin.

Tabel 4.7.1 Risiko i procent af befolkningen for kontakt med skadestue eller indlæggelse for skade opdelt på uddannelse 2006. Aldersstandardiseret for personer 20 år og ældre

Uddannelse	Arbejde		Fald		Trafik	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Kort	4,4	1,5	3,6	3,5	1,1	0,8
Mellem	3,2	0,9	2,7	2,9	0,7	0,6
Lang	1,0	0,8	2,0	2,7	0,6	0,6

Kilde: Ulykkesregisteret, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Tabel 4.7.1 viser, at der er en forhøjet risiko for at komme ud for enten en arbejds-, fald- eller trafikulykke blandt kortuddannede i forhold til gruppen af personer med lang uddannelse. For alle tre typer af ulykker ses en social gradient, jo kortere uddannelse, jo højere risiko for at komme ud for en ulykke. Gradienten er til stede for både mænd og kvinder.

Som de påpeges i rapporten Ulighed i sundhed - årsager og indsatser 2011 (s.86) er faldulykker blandt ældre relateret til en række andre lidelser som neurologiske sygdomme, hjertekar-sygdomme, depression, artrose og osteoporose med flere. Alle disse sygdomme har også en stærk social gradient, hvor det er de kortuddannede, der i højere grad lider af disse sygdomme som ældre.

Problem 1: Nuværende interventioner mod faldulykker blandt ældre borgere har måske ikke været målrettet tilstrækkeligt mod ældre med kort uddannelse.

Problem 2: Kortuddannede er oftere indblandet i trafikulykker, interventioner mod trafikulykker er måske ikke målrettet præcist nok. Måske denne gruppe skal nås gennem andre kanaler end til den bredeste del af befolkningen?

Problem 3: Kortuddannede mænd har 4.4 gange så høj risiko for at blive involveret i en arbejdsulykke end mænd med lang uddannelse. Samme tendens gør sig gældende for kvinder, dog 'kun' med en fordobling af risikoen. Der må være et 'hul' i offentlige forebyggelsesstrategier.

Tabel 4.7.2 Relativ risiko for skade efter indkomst (den højeste af forældrenes) blandt børn 0-14 år og opdelt på de indblandede skadestyper. Justeret for køn, alder og afstand til sygehus. Danmark 1998-2003

	Fald fra køjeseng	Fald fra legeplads udrustning	Skoldning med varmt vand, te, kaffe	Brandskade på kogeplade	Forgiftning med medicin eller kemikalie
<100 KKR	1,0	1,8	2,4	2,4	1,9
100-199 KKR	1,0	1,5	1,4	1,8	1,4
200-299 KKR	0,7	1,2	1,0	1,3	1,3
>299 KKR	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)

Kilde: Laursen. Eur J Publ Health 2008;18:366-70

Bortset fra fald fra køjeseng ses det, at den relative risiko for fald fra legeplads, skoldning med varmt vand, brandskader på kogeplader samt forgiftninger med medicin eller kemikalier er omvendt proportional med forældrenes indkomst. Der er mere end en fordoblet risiko for skoldninger eller brandskader blandt 0-14 årige børn af forældre med en indkomst under 100.000 kr. om året end børn af forældre med indkomst over 299.000 kr. om året. Tendensen kan måske forklares ved, at den sociale ulighed kommer til udtryk ved, at forældre med lave indkomster har færre ressourcer til rådighed til sikkerhed, beskyttelse og overvågning end forældre med flere ressourcer.

Problem: Familier med laveste indkomst har mindre kontakt med det offentlige og de sociale, sundhedsmæssige og pædagogiske interventioner, samfundet tilbyder gennem dagtilbuddene jvf. 4.1.2.

Tabel 4.8.2 Antal skadestuebesøg eller indlæggelser for arbejdsskader per 1000 indbyggere fordelt på alder, køn og uddannelse

Uddannelse	Mænd		Kvinder	
	20-39	40-59 år	20-39	40-59
Kort	77	37	27	14
Mellem	49	31	14	9
Lang	12	10	11	7

Kilde: Ulykkesregisteret, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Tabel 4.8.2 viser social og aldersmæssig skævhed i arbejdsulykker, både blandt mænd og kvinder. For begge køn gælder det, at risikoen for en arbejdsulykke er højere blandt de 20-39 årige end de 40-59 årige. For mænd er risikoen dog større end kvinder, med 77 skadestuebesøg pr. 1000 personer i forhold til 27 skadestuebesøg pr. 1000 personer. Risikoen for et skadestuebesøg som følge af en arbejdsskade falder ved stigende uddannelse for begge køn og for begge aldersgrupper. Gruppen med den højeste risiko for et skadestuebesøg efter en arbejdsulykke sammenlignet med de andre grupper udgøres af mænd mellem 20 og 39 år. Risikoen for arbejdsulykker er også størst i brancher som landbrug, bygge- og anlæg og transport, hvor mange mænd er beskæftigede.

Tabel 3.2 viser, at der er øget risiko for at forlade arbejdsmarkedet grundet langvarig sygdom for kortuddannede (<10 års uddannelse) sammenlignet med højtuddannede (>12 års uddannelse). Ulighed i risiko for at pådrage sig arbejdsskader og sociale konsekvenser af skaderne er altså til stede.

5. SOMATISK SYGDOM HAR HØJESTE PRIORITET, SELVOM PSYKISKE LIDELSER STÅR BAG HVER ANDEN FØRTIDSPENSION – DET KAN GØRES BEDRE

- Socialt udsatte har større risiko for indlæggelse grundet psykiske lidelser end den øvrige befolkning
- Udsatte unge (20-39 år) har en markant overdødelighed, især ved ulykker og selvmord og selvmordsforsøg
- Socialt udsatte lider i langt højere grad end den øvrige befolkning af langvarig sygdom, stress, angst og uro, nedtrykthed/depression og selvmordsforsøg
- Der er store forskelle i sygdomsforekomst blandt en række erhverv
- Kortuddannede har større risiko end højtuddannede for at måtte forlade arbejdsmarkedet efter længerevarende sygdom
- Socialt udsatte er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet (især skadestue og indlæggelse) end resten af befolkningen
- Førtidspensionister bliver markant oftere indlagt end en række andre personer på overførselsindkomst

Tabel 3.6 Relativ risiko for sygehusindlæggelser 2007 baseret på registerdata for socialt udsatte grupper (kontaktet på 120 væresteder). Hele befolkningen = 1

	Mænd	Kvinder
Infektionssygdomme	6,7	12,4
Kræft	0,9	0,7
Psykiske lidelser	25,3	37,1
Skader	4,6	7,3
Alle diagnoser	2,5	1,8

Kilde: Juel, K. et al. Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. Rådet for Socialt Udsatte, 2010.

For de socialt udsatte kan tabel 3.6 illustrere, hvilke sygdomme der i særlig grad er medvirkende til oversygelighed i denne gruppe. Tabellen viser den relative risiko for at blive indlagt på sygehus for de forskellige typer af sygdomme, for mænd og kvinder som er blevet kontaktet på forskellige væresteder i Danmark, dvs. hovedsageligt hjemløse sammenlignet med den øvrige befolkning. Tabellen viser, at socialt udsatte har større risiko for sygehusindlæggelse sammenlignet med den almene befolkning. For mænd er den relative risiko 2.5 og for kvinder er den 1.8 i forhold til hele befolkningen. Det bemærkes, at mennesker med psykiske lidelser har en væsentlige større risiko for at blive indlagt på sygehuset - både for udsatte mænd (RR = 25,3) og kvinder (RR = 37,1) i forhold til den øvrige befolkning.

Problem: Udsatte mænd og kvinder har større relativ risiko for at blive indlagt på sygehuset grundet psykiske lidelser i forhold til den øvrige befolkning. Det ser ud til, at de nuværende og tidligere indsætter mod skæv ophobning af determinanter over livsforløbet hos udsatte befolkningsgrupper ikke har virket efter hensigten. Den onde cirkel er ikke blevet brudt tilfredsstillende.

Tabel 4.2.5 Antal dødsfald 2003-2006 pr. 100.000 personer i alderen 20-39 år efter dødsårsag blandt de som var udsatte børn og øvrige

	Tidligere udsatte	Tidligere ikke-udsatte	Absolut forskel
I alt	230,4	61,0	169,4
Ulykker	59,6	13,6	46,0
Selv mord og selvmordsforsøg	33,7	9,2	24,5
Kræft	16,5	12,9	3,6
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	16,2	1,7	14,5
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	14,0	1,9	12,1
Hjertesygdomme	11,4	3,7	7,7
Sygdomme i fordøjelsesorganer	11,4	2,7	8,7
Endokrine, ernæringsbetingede- og stofskiftesygdomme	9,9	1,6	8,3
Medfødte misdannelser og kromosomanomalier	5,3	0,8	4,5
Drab, overfald	3,8	0,9	2,9
Andre sygdomme	18,8	7,1	11,7
Symptomer og abnorme fund, dårligt definerede årsager	17,0	2,6	14,4
Hændelser med uvis omstændighed	12,7	2,1	10,6

Kilde: Udsatte børn og unge 2007. Danmarks Statistik 2010.

De udsatte unge har en markant overdødelighed. Udsatte unge er karakteriseret ved, at de kommer fra ustabil familiebaggrund, hvor forældrene er skilt, marginaliserede fra arbejdsmarkedet, kort uddannede og lavt lønnede, og de unge har oplevet omsorgssvigt eksempelvis på grund af misbrug. Tal fra Danmarks Statistik viser, at på trods af at 7 % af en årgang kan defineres som udsatte, fandt 24 % af dødsfaldene blandt de 20-39-årige i 2007 sted blandt tidligere udsatte. Den primære dødsårsag for både udsatte og ikke-udsatte var ulykker, men dødeligheden var fire gange højere blandt udsatte. Der er et sammenfald mellem de hyppigste dødsårsager i gruppen af udsatte og de dødsårsager, hvor den absolutte forskel mellem udsat og ikke-udsat er størst. Dette gælder for ulykker, selvmordⁱⁱ, sygdomme i nervesystem og psykiske lidelser, dog ikke for kræft. Der er også en bemærkelsesværdig stor del af dødsårsagerne blandt de udsatte, der er af uvis årsag.

Problem: Det bemærkes at den absolutte forskel i antal dødsfald efter dødsårsag mellem tidligere udsatte og tidligere ikke-udsatte i overvejende grad er større for de psykisk relaterede sygdomme (såsom fx selvmord og selvmordsforsøg, psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser) end for de somatiske sygdomme.

Tabel 4.6.1 Helbredsforhold (procent) blandt forskellige grupper af socialt udsatte 2007

	Alkohol- misbrugere	Sinds- lidende	Hjemløse	Stof- misbrugere	Fattige	Hele befolkning- en SUSY 2005
Langvarig sygdom	64	70	52	67	67	39
Ofte stresset i dagligdagen	29	37	27	36	56	9
Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	38	45	26	37	44	3
Nedtrykt, deprimeret el ulykkelig seneste 14 dage	28	44	27	39	49	3
Forsøgt selvmord	40	56	39	54	60	1

Anm: Opstillet på baggrund af data fra SUSY Udsat. 'Fattige' er defineret som personer, der har angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd. SUSY 2005 bruges som sammenligningsgrundlag for baggrundsbefolkningen.

På grund af begrænset viden om de socialt udsattes helbredsforhold udførte Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed i 2007 en større undersøgelse i hele landet af sundhedsforholdene blandt brugere af væresteder, herberg, varmestuer og andre sociale tilbudⁱⁱ. Resultaterne er ikke nødvendigvis repræsentative for hele gruppen af socialt udsatte, blandt andet er prostituerede ikke inkluderet, men de giver et aktuelt og omfattende billede af forholdene for brugere af de sociale tilbud. Tabellen viser at 40-60 % af de udsatte på et tidspunkt havde forsøgt selvmord, mens dette kun gjaldt for 1,2 % af respondenterne i den tilsvarende generelle befolkningsundersøgelse SUSY 2005ⁱⁱ.

Tabellen viser, at sammenlignet med hele befolkningen lider de marginaliserede grupper i langt højere grad af langvarig sygdom, stress i dagligdagen, angst og uro, nedtrykthed/depression og har forsøgt selvmord.

I hele befolkningen har 1% forsøgt selvmord, blandt fattige er det 60%. 3% af befolkningen har oplevet nedtrykthed, depression og ulykkelighed samt ængstelse, nervøsitet uro eller angst inden for en periode af 14 dage forud for undersøgelsen, hhv. 44% og 49% af de fattige har oplevet tilsvarende.

I den almene befolkning har 39% langvarig sygdom, tilsvarende har mellem 52% og 70% af de marginaliserede grupper. Det er under langvarig sygdom, at forskellen på marginaliserede grupper og resten af befolkningen er mindst. De marginaliserede grupper er i langt højere grad end resten af befolkningen ramt af stress i dagligdagen, ængstelse, uro og angst, nedtrykthed og depression samt selvmordsforsøg.

Problem: Tallene i tabellen afspejler en voldsom psykisk belastning, og værst står det til hos de, der er defineret som økonomisk marginaliserede/fattige efter at have angivet, at de ofte ikke får mad nok, fordi de ikke har råd.

Tabel 4.8.1 Relativ risiko for ordination af antidepressiv medicin og for behandling på sygehus (ekskl. psykiatri) for fire diagnosegrupper. Aldersstandardiseret indeks med alle erhvervsaktive=100

		Anti-depr. medicin	Hjertesygdom	KOL	Muskel-skelet	Skader
Socialrådgiver	M	228	103	74	99	74
	Kv	120	83	106	95	94
Hjemmehjælper	M	210	132	168	110	102
	Kv	135	146	132	126	107
Slakteriarbejder	M	109	116	122	140	150
	Kv	84	151	147	144	129
Tømrerarbejder	M	78	83	99	130	140
	Kv	159	130	116	137	98
Buschauffør	M	121	151	186	123	115
	Kv	121	176	212	153	162
Anlægsarbejder	M	113	126	131	119	128
	Kv	84	113	163	149	127
Alle erhvervsaktive	M	100	100	100	100	100
	Kv	100	100	100	100	100
Universitetslærer	M	97	52	55	59	59
	Kv	76	52	89	67	84

Kilde: NEA/NAK og IFSV.

Der er også meget store forskelle i sygdomsforekomst mellem jobtyper. Det ses i tabel 4.8.1 med nogle eksempler taget fra NFA's Erhvervs- og hospitalsbehandlingsregister 2000-05. Disse få eksempler illustrerer, at der for de enkelte jobtyper er betydelige forskelle i risikoen for hospitalsindlæggelse og behandling for forskellige sygdomme og skader. Det generelle mønster er, at samme erhverv ofte har forøget risiko for behandling for flere sygdomme. Det illustreres i tabellen, og det fremgår af en mere systematisk analyse, at når man sammenligner sygdomsrisikoen i alle brancher, er der stor forskel i risikoen for depressioner, hjertekarsygdom og lidelser i bevægeapparat^{ii,iii}. Den betydelige forskel i sygdomsrisiko mellem de forskellige brancher er stadig til stede, når man justerer tallene for uligheder i socio-økonomisk gruppe. Men variationen mellem brancherne i indlæggelser, særligt for lungesygdomme og skader, reduceres betydeligt. Det er også tydeligt fra tabellen, at de mest udsatte erhverv i forhold til hospitalsindlæggelser er dem, som kræver ret kort uddannelse, mens det for ordination af psykofarmaka ser noget anderledes ud. Her er risikoen særlig stor i erhverv med store psykiske arbejdskrav, som socialrådgivere med flere. Tallene kan dog være påvirket af, at mennesker med kort uddannelse generelt har dårligere chance for at få behandling ved depression.

Problem: Der er meget store forskelle i sygdomsforekomst mellem jobtyper, hvor der for de enkelte jobtyper er betydelige forskelle i risikoen for hospitalsindlæggelse og behandling for forskellige sygdomsgrupper og skader.

Tabel 4.11.3: Risiko (%) for at forlade arbejdsstyrken inden for en 3-års periode efter indlæggelse 2006 for skader, kræft, hjertekarsygdom og psykisk sygdom opdelt efter uddannelse. Aldersstandardiserede tal. 25-59 år

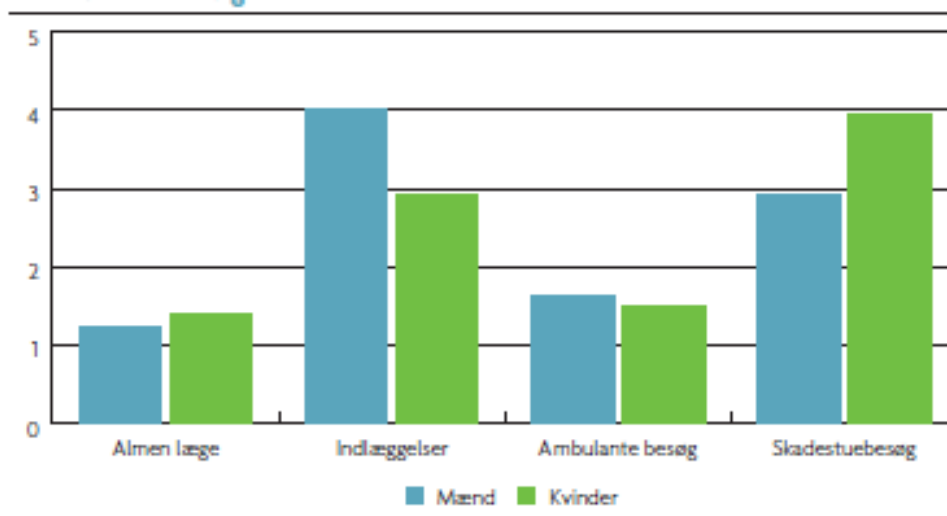
	Mænd		Kvinder	
	Grundskole	Videregående uddannelse	Grundskole	Videregående Uddannelse
Hele befolkningen	24,5	3,7	33,4	3,4
Indlagt skader	25,9	5,0	42,2	5,4
Indlagt kræftsygdom	38,9	7,9	43,4	7,9
Indlagt hjertekarsygdom	45,2	13,1	51,8	9,2
Ordineret psykofarmaka	57,9	14,0	59,0	12,2
Indlagt psykisk sygdom	70,6	37,6	74,0	29,6

Kilde: IFSV på baggrund registre i Danmarks Statistik.

I tabel 4.11.3 ses risikoen for at forlade arbejdsmarkedet efter indlæggelse for en række sygdomsgrupper. Læser man tabellen vertikalt, ser man, at skade eller sygdom ikke uventet forøger risikoen for at forlade arbejdsmarkedet. Mere overraskende er det, hvor meget større den risiko er, hvis man har været i behandling for en psykisk lidelse sammenlignet med en somatisk. Læser man tabellen horisontalt, kan man se, at kvinder har en højere risiko end mænd, men mest udtalt er de meget store uddannelsesmæssige forskelle.

Problem: Skade eller sygdom, herunder især psykisk sygdom, forøger risikoen for at forlade arbejdsmarkedet. Denne tendens ses både for folk, der kun har gennemført grundskolen og som har gennemført en videregående uddannelse. Dog er tendensen markant højere for den gruppe, der kun har gennemført grundskolen.

Figur 4.11.1 Overhyppighed af brug af sundhedsydelser blandt socialt udsatte, der har haft kontakt med sundhedsvæsenet mindst en gang i året før undersøgelsen



Kilde: SUSY udsat.²¹⁸

Anm: Overhyppigheden måles i forhold til baggrundsbefolkningens brug af sundhedsydelser, som her antager referenceværdien 1.

Figur 4.11.1 illustrerer overhyppigheden i brug af forskellige ydelser. En fire gange højere frekvens af skadestuebesøg og indlæggelser på sygehus blandt socialt udsatte svarer til overhyppigheden i behovet. Det relativt set lave forbrug af egen læge og andre ambulante besøg afspejler et brug af sundhedsvæsenet, hvor det er de akutte kriser som udløser kontakt, men hvor en langsigtet behandling og rehabilitering af de mange kroniske sygdomme, som denne gruppe lider af, ikke ser ud til at fungere. Figur 4.11.1 viser bl.a. at inden for det seneste år har socialt udsatte været på skadestue eller er blevet indlagt 3-4 gange oftere end resten af befolkningen. Igen gælder, at brug af ydelser altid skal sammenholdes med behovet.

For mere specifikke sygdomme er der sociale uligheder i brugen og effekten af en lang række behandlinger, som f.eks. både invasiv behandling og brug af statiner og beta-blokkere i behandlingen af iskæmisk hjertesygdom^{ii,ii,ii}. Dette kan også være en bidragende årsag til ulighed i overlevelse jvf. tabel 4.11.1.

Problem: Tabellen afspejler, at det er de akutte kriser, som udløser kontakt til sundhedsvæsenet, og at socialt udsatte har været på skadestue eller er blevet indlagt 3-4 gange oftere end resten af befolkning.

Tabel 4.12.2 Overrisiko (odds ratio) for indlæggelse mm bland personer uden for arbejdsstyrken. Aldersstandardiseret for aldersgruppen 25-64 år. Reference =1 for personer i arbejde. 2007

		Førtids- pension	Efterløn	Kontant- hjælp	Arbejds- løs	Syge- dagpenge
Indlagt	Mænd	1,7	1,2	1,3	1,0	2,3
Kræft	Kvinder	1,4	0,9	1,0	0,8	1,6
Indlagt Hjertekar	Mænd	2,1	1,1	1,8	1,2	2,3
	Kvinder	2,0	1,1	1,6	1,0	1,5
Indlagt Psykisk	Mænd	28,6	2,2	16,1	3,8	11,3
	Kvinder	19,5	1,9	8,6	2,2	4,8
Ordineret psykofarm.	Mænd	6,3	1,2	5,5	1,8	4,7
	Kvinder	4,4	1,1	3,9	1,5	2,4
Indlagt Skader	Mænd	1,4	0,9	1,6	1,1	1,6
	Kvinder	1,6	0,9	1,7	1,1	1,3

Kilde: IFSV på baggrund af registre i Danmarks Statistik

Ved hjælp af medicinske registre kan man beregne risikoen for at blive indlagt på sygehus og få ordineret lægemidler for de forskellige grupper, som ikke er i beskæftigelse. Her ses det som ventet, at førtidspensionister og sygemeldte har en kraftig relativ overrisiko for alle diagnoser men i særlig høj grad for psykiske diagnoser. Det gælder også i næsten ligeså stor udstrækning de som får kontanthjælp, og i betydelig mindre grad de som er arbejdsløse og på efterløn. Det skal bemærkes, at 20 år med en effektiv arbejdsmarkedspolitik og en langvarig højkonjunktur og talrige politiske initiativer og indsatser på området, ikke har været i stand til at begrænse stigningstakten, end sige reducere antallet som står uden for arbejdsstyrken. I forhold til den arbejdsmarkedspolitiske forskning og debat er det med et sundhedsfaglig perspektiv ikke meget, de helbredsmæssige forhold har været behandlet. Samtidig gælder, at den sundhedsfaglige forskning og debat på tilsvarende måde ikke i større grad har behandlet årsagerne bag denne udvikling.

Problem: Førtidspensionister og sygemeldte har en kraftig relativ overrisiko for at blive indlagt på sygehus for alle diagnoser, men i særlig høj grad for psykiske diagnoser.

Bilag 1: Tænk tankens deltagere

Anne Marie Pahuus, filosof og prodekan, Aarhus Universitet

Betina Dybbroe, leder, lektor i sundhedsfremme og pædagogik, RUC

Birgit Gundorph-Malling, sundhedschef, Halsnæs Kommune

Charlotte Schulsinger, praktiserende læge

Dorte Steenberg, næstformand, DSR

Ingelise Rasmussen, socialsygeplejerske

Jean Petersen, plejehjemsassistent, tillidsrepræsentant, Valby

Johan Hviid Andersen, professor, overlæge, ph.d, Reg. hosp. Herning

Karen Stæhr, sektorformand, FOA

Kirsten Vinther-Jensen, kontorchef, MPH, Center for Folkesundhed

Lene Witte, direktør, Gigtforeningen

Lisbeth Poulsen, fællestillidsrepræsentant, social- og sundhedsassistent, Reg. hosp. Holstebro

Lotte Holm, professor, cand.scient.soc., LIFE

Mickey Gjerris, lektor i bioetik, teolog, medlem af Etisk Råd, KU

Mogens Seider, socialpsykiatrileder, Høje Taastrup

Morten Grønbæk, direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Paul Bartels, cheflæge og leder af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Peter Clemmensen, formand, Hjerteforeningen

Susanne Tøttenborg, seniorkonsulent, Kræftens Bekæmpelse

Thomas Milsted, generalsekretær, Stressfonden

Tom Bendix, professor, dr.med., Videncenter for Rygsygdomme på Glostrup Hospital

Torben Mogensen, vice adm. direktør, Hvidovre Hospital

Morten Sodemann, professor, overlæge, ph.d., Indvandrermedicinsk Klinik, OUH

Jeanett Bauer, formand, overlæge, ph.d., Dansk Psykiatrisk Selskab

Finn Diderichsen, professor, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Anne Frølich, forskningsleder, Bispebjerg Hospital

Lone Deibjerg Kristensen, overlæge, Reg. hosp. Silkeborg

Martin Døssing, overlæge, Frederikssund Hospital

Annemarie Dencker, fagansvarlig for social ulighed, Kræftens Bekæmpelse

Vilhelm Borg, seniorforsker, Nationalt Forskningscenter for Arbejdsmiljø

Yves Sales, praktiserende læge, næstformand, Lægeforeningen

Bilag 2: Barrierer for forbedret lighed i Danmark

1. Forebyggelse og sundhedsfremme

Indsatsen for sundhedsfremme og forebyggelse er uden prestige og præget af utilstrækkelig udbredelse og forskning. Indsatsen mod rygning, alkoholoverforbrug, dårlig kost og manglende motion når ikke de rette social- og aldersgrupper, som påvirkes forkert af medier og markedsføring.

2. Organisation, specialisering, kassetænkning

Patienter med komplekse og skæve diagnoser svigtes af et system præget af specialisering, opdeling og manglende sammenhæng. Hver enkelt aktør eller enhed optimerer indenfor eget ressort – og ikke til gavn for borgeren. Kassetænkning, brugerbetaling og forsikringsordninger cementerer social skævhed.

3. Det ikke-rummelige og umyndiggørende arbejdsliv

Usammenhængende og ikke værdsat arbejdsliv, sygemelding og arbejdsløshed resulterer i stress, udbrændthed, depression og problemer i privatlivet. Tunge løft og ensidig belastning er årsager til smertetilstande. Indsatsen kommer for sent og de kollektive rammer på arbejdspladsen udnyttes ikke.

4. Organisation

Patienter mangler tovholdere. For lidt fleksibilitet og tværgående indsats i 'systemet'. Ulige adgang til praktiserende læger og speciallæger skaber lange udrednings- og behandlingsforløb. Standarder og regelstyring udelukker de, der ikke passer i rammerne.

5. Kommunikation

Kommunikation sker

1. mellem sundhedsprofessionelle og patienter og disses pårørende
2. mellem sundhedsprofessionelle indbyrdes

Ad 1) Sundhedsprofessionelle kan være præget af fordomme og manglende/forkert uddannelse og formår derved ikke i tilstrækkelig grad at individualisere budskabernes form og indhold i forhold til patientens behov og evner. Det fører til lav egenomsorgskapacitet og lavt informationsniveau hos de patienter, der har de største behov.

Ad 2) Sundhedsprofessionelle skal forstå, at patienterne bevæger sig gennem sundhedsvæsenet fra én sundhedsprofessionel til en anden osv. For at sikre det gode patientforløb, er det nødvendigt, at alle relevante oplysninger er tilgængelige for alle sundhedsprofessionelle, som patienten møder på sin vej gennem sundhedsvæsenet.

6. Prioritering

Social ulighed i sundhed forstærkes af en forfordeling af de somatiske – især akutte – patienter frem for de psykiatriske såvel økonomisk som strukturelt. Desuden finder de ressourcestærke lettere vej gennem sundhedsvæsenet end de sårbare og nedslidte.

7. Forskning og uddannelse

Der mangler forskning i sociale og kulturelle mekanismer i mødet mellem sundhedsvæsen og borger/ patient, der kan være med til at fastholde den sociale ulighed i sundhed. De sundhedsprofessionelle er ikke tilstrækkeligt uddannet i metoder, der fremmer bevidstheden om antagelser på de svagestes vegne. Antagelser der i værste fald diskvalificerer borgeren/patienten, så vedkommende ikke får de muligheder, de ellers ville have fået, og spærres

vejen for den nysgerrighed, der er nødvendig for at afdække eksisterende behov. Der mangler mere grundforskning og viden om interventioner, der virker, samt pædagogisk/ psykologisk uddannelse af sundhedspersonalet.

8. Social ulighed

Sammenhæng mellem sociale livsvilkår, herunder fattigdom, mangel på fællesskaber m.m. – og sundhed og sygdom, er ikke i tilstrækkeligt omfang kommet ind i velfærdspolitikken og i sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, som dermed ikke griber ind overfor den sociale ulighed i sundhed som rammer store grupper i Danmark, men i stedet stigmatiserer og ekskluderer svage og sårbare grupper