



Punkt 7.

Orientering om Sundhedsstyrelsens rapporter "Social ulighed i sundhed og sygdom" og "Indsatser mod ulighed i sundhed"

2020-060815

Sundheds- og Kulturforvaltningen fremsender til Sundheds- og Kulturudvalgets orientering Sundhedsstyrelsens rapporter "Social ulighed i sundhed og sygdom" og "Indsatser mod ulighed i sundhed".

Torben Krogh Kjeldgaard deltager i udvalgs mødet.

Beslutning:

Til orientering. Sundheds- og Kulturforvaltningen anmodede om oplæg til handlinger på baggrund af rapporterne.

Rose Sloth Hansen var fraværende.



Sagsbeskrivelse

Sundhedsstyrelsen udgave den 2. september 2020 to rapporter om social ulighed i sundhed.

- "Social ulighed i sundhed og sygdom" er en status for den social ulighed i sundhed og Sygdom i Danmark og beskriver udviklingen i perioden 2010-2017.
- "Indsatser mod ulighed i sundhed" er en status over evidens for indsatser mod ulighed i sundhed. Rapporten gennemgår 44 indsatsområder og laver på den baggrund 26 anbefalinger til indsatser.

Det overordnede billede er, at social ulighed i sundhed er stigende i Danmark. Ikke bare i forhold til levetid, men i forhold til stort set alle de områder som undersøges i Sundhedsstyrelsens nye rapport om status på social ulighed i sundhed. Kort sagt betyder det, at borgere med kortere uddannelser har mere sygdom, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør tidligere af sygdommen end borgere med lang uddannelse.

Nedenfor er begge rapporters hovedpointer gennemgået:

Social ulighed i sundhed og sygdom

Rapporten måler uligheden på 69 indikatorer ved at befolkningen deles op på uddannelsesbaggrund. Rapportens overordnede konklusion er, at uligheden er systematisk og gennemgående på stort set alle indikatorer. Den er også gradvis, forstået på den måde at jo kortere uddannelse des dårligere sundhed og mere sygdom.

Ulighed i restlevetid: Restlevetiden er generelt steget siden 1990, men den er steget langsommere for personer med kort uddannelse. Det betyder at en 30-årig person med grundskole kan forvente at leve 5,7 år kortere for kvinder og 6,3 år for mænd end en person med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse eller videregående uddannelse.

Ulighed i somatisk sygdom og konsekvenser af sygdom: Borgere med kort uddannelse rammes oftere af alle de sygdomme som rapporten undersøger, med undtagelse af brystkræft. Samtidig viser rapporten at 2-3 gange flere borgere med kort uddannelse ikke kommer tilbage på arbejdsmarkedet 4 år efter diagnosen er stillet. Samtidig er risikoen for at dø indenfor 5 år efter diagnosen også er større for de kortuddannede. Hertil kommer at der ligeledes er stor og stigende ulighed i andelen på førtidspension. F.eks. er 25 procent af de kort uddannede kvinder på førtidspension, mod blot 3 procent kvinder med en videregående uddannelse.

Ulighed i mental sundhed, psykisk sygdom og multisygdom: Som vi også har set i Aalborg Kommunes sundhedsprofil, har borgere med kortere uddannelse dårligere mentalt sundhed, højere stressniveau og er oftere uønsket alene end hos de borgere med lang uddannelse. Det afspejler sig også i, at der er dobbelt så mange nye tilfælde af depression blandt personer med kort uddannelse forhold til personer med lang uddannelse. I forhold til psykisk sygdom diagnosticeres flere borgere med kort uddannelse med bipolar lidelse og skizofreni. Dette kan hænge sammen med, at sygdommen indtræffer før borgeren gennemfører en uddannelse. Der ses ikke social ulighed i selvmord for kvinder, men for mænd er der dobbelt så man selvmord blandt borgere med kort uddannelse i forhold til borgere med lang uddannelse. Da borgere med kort uddannelse i højere grad rammes af både somatiske og psykiatriske sygdomme, er der også en stor ulighed i forekomsten af multisygdom. Uligheden i multisygdom er således også steget i perioden fra 2010-2017.

Ulighed i daglig rygning, overvægt og flere samtidige risikofaktorer: Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for folkesundheden i Danmark. Selvom daglig rygning generelt er faldet, er uligheden i tobaksforbrug steget, og der er i dag en høj grad af social ulighed i daglig rygning. Der er også høj grad af social ulighed i svær overvægt, f.eks. er der over dobbelt så mange svært overvægtige mænd med kort uddannelse (27%) end der er svært overvægtige mænd med lang uddannelse (12%). Samspillet mellem risikofaktorer har en forstærkende effekt på sygelighed og dødelighed idet den ene risikofaktor forstærker effekten af en anden - eksempelvis rygning og overvægt i forhold til hjertekarsygdom. Derfor er ophobning af risikofaktorer særligt problematisk, og der ses en stor social ulighed i antallet af borgere med 2 eller flere risikofaktorer. Forekomsten af to eller flere risikofaktorer er således dobbelt så høj hos borger med kort uddannelse sammenlignet med borgere med lang uddannelse.



Ulighed fra fødsel og i børns sundhed: Der ses ulighed på samtlige indikatorer, der omhandler starten på livet og børns sundhed – de mest centrale er:

- der er social ulighed i spædbørn der fødes for tidligt og fødes for små,
- der er ulighed i, hvem der gennemfører vaccinationsprogrammet,
- der er ulighed i børns tandsundhed,
- der er ulighed i overvægt hos børn,
- der er ulighed i lav livstilfredshed blandt piger,
- der er ulighed i unges vurdering af egne evner til at klare en situation, nå et mål de har sat sig eller løse en opgave, hvilket er væsentligt, særligt for funktionsdimensionen af mental sundhed,
- der ses høj grad af ulighed i andelen af børn, der lever under fattigdomsgrænsen.

Andelen af børn der vokser op i fattigdom, er steget fra 2000 til 2016 fra 9 % til 20 % blandt børn af mødre med kort uddannelse. For børn af mødre med en lang uddannelse er andelen 2 % i hele perioden. Børnefattigdom har betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelse og forekomsten af sygdom og mental sundhed både som barn og senere i voksenlivet.

Ulighed i kontakten til sundhedsvæsenet: Borgere med kort uddannelse indlægges oftere med forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser end borgere med en lang uddannelse. Denne ulighed er stigende fra 2010-2017. Der er ligeledes en ulighed i de nationale screeningsprogrammer, således en større andel af borgere med lang uddannelse deltager i screeningsprogrammet i forhold til borgere med kortuddannelse. Der er for visiteret personlig pleje, praktisk hjælp, samt sygeplejeydelser en begrænset social ulighed.

Indsatser mod ulighed i sundhed

I rapporten "Indsatser mod ulighed i sundhed" gennemgås de indsatsområder, der vurderes at have effekt på ulighed i sundhed. Hovedkonklusionen i rapporten er at der er behov for universelle og strukturelle indsatser for at reducere ulighed i sundhed. Sundhedssektoren kan ikke alene sikre ligheden i sundhed, og derfor er der behov for brede indsatser på tværs af stat, region og kommuner, men også på tværs af ressortområder. Bortset fra målrettede tilbud om rygestop savnes der evidens for at individrettede indsatser, isoleret set, mindsker ulighed i sundhedsadfærd. Men de kan forstærke effekten af de strukturelle tiltag.

Det er muligt at gøre noget ved den sociale ulighed i sundhed. England beviste det i 00'erne med en bred strukturel og universel indsats suppleret med mere gruppe og individorienterede indsatser målrettet de udsatte grupper.

Rapporten gennemgår på baggrund af et litteraturstudie af nyeste evidens 44 indsatsområder og laver på den baggrund 26 anbefalinger til indsatser. Herunder har Sundheds- og Kulturforvaltningen vurderet hvilke aktører indsatsen er relevant for.

Anbefaling fra "Indsatser mod ulighed i sundhed"	Aktør		
	Stat	Sygehus/ almen praksis	Kommune
Anbefalinger for børns tidlige udvikling og uddannelse:			
Styrke fokus på opsøgende og fastholdende indsatser (herunder vaccinationer) for børn i socialt sårbare familier og familier med kort uddannelse.	X	X	X
Begrænse børnefattigdom ved at hæve børnetilskud til familier, som lever under fattigdomsgrænsen.	X		
Tilbyde forældrestøtteprogrammer allerede ved starten af graviditeten.			X
Sikre tidlig indsats med henblik på at forbedre kognitive evner, sociale kompetencer og motoriske færdigheder hos børn i særlig risiko.			X
Øge personaletæthed og styrke kompetencer i daginstitutioner i udsatte områder, så der sikres ressourcer og kvalitet tilpasset børnenes behov.			X
Styrke fokus på at forbedre motivation og deltagelse i erhvervsuddannelser og erhvervspraktik, så andelen af unge, der gennemfører en ungdomsuddannelse øges.	X		X
Vurdere børn med højt sygefravær i skolen med henblik på at iværksætte			X



særlig indsats ved psykiske symptomer eller misbrug.			
Styrke fokus på at skabe boligområder, hvor forskellige befolkningsgrupper bor sammen, hvilket bl.a. kan ske ved at blande boligtyper og ejerformer.			X
Anbefalinger for arbejdsliv, indkomst, miljø og sundhedsadfærd:	Stat	Sygehus/ almen praksis	Kommune
Begrænse fysisk belastende jobs og jobs med dårlige muligheder for indflydelse – især for kortuddannede.	X		
Forstærke arbejdstilsyn i brancher med høj risiko for negative helbredseffekter.	X		
Iværksætte indsatser, som styrker overførselsindkomsterne ved fx at kompensere bedre for indkomstbortfald ved sygdom og arbejdsløshed.	X		
Sikre en stærk og aktiv arbejdsmarkedspolitik med en bred vifte af virkemidler med henblik på at reducere arbejdsløsheden særligt blandt kortuddannede.	X		
Iværksætte indsatser, der øger tillid, samarbejde og netværk i udsatte boligområder, herunder involvere fx frivillige, lokale foreninger.			X
Hæve afgifter på tobak og alkohol samt differentiere moms, dvs. lavere moms på fisk/frugt/grønt og højere på fedt/salt/sukker.	X		
Regulere markedsføring af alkohol og usund kost.	X		
Hæve og håndhæve aldersgrænser for alkohol og tobak.	X		X
Lovgive om mindsket indhold af salt i færdigretter og fastfood.	X		
Etablere sikre rammer for fysisk aktivitet, fx parker og stier for gående og cyklistere i kombination med information og synliggørelse af udfoldelsesmuligheder.			X
Anbefalinger for sundhedsvæsen og socialt arbejde og rehabilitering:	Stat	Sygehus/ almen praksis	Kommune
Forstærke indsatser mod socialt udsattes hjemløshed ved bedre adgang til små billige boliger og en "Housing first"-tilgang i kombination med bostøttemetoder.			X
Sikre socialt udsatte en fast kontakt til egen læge og/eller socialsygeplejerske.		X	X
Styrke fokus på identifikation og opfølgning af somatisk sygdom hos psykisk syge samt styrke integration af den psykiatriske indsats og misbrugsbehandling.	X	X	X
Udvikle indikatorer på ulighed i adgang, brug, kvalitet og effekt af sundhedsvæsenet.	X	X	X
Tilføje ekstra ressourcer til primærsektoren i udsatte områder med tung sygdoms byrde ud fra specifikke kriterier for behov.	X	X	
Starte forsøg i det nære sundhedsvæsen med integration af medicinske og sociale ydelser med fælles ledelse, budget og værktøj til indsamling af patientdata om behov og effekt.		X	X
Sænke brugerbetaling på receptpligtige lægemidler samt på besøg hos tandlæger, fysioterapeuter og psykologer.	X		
Indføre mere fleksible arbejdskrav, både i form af flexjobs, deltidssygemelding eller førtidspension	X		



Bilag:

Bilag 1 Rapport - Social ulighed i sundhed og sygdom

Bilag 2 Rapport - Indsatser mod ulighed i sundhed