

Område: Råds- og direktionsekretariatet
Afdeling: Råds- og direktionsekretariatet
Journal nr.:
Dato: 12. maj 2011
Udarbejdet af: Maria Topholm Skarum
E-mail: Maria.Topholm.Skarum@regionsyddanmark.dk
Telefon: 76631118



Notat

Ulighed i sundhed

Bidrag til rapport

Sundhed på tværs af køn, alder og uddannelse

Baggrund

Der er markante forskelle i sygelighed og sundhed på tværs af en række sociodemografiske faktorer i befolkningen – herunder uddannelse, køn, etnicitet og alder. De bagvedliggende årsagsmekanismer er komplekse og baserer sig på både biologiske, psykologiske og socialkulturelle forhold. I det omfang forskellene er kulturelt betingede, kan de, teoretisk set, påvirkes politisk, hvorimod forskellene bliver et vilkår i det omfang, de er biologisk betingede. Uanset om en forskel lader sig påvirke eller er et vilkår, vil den kunne kalde på politiske initiativer. I førstnævnte tilfælde kan målet være at reducere forskellene, mens det i sidstnævnte tilfælde drejer sig om at indrette bl.a. sundhedsvæsenet, så det tager højde herfor.

I det følgende beskrives en række væsentlige forskelle i sygelighed, sundhed og sundhedsadfærd på tværs af alder, køn og uddannelse. Beskrivelsen tager sit udgangspunkt i data fra Region Syddanmarks sundhedsprofilundersøgelse "Hvordan har du det? 2010".

Kønsmæssige forskelle

Der er en påfaldende uoverensstemmelse mellem mænd og kvinders helbred og dødelighed. Kvinder rapporterer generelt om flere sygdomme og funktionsbegrænsninger end mænd - alligevel er dødelighedsraterne for mænd væsentligt højere end for kvinder i alle aldre - fra 0 år til 100 år. Dette tilsyneladende paradoks er velbeskrevet i litteraturen, og data fra en række befolkningsundersøgelser viser et entydigt billede af dette.

Forklaringen skal findes i forskelle i det sygdomsbillede, der tegner sig for mænd og kvinder. Generelt gælder det, at kvinder har en overvægt af sygdomme, der er forbundet med lav dødelighed, mens mænd har en øget forekomst af hjerte-kar sygdomme, som er forbundet med en betydelig dødelighed. Eksempelvis viser data fra den regionale sundhedsprofilundersøgelse, at 30 % af mændene har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, hvorimod tallet er 43 % for kvinder. Kvinder har hyppigere migræne/hovedpine (21 % vs. 10 %), forbigående psykiske lidelser (15 % vs. 9 %), slidgigt (24 % vs. 17 %), knogleskørhed (6 % vs. 1 %) og føler sig oftere nervøse eller stressede (15 % vs. 10 %).

Disse kønsmæssige forskelle i sygdomsbilledet kan være medvirkende årsager til, at sygefraværshyppigheden varierer med køn. Tal fra sundhedsprofilen viser, at 12 % af alle mænd har haft minimum én sygefraværsdag inden for de seneste 14 dage, mens tallet er 17 % for kvinder. Der ses også en kønsmæssig forskel mht. langvarigt sygefravær, dvs. sygefravær på minimum 25 dage indenfor det seneste år,

om end forskellen er væsentligt mindre (5,4 % vs. 4 %). Kvinders øgede fraværshyppighed gør sig gældende på tværs af alle aldersklasser.

Angående sundhedsadfærd og forandringsparathed lever kvinder i højere grad end mænd i overensstemmelse med de officielle anbefalinger. Flere mænd end kvinder overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse (11 % vs. 6 %), er storrygere (14 % vs. 9 %), er dagligrygere (24 % vs. 20 %) og har et usundt kostmønster (20 % vs. 9 %). Mht. svær overvægt (15 % vs. 14 %) og fysisk inaktivitet i fritiden (16,6 % vs. 16,3 %) er kønsforskellene dog små. Blandt borgere, som har en risikobetonet sundhedsadfærd, er kvinder i højere grad end mænd indstillet på at ændre adfærd. Eksempelvis ønsker flere svært overvægtige kvinder end mænd at tabe sig (70 % vs. 45 %) og væsentlig flere kvinder end mænd med et usundt kostmønster ønsker at spise mere sundt (63 % vs. 47 %). Mænd og kvinder er dog lige interesserede i rygeophør (73,9 % af kvinderne og 73,5 % af mændene).

Aldersforskelle

Der ses store forskelle i sundhed og sygelighed på tværs af alder. Generelt gælder det, at hyppigheden af fysisk sygdom og funktionsbegrænsninger stiger med alderen. Eksempelvis viser tal fra Region Syddanmarks sundhedsprofil, at 59 % af alle kvinder i alderen 75+ lider af slidgigt, mens det samme kun gør sig gældende for 2 % af kvinderne i alderen 16-24 år. Sammenhængen mellem alder og fysisk sygdom er forudsigelig og begrundes med de degenerationsprocesser, som alderen medfører. For mentale sygdomstilstande ses imidlertid ikke denne sammenhæng – i flere tilfælde ses den modsatte tendens. Eksempelvis vurderes det, at 16 % af kvinderne i alderen 25-34 år har dårligt mentalt helbred, hvorimod kun 7 % af kvinderne i alderen 65-74 år falder i denne kategori.

Uddannelsesforskelle

Der er en klar uddannelsesgradient for en lang række sundheds- og sygelighedsrelaterede parametre. I næsten alle tilfælde ses den mest uheldige profil blandt de lavest uddannede. Sammenlignes borgere uden en erhvervsuddannelse med borgere med en lang videregående uddannelse ses eksempelvis en øget andel, der lider af en langvarig sygdom (47 % vs. 31 %), der er meget generet af smerter eller ubehag (50 % vs. 29 %), er storrygere (24 % vs. 4 %) og er svært overvægtige (22 % vs. 8 %). I enkelte tilfælde ses den modsatte tendens – eksempelvis rapporterer 16 % af borgerne uden en erhvervsuddannelse om allergi, mens tallet er 22 % blandt borgere med en lang videregående uddannelse. De angivne procentsatser er justeret for alders- og kønsforskelle.

Regionens handlemuligheder

Som begrundet indledningsvis, vil en realistisk politisk målsætning ikke være, at alle forskelle i sundhed og sygelighed på tværs af køn, alder og uddannelse skal udlignes. Derimod kan der politisk være en ambition om at reducere forskellene eller indrette bl.a. sundhedsvæsenet således, at det bedst muligt tager hånd om forskellene. Af regionale handlemuligheder kan der eksempelvis sættes fokus på, at:

Forhindre at sygdom opstår:

- Understøtte den borgerrettede forebyggelse ved at tilbyde velfunderet rådgivning til kommunerne om deres indsats inden for forebyggelse og sundhedsfremme¹. Her kan

¹ Jævnfør Sundhedsloven § 119, stk. 3

regionen tage udgangspunkt i viden om de forskelle, der er mellem kommunerne (bl.a. via de nøgletal, der findes i Kontur og i sundhedsprofilen).

- Understøtte, at det generelle uddannelsesniveau i regionen højnes

Begrænse de sundhedsmæssige konsekvenser, når sygdom opstår:

- Sikre systematisk og koordineret indsats inden for patientrettet forebyggelse på sygehuse i almen praksis², herunder sikre at:
 - relevante afdelinger på alle sygehusenheder tilbyder specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse til patienter med kronisk sygdom
 - almen praksis og sygehuse i forbindelse med patientbehandling vurderer patientens behov for forebyggende tilbud, bidrager til at understøtte patientens motivation og henviser til relevante tilbud
 - almen praksis arbejder med tidlig opsporing af sygdom
- Tilbyde behandling af høj kvalitet
- Styrke patienternes egenomsorgsevne og ansvar for egen sundhed
- Sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer

Tilvejebringe viden / forskning

- Men henblik på at understøtte kommunernes muligheder for at løse problemstillingerne omkring forebyggelse af livsstilssygdomme, kan der tilvejebringes og spredes viden gennem forskning om håndteringen af denne problematik.

Sundhed og etnicitet

Baggrund

I det følgende beskrives en række forskelle i sundhed og sygelighed på tværs af etniske undergrupper i samfundet. Beskrivelsen tager afsæt i data fra Region Syddanmarks sundhedsprofilundersøgelse "Hvordan har du det? – 2010". Samtidig beskrives kort udfordringer knyttet til flygtninge og indvandrere med særligt komplekse sygdomsbilleder.

Etniske minoriteter sundhed

Region Syddanmarks sundhedsprofil opererer med tre etniske grupperinger: dansk baggrund, anden vestlig baggrund end dansk og ikke-vestlig baggrund. Der tages ikke højde for kendte forskelle i sygdomshyppighed og sundhedsadfærd blandt borgere af forskellige national afstamning inden for disse grupperinger.

En sammenstilling af etnicitet og indikatorer for selv vurderet helbred og trivsel viser entydigt, at andelen af trivsels- og helbredsproblemer er størst blandt borgere, der ikke er af dansk afstamning. Særligt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er hyppigheden høj. Sammenlignet med øvrige etniske grupperinger rapporterer borgere med ikke-vestlig baggrund hyppigere om dårligt fysisk helbred (dansk 12 %, anden-vestlig 13 %, ikke-vestlig 29 %), dårligt mentalt helbred (dansk 10 %,

² Jævnfør Sundhedsloven § 119, stk. 3 og sundhedsaftalerne med kommunerne i Region Syddanmark

anden-vestlig 15 %, ikke-vestlig 23 %), stress/nervøsitet (dansk 12 %, anden-vestlig 18 %, ikke-vestlig 34 %) samt smerter og ubehag indenfor de seneste 14 dage (dansk 36 %, anden-vestlig 43 %, ikke-vestlig 58 %).

Mht. specifikke sygdomstilstande ses samme entydige billede inden for de indikatorer, som indgår i sundhedsprofilen. Eksempelvis rapporterer borgere med ikke-vestlig baggrund hyppigst om forbigående psykisk lidelse (dansk 11 %, anden-vestlig 14 %, ikke-vestlig 26 %), leddegigt (dansk 6 %, anden-vestlig 8 %, ikke-vestlig 18 %) og diabetes (dansk 5 %, anden-vestlig 7 %, ikke-vestlig 14 %).

Det entydige mønster gælder ikke sundhedsadfærd og svær overvægt. Forekomsten af storrygere er således lavest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, ligesom der ingen forskel ses henover de etniske grupperinger for svær overvægt. Der er store forskelle i forhold til Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtagelse, idet forekomsten er markant højere blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund (dansk 9 %, anden-vestlig 7 %, ikke-vestlig 3 %). For stillesiddende fritidsaktivitet er der en markant større forekomst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (35 %) sammenlignet med borgere med dansk (16 %) eller anden vestlig baggrund (19 %).

Endelig gælder, at borgere med dansk baggrund entydigt har den mest hensigtsmæssige profil, når det gælder indikatorer for sociale relationer. Eksempelvis er der en større andel, der ofte er uønsket alene blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (11 %) sammenlignet med borgere med anden vestlig baggrund (9 %) eller dansk baggrund (6 %).

De angivne procentsatser er justeret for alders- og kønsforskelle.

Etniske minoriteter med særlige behov

En særlig gruppe blandt etniske minoriteter udgøres af flygtninge og indvandrere med særligt komplekse sygdomsbilleder, der ofte er præget af såvel fysiske som psykiske lidelser eller symptomer, og hvor diagnoserne ofte er diffuse og indbyrdes indvirkende. I nogle tilfælde er sygdomsbilledet blandt andet en konsekvens af traumer, der udspringer af tortur eller andre af de omstændigheder, der har bevirket flugten til Danmark.

I forhold til indsatsen i sundhedsvæsenet over for denne gruppe er centrale problemer:

- Sprogbarrierer hos patienten
- Kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle og patienten, herunder sundhedsvæsenets ofte skriftlige formidling af viden
- Patientens begrænsede kendskab til eller forståelse af samfundsforhold og systemet
- Det sundhedsfaglige personales begrænsede kompetencer i at håndtere de særlige udfordringer hos gruppen
- Sundhedsvæsenets specialiserede struktur, der ikke fremmer håndtering af diffuse og komplekse sygdomsbilleder, hvor diagnosticering er kompleks, tværfaglig tilgang og øget tid er en forudsætning for succesfuld behandling. En risiko er her, at patienten bliver kastebold mellem kommune, almen praksis og sygehusafdelinger

Indvandrermedicinsk klinik, OUH

På Indvandrermedicinsk Klinik på OUH varetages udredning og behandling af den ovenfor beskrevne gruppe af etniske minoriteter med særlige behov. Klinikken oplever stor succes med at håndtere denne patientgruppe, der ikke tilhører et særligt speciale, men som alligevel har specielle, men ensartede problemer.

Regionens handlemuligheder

Region Syddanmarks handlemuligheder er blandt andet knyttet til følgende:

Tværgående samarbejde

- Tættere kommunikation tværsektorielt og mellem parter inden for det regionale sundhedsvæsen
- Fælles planer for særligt "tunge" sager
- Etablerede kommunikationskanaler mellem sektorerne
- Videndeling – f.eks. mellem Indvandrermedicinsk Klinik på OUH og kommuner

Særlige tilbud til gruppen

- Særlige tilbud om forløbskoordination, som det også afprøves en række steder for personer med kronisk sygdom
- Øget tilbud om tolkebistand (inden for lovgivningens rammer)
- Øget fokus på adgang til psykologer og psykiatere med særlig viden på dette område
- Tværfaglig vurdering af patientcases med Indvandrermedicinsk Klinik på OUH som eksempel

Efteruddannelse

- Efteruddannelse af udvalgt personale på sygehusene med henblik på håndtering af de særlige udfordringer i gruppen, herunder kommunikation

Tilvejebringe viden / forskning

- Men henblik på at understøtte kommunernes og andre aktørers muligheder for at løse problemstillingerne omkring håndtering af borgere med anden etnisk baggrund, der har komplekse sygdomsbilleder, kan der tilvejebringes viden gennem forskning om denne problematik.

Psykiatriens ligestillingsudfordringer – overdødelighed og stigmatisering

Overdødelighed – baggrund

De store livsstilssygdomme KOL, hjerte-karsygdomme, type 2-diabetes mv., rammer i udpræget grad mennesker med en psykisk sygdom. Center for Folkesundhed skønner således, at tre ud af fire mennesker med en psykisk sygdom har én eller flere somatiske sygdomme³. Ydermere har patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, en øget forekomst af somatisk sygelighed, og de har også

³ Breinholt Larsen F. Fysisk sygdom hos psykisk syge. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed 2008.

somatisk betinget overdødelighed af alle sygdomme undtagen kræft⁴. Disse sygdomme har en tæt sammenhæng med KRAM faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). Endvidere er medicineringen en vigtig faktor, både fordi medicinen givet mod den psykiske lidelse kan have bivirkninger, men der kan også ske et uhensigtsmæssigt samspil med anden medicin, hvis man er i samtidig behandling for en fysisk lidelse.

Der er også en stor overdødelighed blandt mennesker med en psykisk sygdom, der skyldes øget selvmordsdødelighed, samt en overdødelighed som følge af ulykker, ubestemt døds måde og endog drab. Selvmordsdødeligheden blandt psykisk syge i behandling i hospitalsvæsenet er dog halveret de seneste 20 år ligesom i den øvrige befolkning, men selvmordsdødeligheden er fortsat mere end 20 gange større blandt patienter med affektiv sygdom (depression, mani mv.) og skizofreni, end blandt mennesker som ikke har været indlagt med en psykisk lidelse.

Eksempler på indsatsmuligheder

- Tilstrækkelig behandling af somatisk sygdom
 - Liaisonbehandling (hvor der skabes forbindelse mellem det psykiske og det fysiske bl.a. ved at psykiatrien er til stede på de somatiske afdelinger)
 - Integration i FAM
 - Psykiatriske patienter er ikke "sekundapatienter"
 - Samarbejde med kommuner m h p bedre behandling
 - Sundhedsklinikker
 - Opsøgende psykoseteam med somatisk udrykning
- Indsats mod KRAM faktorer
 - Sund kost, rygeforebyggelse, alkoholoplysning & behandling, motion
- Selvmordsforebyggelse
- "Mind the GAP". Fokus på tværsektorielt samarbejde
- Sørge for at der bliver gennemført obduktioner
- NIP (nationale indikatorprojekt)
- DIPA (den integrative psykiatriske afdeling)
 - Sikre optimal behandling
 - Undgå polyfarmaci (flere slags medicin med uhensigtsmæssigt samspil & misbrug)
 - Samarbejde
 - Patientindflydelse
 - Klippekort til indlæggelse
 - Pårørendeindflydelse
 - Samarbejde med kommunen
 - Samordning af behandlings- & handleplaner
 - Koordinering af støtte & pres
 - PSP (psykiatri, socialområdet og politi) samarbejde .

⁴ Nordentoft M. i "Forebyggelse af psykisk sygdomme", Jørgensen et. al., Munksgaard Danmark 2010.

Overdødelighed – regionens handlemuligheder

Der kan peges på en række handlemuligheder for at nedbringe overdødeligheden blandt mennesker med en sindslidelse.

Koordineret indsats

Det er meget væsentligt, at der sikres en velkoordineret indsats for det enkelte menneske med en sindslidelse mellem psykiatrien, somatikken, almen praksis, praktiserende psykiatere og kommunerne. Samarbejdet mellem disse parter skal være tæt, så ingen falder mellem to stole. Det er vigtigt, at en af parterne har ansvaret for at koordinere hele forløbet, evt. har en case-managerfunktion som der eksempelvis bruges i forbindelse med komplicerede forløb på nogle somatiske sygehuse.

Viden og kompetenceløft

Det er fælles for region og kommuner, at der er behov for at få konkret viden om udbredelsen af samtidig psykisk og somatisk sygdom. Det er desuden vigtigt, at der skabes forståelse i forhold til psykisk sygdom.

Kortlægning af nuværende indsats aftalt i Sundhedsaftalerne

Der er behov for at få afdækket, hvordan samarbejdet er i dag mellem praktiserende læger, kommuner, somatiske og psykiatriske afdelinger m.fl. i forhold til opdagelse, forebyggelse og behandling af somatisk sygdom hos psykiatriske patienter.

Som et aktuelt eksempel på et initiativ kan nævnes, at der i nærværende sundhedsaftaleperiode (2011-2014) vil blive iværksat en kortlægning af det tværsektorielle samarbejde. På baggrund af kortlægningen skal der senest ved udgangen af 2012 være udarbejdet og vedtaget en fælles strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse. Indsatser vil bl.a. være aftaler mellem sygehusafdelinger om håndtering af denne type dobbeltdiagnoser og i kommunerne på styrkelse af synergi på tværs i de kommunale forvaltningsenheder med henblik på at optimere indsatsen for at forebygge og behandle livsstilssygdomme hos borgere med sindslidelser. Hos de praktiserende læger vil man arbejde med øget brug af forebyggelsessamtaler overfor patienter med denne type dobbeltdiagnoser.

Stigmatisering – baggrund

Hver anden familie i Danmark har psykisk sygdom tæt inde på livet. Omkring hver femte dansker vil i løbet af sit liv opleve at have en psykisk lidelse – spændende fra en mild depression til svære psykotiske lidelser. Alligevel er psykisk sygdom ikke noget vi taler om.

Fordomme, tabuer og uvidenhed, når det gælder psykisk sygdom, er et problem for de mennesker, der lider af en psykisk lidelse, deres pårørende og psykiatrien. Skønt der tales meget om at ligestille somatiske og psykiatriske lidelser, er der stadig langt igen.

Stigmatiseringen medvirker til social eksklusion og har konsekvenser for tilknytningen til arbejdsmarkedet og for tidlig opsporing og behandling, fordi man undlader at søge behandling. Stigmatiseringen opleves af alle brugere og pårørende, men der vil være nogle befolkningsgrupper, der rammes særlig hårdt.

Stigmatisering er et problem for hele samfundet, ikke kun borgere, der lider af psykisk sygdom og deres pårørende. Psykisk sygdom skønnes at koste samfundet mere end 55 mia. kr. årligt, hvoraf de direkte omkostninger kun udgør 10 %. Hovedparten af omkostningerne skyldes førtidspensionering,

langvarigt sygefravær og nedsat individuel produktivitet. Hertil kommer, at psykiske lidelser samtidig medfører betydelige personlige konsekvenser i form af lidelser, nedsat livskvalitet samt nedsat funktions- og arbejdsevne. Der er således også ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv brug for, at vi bliver bedre til at forebygge, opspore og behandle psykiske lidelser og fastholde mennesker med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet. En afstigmatiseringsindsats skal ses i sammenhæng med de mange andre initiativer, der er eller vil blive iværksat, herunder den generelle kapacitetsudvidelse i psykiatrien, modernisering af de bygningsmæssige rammer, initiativer til nedbringelse af tvang, implementering af shared care-modeller, en styrket socialpsykiatri og en høj faglig udvikling. Indsatsen adskiller sig imidlertid ved, at fokus er rettet mod befolkningen som helhed og har til formål at ændre det holdningsmæssige grundlag, som de øvrige tiltag skal hvile på.

Stigmatisering – iværksatte initiativer

Der er på baggrund af ovenstående vedtaget, at der skal gennemføres en fælles landsdækkende indsats mod stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom i perioden 2010-2015. Indsatsen skal omfatte eksisterende og nye initiativer rettet mod stigmatisering af psykisk sygdom samlet i en fælles landsdækkende indsats. Erfaringerne fra udenlandske kampagner viser, at en længerevarende bred kampagneindsats og fælles ”branding” er nødvendig for at skabe langsigtede og vedvarende holdnings- og adfærdsændringer.

Det er bred enighed om behovet for at øge danskernes viden om og forståelse for mennesker med psykisk sygdom. En afstigmatiseringsindsats indgår både i regionernes psykiatriudspil ”En psykiatri i verdensklasse”, Sundhedsstyrelsens nationale strategi, regeringens handlingsplan for psykiatri og senest i satspuljeaftalen for 2010. Der er endvidere opbakning til et sådant initiativ fra de faglige selskaber, PsykiatriFonden og Det Sociale Netværk, der organiserer bruger- og pårørendeorganisationerne.

Regionalt er der nedsat en styregruppe der skal varetage ledelsen ift. lokale initiativer, der får de lokale psykinfo’er som omdrejningspunkt. I det fællesnationale projekt er der udpeget en række indsatsområder hhv. bruger og pårørende, personale i sundheds og socialektoren, unge, arbejdsmarkedet og medierne og den brede offentlighed.

Stigmatisering – regionens handlemuligheder

Der kan iværksættes initiativer på følgende områder:

- Sundhedspersonale skal kompetenceudvikles, så de bliver opmærksomme på ikke at stigmatisere psykisk syge med en somatisk sygdom
- Personale, der arbejder med psykisk syge, skal være opmærksomme på ikke at stigmatisere de psykisk syge, men i stedet blive bedre til at se de muligheder, som de psykisk syge kan have på fx arbejdsmarkedet
- Der skal være større opmærksomhed omkring selvstigmatisering og hvordan dette forebygges
- Der skal være fokus på et tæt samarbejde med beskæftigelsesområdet
- Det skal være fokus på bruger og pårørendesamarbejdet i eksempelvis Psykiatrisk dialogforum