

Afreportering fra

# Ligestillingsarbejdsgruppen



*September 2011*



## Indholdsfortegnelse

Kommissorium for arbejdsgruppen .....	4
Medlemmer af arbejdsgruppen .....	4
Forord .....	5
Resume .....	6
Ulighed i sundhed .....	7
a. Sundhed på tværs af køn, alder og uddannelse .....	7
b. Sundhed og etnicitet .....	10
c. Psykiatriens ligestillingsudfordringer – stigmatisering og overdødelighed .....	13
Uddannelsesudfordringen .....	17
Regionen som arbejdsplads .....	21
Almen lægepraksis .....	25
Socialområdet .....	26
Opfølgning .....	27

## Kommissorium for arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen skal drøfte ligestilling i Region Syddanmark i bred forstand. Dvs. ligestilling i forhold til køn, handicap, etnicitet, uddannelse osv. Og i forhold til regionens rolle som ansvarlig for sundhedsydelser, psykiatri, leverandør af sociale ydelser, som udviklingsaktør og som arbejdsgiver.

Arbejdsgruppen skal medvirke til, at Region Syddanmark bliver bedre i stand til at leve op til sine lovmæssige forpligtelser på ligestillingsområdet.

Arbejdsgruppen skal beskrive de væsentligste udfordringer for regionen i forhold til ligestilling og vurdere regionsrådets handlemuligheder, herunder vurdere hvor der vil være mest potentiale for at opnå størst mulig effekt af initiativer.

Arbejdsgruppen skal senest oktober 2011 forelægge en afrapportering for regionsrådet. Afrapporteringen skal bl.a. kvalificere den ligestillingsredegørelse, som regionen er pligtig at sende til ministeren for ligestilling i november samme år.

## Medlemmer af arbejdsgruppen

- Mette Valentin, F - *formand*
- Kristian Grønbæk Andersen, B
- Bent Bechmann, C
- Thies Mathiasen, O
- Susanne Linnet, V
- Claus Warming, V
- Margot Torp, A
- Jette Jensen, A
- Willy Sahl, A

## **Forord**

*Tekst skrives senere*

## Resume

*Tekst skrives senere*

# Ulighed i sundhed

## a. Sundhed på tværs af køn, alder og uddannelse

### Baggrund

Sociale og uddannelsesmæssige forskelle slår stærkt igennem på levekår, livsstil og helbred. Mennesker med kort uddannelse og lav indkomst er således mere udsat for sundhedsrisici og sygdom – og har udsigt til færre gode leveår end højtuddannede og velstillede.

Kronisk sygdom er en af de store udfordringer for dagens sundhedsvæsen. Kronisk syge patienter har brug for livslange patientforløb og lægger beslag på 70 – 80 % af sundhedsvæsenets ressourcer. Som det ser ud nu, har hver tredje dansker en kronisk sygdom, og tallet er stigende. Sundhedsprofilen for Region Syddanmark fra 2010 viser, at forekomsten af langvarig sygdom er højest blandt borgere uden en erhvervsuddannelse (47 %) og lavest blandt højtuddannede (31 %).

Livsstil og sundhedsadfærd spiller en stor rolle for udvikling af en række kroniske sygdomme. Sundhedsadfærd har også stor indflydelse på prognosen for dem, der allerede har en kronisk sygdom. Hensigtsmæssig sundhedsadfærd øger effekten af behandlingen og mindsker risikoen for komplikationer og nye sygdomme. Den enkelte persons indsats spiller således en stor rolle for sygdomsforløbet. Det er således vigtigt, at sætte ind forebyggende indsatser på området, der tager udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer og egenomsorgsevne. For at sikre lighed i sundhed vil det ofte være nødvendigt at behandle mennesker forskelligt.

### Årsager til ulighed i sundhed

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".

#### - Kønsforskelle

Der er en påfaldende forskel 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 høj 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 kønsforskelle i sygdomsbilledet kan være medvirkende årsager til, at hyppigheden af sygefravær 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 kønsforskel 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 på området. Flere mænd end kvinder overskrider Sundhedsstyrelsens hjøriskogrænse for 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 (17 % vs. 16 %) 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 over 75 år 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 forfaldsprocesser, 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 tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhedstilstand. Kortuddannede er generelt mere syge og har en mere risikobetonet sundhedsadfærd end højtuddannede. Sammenlignes borgere uden en erhvervs-mæssig uddannelse 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 dog den modsatte tendens – eksempelvis rapporterer 16 % af borgerne uden en erhvervsuddannelse om allergi, mens tallet er 22 % blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

### **Regionens opgaver og handlemuligheder på området**

Årsagerne til ulighed i sundhed er komplekse idet de baserer sig på både biologiske, psykologiske og socialkulturelle forhold. I det omfang forskelle i sundhed er kulturelt betingede, kan de teoretisk set påvirkes politisk. Forskelle, der er biologisk betingede, er imidlertid vilkår, vi ikke kan ændre på, men hvor politiske initiativer alligevel vil kunne iværksættes med henblik på at indrette bl.a. sundhedsvæsenet, så det tager højde for forskellene.

Regionen deler ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme, herunder at sikre lighed i sundhed, med kommunerne. Hver sektor har sine veldefinerede opgaver på området.

Kommunerne har ansvaret for at skabe rammer for, at borgerne kan leve sundt, bl.a. ved at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne og på den måde bidrage til at forhindre, at sygdom opstår. Derudover deler kommunerne ansvaret for den patientrettede forebyggelse med regionen. Særligt for personer med kronisk sygdom spiller kommunerne en vigtig rolle i forhold til at sikre forebyggende tilbud i borgernes nærmiljø, der kan bidrage til at begrænse de sundhedsmæssige konsekvenser af sygdommen.

Regionen har ansvaret for den patientrettede forebyggelsesindsats der foregår i forbindelse med indlæggelse eller behandling på sygehuse og i almen praksis. Opgaven indebærer fx identificering af risikofaktorer, tidlig opsporing, at vurdere patientens behov for



forebyggelsestilbud samt den enkeltes behov for særlig støtte. Regionen har derudover ansvaret for at rådgive kommunerne i forhold til deres samlede forebyggelsesindsats.

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.

### **Arbejdsgruppens konkrete forslag til indsatser**

#### *Forhindre at sygdom opstår:*

- Understøtte den borgerrettede forebyggelse ved at tilbyde velfunderet rådgivning til kommunerne om deres indsats inden for forebyggelse og sundhedsfremme<sup>1</sup>, herunder social ulighed i sundhed. Her kan regionen tage udgangspunkt i viden om de forskelle, der er mellem kommunerne (bl.a. via de nøgletal, der findes i Region Syddanmarks publikation "Kontur" og i Sundhedsprofilen).
- Fokuser på identificering af risikofaktorer samt rådgivning om og støtte til livsstilsforandringer i almen praksis.

#### *Begrænse de sundhedsmæssige konsekvenser, når sygdom opstår:*

- Gennemføre systematisk kronikeromsorg ved fuldt ud at udnytte de nye muligheder, som ligger i den nye overenskomst med de praktiserende læger og sundhedsaftalerne med kommunerne, herunder:
  - Sikre systematisk og koordineret indsats inden for patientrettet forebyggelse på sygehuse i almen praksis<sup>2</sup>,
  - At relevante afdelinger på alle sygehuse tilbyder specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse til patienter med kronisk sygdom
  - At 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
  - At sikre særligt fokus på at kompensere for ulighed i sundhed ved fx at identificere sårbare patienter, bl.a. ved stratificering ud i fra egenomsorgsevne og yde en særlig indsats overfor disse.
  - Styrke patienternes egenomsorgsevne og ansvar for egen sundhed
  - Sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer for kronisk syge, fx ved implementering af patientforløbsprogrammer for hjerte, diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse samt rygområdet.

#### *Tilvejebringe viden/ forskning*

- Understøtte kommunernes muligheder for at løse problemstillingerne omkring forebyggelse af livsstilssygdomme ved at tilvejebringe og sprede viden om håndteringen af denne problematik.
- Sammen med praktiserende læger og kommuner at igangsætte forsøg, der skal belyse, potentialet i forebyggende helbredsundersøgelser bl.a. med fokus på at kompensere for ulighed i sundhed. Målet er at fokusere indsatsen mod den del af befolkningen, der har det største behov – og som måske ikke selv henvender sig til lægen. Indsatsen vil således indebære screening/stratificering af patienter i forhold til risikofaktorer.

---

<sup>1</sup> Jævnfør Sundhedsloven § 119, stk. 3

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

## b. Sundhed og etnicitet

### Baggrund

I det følgende beskrives en række forskelle i sundhed og sygelighed på tværs af etniske undergrupper i samfundet. Beskrivelsen tager hovedsageligt i data fra Region Syddanmarks sundhedsprofilundersøgelse "Hvordan har du det? – 2010", men øvrige datakilder inddrages også. Samtidig beskrives udfordringer knyttet til flygtninge og indvandrere med særligt komplekse sygdomsbilleder og konkrete forslag til indsatsområder på dette område.

### Etniske minoriteters sundhed i følge den regionale sundhedsprofil

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.

Sammenligner man hvordan de enkelte etniske grupper vurderer deres eget helbred og trivsel, ses det tydeligt, 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 % vs. ikke-vestlig 29 %), dårligt mentalt helbred (dansk 10 % vs. ikke-vestlig 23 %), stress/nervøsitet (dansk 12 % vs. ikke-vestlig 34 %) samt smerter og ubehag indenfor de seneste 14 dage (dansk 36 % vs. ikke-vestlig 58 %).

Det samme entydige billede ses i forhold til specifikke sygdomstilstande. Eksempelvis rapporterer borgere med ikke-vestlig baggrund hyppigst om forbigående psykisk lidelse (dansk 11 % vs. ikke-vestlig 26 %), leddegigt (dansk 6 % vs. ikke-vestlig 18 %) og diabetes (dansk 5 % vs. 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 % vs. ikke-vestlig 3 %).

De angivne procentsatser er justeret for alders- og kønsforskelle.

### Etniske minoriteters sundhed beskrevet i øvrige datakilder

Resultaterne fra Region Syddanmarks sundhedsprofilundersøgelse bekræftes af lignende nationale og internationale undersøgelser om etniske minoriteter. Flere af disse undersøgelser har i tillæg undersøgt i hvilket omfang, at de beskrevne forskelle i selv vurderet helbred mellem etniske grupperinger kan forklares af sociale faktorer, såsom uddannelsesniveau og økonomiske forhold. Resultaterne viste her, at sådanne faktorer forklarer en del af forskellene, men dog ikke er i stand til at forklare forskellene fuldt ud. Der er behov for yderligere forskning på dette område, hvor betydningen af individuelle forhold (fx uddannelse, erhverv, alder og økonomi) og forhold som fx miljømæssige omgivelser tages i betragtning på samme tid.

I litteraturen gives en mere detaljeret viden om sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter, end det har været hensigten at tilvejebringe i den regionale sundhedsprofilundersøgelse. En meget væsentlig pointe er, at indvandrere i Danmark ikke udgør en homogen gruppe. Undersøgelser viser, at der er store forskelle i sundhedsvaner, sygdomshyppighed og forbrug af sundhedsvæsenet mellem forskellige indvandregrupper. Eksempelvis viser en ny undersøgelse fra Hjerteforeningen, at oddsene for at blive indlagt med hjertesygdom er næsten tre gange større for personer fra nærøstlige lande sammenlignet med danske

personer. For personer fra fjernøstlige lande, derimod, er indlæggeshyppigheden væsentlig tættere på tallet for danske personer.

Et tilsyneladende paradoks i litteraturen er, at enkelte studier, som benytter sig af registerdata frem for selvrapportering, har vist, at en række etniske minoritetsgrupper gennemsnitligt set lever længere end danskere. Dette på trods af, at de rapporterer om dårligere helbred. Der er en række mulige forklaringer på dette. Først og fremmest synes indvandrere at have et andet sygdomsmønster end flertalsbefolkningen i Danmark. Eksempelvis lider indvandrere i højere grad af visse ikke-dødelige sygdomstilstande, som kan skade livskvaliteten (herunder rygsmerter, gigt og depression) og i mindre grad af dødelige sygdomme såsom kræft. En anden mulig forklaring er, at sammensætningen af forskellige etniske minoritetsgrupper ikke har været den samme i de undersøgelsespopulationer som er blevet undersøgt i studier på området. Endelig fremhæves det i litteraturen som en mulighed, at visse etniske minoritetsgrupper kan tillægge spørgsmål om selvvurderet helbred en anden betydning end tilfældet er for flertallet i den danske population. Dette ville bevirke, at sammenligninger af selvvurderet helbred på tværs af etniske grupperinger kunne være problemfyldte og skulle tolkes varsomt. Der er dog behov for yderligere forskning på området inden der kan træffes endegyldige konklusioner.

### **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 påvirker hinanden indbyrdes. 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. Dette er et område, hvor der især er behov for at sætte ind med politiske initiativer i forhold til en forebyggende indsats.

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 sundhedssystemet
- Det sundhedsfaglige personales begrænsede kompetencer i at håndtere de særlige udfordringer hos gruppen
- At sundhedsvæsenet har en meget specialiseret struktur, som gør det svært at håndtere diffuse og komplekse sygdomsbilleder, hvor diagnosticering er kompleks, og hvor 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.

## **Forslag til indsatser overfor etniske minoriteter med særlige behov**

En stor del af borgere af anden etnisk herkomst, der er særligt udsatte i forhold til sundhedsrisici og sygdom, vil have gavn af de samme indsatser som nævnt i forbindelse med foregående kapitel om ulighed i sundhed generelt i befolkningen. For den ovenfor beskrevne gruppe af etniske minoriteter med særlige behov, bør en yderligere indsats overvejes.

Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital er et eksempel på en indsats overfor indvandrere med særligt komplekse sygdomsbilleder. Klinikken varetager udredning og koordinering i forhold til denne patientgruppe.

### *Tværgående samarbejde*

- Understøtte videndeling på området, bl.a. ved at udbrede erfaringer og viden genereret på Indvandrermedicinsk Klinik på OUH til øvrige sygehuse, praksisser og kommuner i regionen.
- Udvikle det tværsektorielle samarbejde således, at praksis, sygehuse og kommuner tager højde for indvandrere med særlige behov i deres forløbskoordinering/tovholderrolle.

### *Efteruddannelse*

- Tilbyde efteruddannelse af udvalgt personale på sygehusene med henblik på håndtering af de særlige udfordringer i gruppen, herunder f.x kommunikationsbarrieren.

### *Tilvejebringe viden/forskning*

- Men henblik på at understøtte sundhedsvæsenets 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.

## c. Psykiatriens ligestillingsudfordringer – stigmatisering og overdødelighed

### Stigmatisering af personer med en psykisk lidelse

#### Baggrund

Hver anden familie i Region Syddanmark har psykisk sygdom tæt inde på livet, alligevel er psykisk sygdom ikke noget vi taler om. Psykisk sygdom er omgæret af fordomme, tabuer og uvidenhed.

Stigmatisering er et begreb der bruges, når mennesker, eksempelvis på grund af psykisk sygdom, bliver kategoriseret og stemplet på en måde, der fører til diskrimination og dermed ulige behandling af personer med psykisk sygdom. Stigmatisering kan vise sig ved social udstødelse og kan blandt andet få konsekvenser for tilknytningen til arbejdsmarkedet. Stigmatisering kan også betyde, at sygdom bliver senere opsporet og behandlet, fordi man undlader at søge behandling for sin sygdom af frygt for at blive "udstødt".

Stigmatisering af psykisk syge er ikke kun et problem for den ramte person. Det er også et samfundsmæssigt problem. Psykisk sygdom skønnes at koste samfundet mere end 55 mia. kr. årligt, hvoraf de direkte omkostninger kun udgør 10 %<sup>3</sup>. Det vil sige, at hovedparten af omkostningerne ikke skyldes direkte behandling, men derimod eksempelvis førtidspensionering, langvarigt sygefravær og nedsat individuel produktivitet. Samfundet har derfor brug for, at vi bliver bedre til at forebygge, opspore og behandle psykiske lidelser og fastholde mennesker med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet.

I Danmark er der et omfattende offentligt system af regler og krav til mennesker, der er sygemeldte eller uden for arbejdsmarkedet. Dette kan være en stor udfordring for mennesker med psykisk sygdom, der kan have svært ved at overskue og leve op til de regler og krav, der stilles. Samtidig kan manglende kendskab til psykiatriske lidelser blandt jobcentermedarbejdere –og ligeledes manglende kendskab til beskæftigelseslovgivningen blandt medarbejdere i psykiatrien - skabe unødige barrierer for et godt, samlet forløb for et menneske med en psykisk lidelse.

#### Allerede iværksatte initiativer

I perioden 2010-2015 gennemføres den fælles landsdækkende indsats: "Én af os", mod stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom. Indsatsen samler eksisterende og nye initiativer, der har det formål at afstigmatisere mennesker med en psykisk sygdom.

I indsatsen indgår Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, KL, de faglige selskaber, PsykiatriFonden og Det Sociale Netværk, der organiserer bruger- og pårørendeorganisationerne.

Regionalt er der nedsat en styregruppe, der skal varetage ledelsen af de lokale initiativer, og som får de lokale psykiinfo'er (psykiatriske informationscentre) som omdrejningspunkt.

I den fælles landsdækkende indsats er der udpeget en række fokusområder:

- bruger og pårørende,
- personale i sundheds- og socialektoren,
- unge,
- arbejdsmarkedet og medierne og
- den brede offentlighed.

---

<sup>3</sup> <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2010/hvidbog-om-mentalt-helbred-sygefravaer-og-tilbagevenden-til-arbejde#>

## Regionens handlemuligheder

Ved siden af det fælles landsdækkende indsats mod stigmatisering vil der kunne iværksættes initiativer på følgende områder:

### *Kompetenceudvikling og samarbejde mellem psykiatrien og beskæftigelsesområdet*

Fastholdelsen af personer med en psykisk lidelse på arbejdsmarkedet kan forbedres, så personale, der arbejder med psykisk syge, bliver opmærksomme på ikke at stigmatisere og skærme de psykisk syge fra omverdenen. Personalet skal i stedet blive bedre til at se de muligheder, som de psykisk syge kan have på f.eks. arbejdsmarkedet.

Samtidig skal der være fokus på et tæt samarbejde mellem psykiatrien og beskæftigelsesområdet allerede fra den første kontakt med den enkelte borger. Grundlaget for et godt samarbejde, kan bl.a. skabes ved at skabe rum for fælles drøftelser, f.eks. gennem temaeftermiddage, hvor praktiserende læger og jobcentre lokalt drøfter samarbejdet omkring en tidlig indsats overfor sygemeldte med stress, angst og depression.

### *Bruger og pårørendesamarbejde*

Der skal fastholdes et fokus på bruger og pårørendesamarbejdet i eksempelvis Psykiatrisk dialogforum. Men også i det daglige arbejde med patienterne, således at de pårørende klædes på til at hjælpe og leve med en person med psykisk sygdom.

## Arbejdsgruppens anbefalinger i forhold til stigmatisering

At der ud fra de eksisterende erfaringer arbejdes videre med fælles kompetenceudvikling og øget samarbejde mellem regionens psykiatri, kommunernes jobcentre og de praktiserende læger. Indsatsen skal være med til at sikre effektive forløb i jobcentrene og fastholdelse på arbejdsmarkedet.

## Overdødelighed

### Baggrund

Mennesker med en psykisk lidelse lever væsentligt kortere end den øvrige befolkning ifølge nyere fælles skandinavisk forskning. Kvinder med en psykisk lidelse lever i gennemsnit 15 år kortere, og mænd med en psykisk lidelse kan forvente en levetid, der er 20 år kortere. Det er væsentligt kortere end i både Sverige og Finland. 40 pct. af overdødeligheden skyldes selvmord, mens 60 pct. kan tilskrives somatiske årsager.

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 sygdomme<sup>4</sup>. Samtidig har patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, en *øget forekomst af somatisk sygelighed, og de har også somatisk betinget overdødelighed af stort set alle sygdomme*<sup>5</sup>. 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 dødsmande og endog drab. Selvmordsdødeligheden blandt psykisk syge i behandling i hospitalsvæsenet er dog halveret de seneste 20 år ligesom i den øvrige befolkning, men

<sup>4</sup> Breinholt Larsen F. Fysisk sygdom hos psykisk syge. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed 2008.

<sup>5</sup> Nordentoft M. i "Forebyggelse af psykisk sygdomme", Jørgensen et. al., Munksgaard Danmark 2010.

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. I Region Syddanmark er der i det seneste år iværksat flere initiativer for at nedbringe selvmordsdødeligheden blandt både børn og voksne. Det vurderes derfor, at der for nuværende ikke er behov for yderligere initiativer i forhold til selvmordsdødelighed.

Egenomsorgsevnen er ofte nedsat når man har en psykisk lidelse. Det betyder, at man kan have behov for støtte for at være opmærksom på egne somatiske symptomer. Ud fra et mål om at give den enkelte kontrol over sit eget liv, får de sundhedsprofessionelle således et ansvar for, at den enkelte får redskaberne og hjælp til at tage vare på sin egen sundhed, og dermed gøre op med den ulighed i sundhed der i dag er for mange mennesker med en sindslidelse.

### **Allerede iværksatte initiativer**

Der har vist sig et 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) er iværksat en kortlægning af samarbejdet mellem kommuner, regioner og de praktiserende læger. 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.

Indsatsen kan være aftaler mellem sygehusafdelinger om håndtering af denne type dobbeltdiagnoser, øget kommunal fokus på, hvordan indsatsen for at forebygge og behandle livsstilssygdomme hos borgere med en psykisk lidelse kan styrkes, ved at tænke på tværs af forvaltningerne. Hos de praktiserende læger kan man arbejde med øget brug af forebyggelsessamtaler overfor patienter med denne type dobbeltdiagnoser.

### **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, og der bliver et fælles fokus på det enkelte menneskes mentale og fysiske sundhed. Det er vigtigt, at en af parterne har ansvaret for at koordinere hele forløbet, evt. har en case-managerfunktion, som eksempelvis bruges i forbindelse med komplicerede forløb på nogle somatiske sygehuse, jf. eksemplet nedenfor.

#### *Viden og kompetenceløft omkring somatiske og psykiske lidelser*

Det er fælles for region og kommuner, at der er behov for at medarbejderne har konkret viden om udbredelsen af samtidig psykisk og somatisk sygdom og kan handle ud fra denne viden. Der er allerede i dag sket et kompetenceløft, da der er etableret en række specialfunktioner på både permanent basis og forsøgsbasis blandt sundhedspersonalet i psykiatrien og somatikken i Danmark.

En række af de specialfunktioner har det til fælles, at de har fokus på patientens øvrige lidelser og udfordringer, når patienten er i et specialiseret behandlingstilbud i psykiatrien eller i somatikken. Dermed sikrer de, at der bliver taget hånd om hele menneskets fysiske og mentale helbredsmæssige tilstand. Som tidligere beskrevet er en del af problemet for

mennesker med en psykisk lidelse netop, at de ikke får tilstrækkelig somatisk behandling. Der findes flere eksempler på sådanne funktioner:

- **Psykiatricenter København.** Her har man i en periode haft en sygeplejerske ansat til at gennemføre løbende helbredsundersøgelser af de patienter, man har i behandling. Patienterne følges løbende, og der følges op overfor det øvrige personale, som behandler den psykiske lidelse.
- **Case manager funktion** som eksempelvis bruges i forbindelse med komplicerede forløb på nogle somatiske sygehuse. Case manageren er i en afgrænset periode tilknyttet udvalgte patienter og overvåger patientens behandling samtidig med, at viden om behandlingen udbredes til andre relevante ansatte i sundhedsvæsenet. Case manageren skal ligeledes sikre, at der i patientforløbet tages hensyn til andre lidelser og psykosociale behov. Endeligt skal case manageren informere og guide patienter og pårørende <sup>6</sup>.

### **Arbejdsgruppens anbefalinger i forhold til overdødelighed**

At der laves konkrete aftaler omkring samarbejdet mellem somatik og psykiatri for patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom. Det anbefales at der laves en audit omkring patientforløb for patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom. Med udgangspunkt i denne audit i værksættes relevante initiativer, herunder samarbejdsaftaler mellem somatik og psykiatri.

At medarbejdere i eksempelvis opsøgende psykose teams, i et tæt samarbejde med kommunernes socialpsykiatri og praktiserende læge, har et vedvarende fokus på den somatiske helbredstilstand.

At de praktiserende læger, der er eksperter i at behandle livsstilssygdomme, inddrages yderligere. De praktiserende læger har stor erfaring med behandling af livsstilssygdomme. Derfor er der et behov for at undersøge og bruge de muligheder, der er i de nye overenskomster på almenlægeområdet, for at de praktiserende læger eksempelvis får en mere opsøgende rolle i forhold til de mennesker, der er hårdest ramt af samtidig psykisk og somatisk sygdom.

---

<sup>6</sup> Wulff C. et al. "Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter" Ugeskrift for læger 172/10, 8. marts 2010.



# Uddannelsesudfordringen

## Uddannelse, køn og etnicitet

### Baggrund

Der er stor forskel på uddannelsesniveaet i regionen på tværs af blandt andet køn, etnicitet og social baggrund. Der er også stor forskel på hvilke typer af uddannelse henholdsvis drenge og piger vælger. Endelig er der stor forskel på tilgængeligheden til uddannelser rundt i regionen, hvor man i nogle områder af regionen oplever store afstande til den ønskede uddannelse.

I det følgende beskrives de væsentligste forskelle indenfor forskellige variable, inden der afsluttes med en række korte forslag til anbefalinger, som arbejdsgruppen kan anbefale regionsrådet, at der arbejdes videre med.

### Kønsforskelle

Af tabel 1 fremgår det, at drengene i mindre omfang end pigerne gennemfører henholdsvis en ungdomsuddannelse og en videregående uddannelse. Der er især markant færre drenge end piger der gennemfører en videregående uddannelse. En forklaring kan være, at pigerne i større omfang end drengene er tiltrukket af de videregående velfærdsuddannelser end drengene, der derimod i større grad gennemfører en erhvervsuddannelse, der er erhvervskompetencegivende.

Tabel 1: Andel af årgange der starter på en ungdomsuddannelse i 1990-2009 som forventes at have gennemført en ungdomsuddannelse og videregående uddannelse 25 år efter 9. klasse fordelt på køn. De angivne tal er i procent.

		1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Med videregående uddannelse	Drenge	32,40	37,70	39,70	41,10	39,40	38,30	37,50	41,00
	Piger	38,40	46,40	52,60	56,40	56,80	56,20	53,80	55,40
	Total	35,40	42,00	46,10	48,60	48,00	47,10	45,40	48,10
Med ungdomsuddannelse	Drenge	72,90	81,60	81,70	78,70	77,20	77,40	78,50	81,90
	Piger	80,10	83,20	86,30	84,70	84,20	84,50	84,50	85,90
	Total	76,50	82,40	84,00	81,60	80,60	80,90	81,40	83,90
Uden ungdomsuddannelse	Drenge	27,10	18,40	18,30	21,30	22,80	22,60	21,50	18,10
	Piger	19,90	16,80	13,70	15,30	15,80	15,50	15,50	14,10
	Total	23,50	17,60	16,00	18,40	19,40	19,10	18,60	16,10

Kilde: Undervisningsministeriet

### Etnicitet

Af tabel 2 fremgår det, at borgere med udenlandsk herkomst i mindre grad end borgere med dansk herkomst forventes at gennemføre en ungdomsuddannelse. Derimod er der nu en forventning om, at flere med udenlandsk herkomst gennemfører en videregående uddannelse, ift. borgere med dansk herkomst.

Tabel 2: Andel af årgange der starter på en ungdomsuddannelse i 1990-2009 som forventes at have gennemført en ungdomsuddannelse og videregående uddannelse 25 år efter 9. klasse fordelt på herkomst. De angivne tal er i procent.

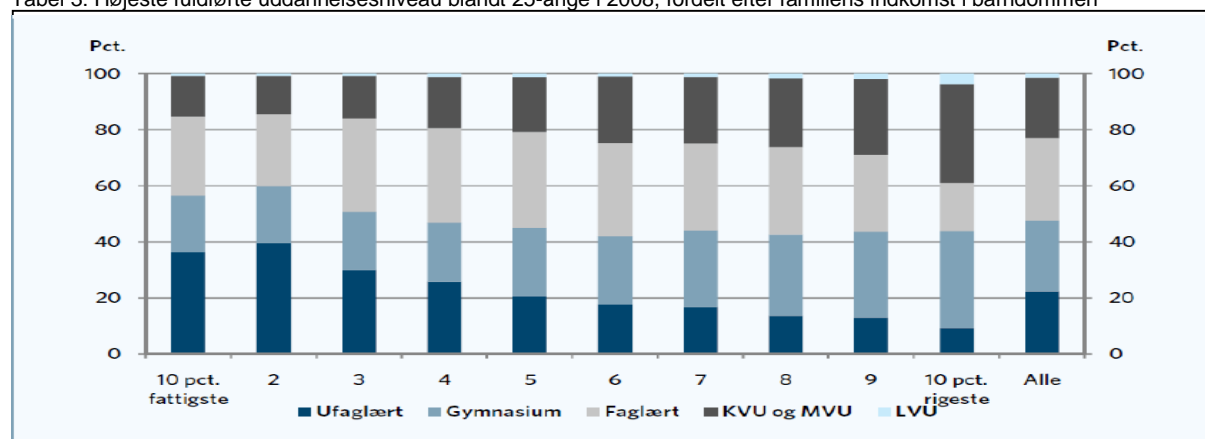
		1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Med videregående uddannelse	Dansk herkomst	35,50	42,40	46,70	49,30	48,60	47,20	45,20	48,00
	Udenlandsk herkomst	28,40	33,30	36,50	40,00	41,80	45,50	47,50	49,50
	Total	35,40	42,00	46,10	48,60	48,00	47,10	45,40	48,10
Med ungdomsuddannelseskompetence	Dansk herkomst	76,70	83,30	84,80	82,70	81,90	81,70	82,00	84,60
	Udenlandsk herkomst	57,80	58,90	72,20	68,90	67,70	70,90	75,10	76,40
	Total	76,50	82,40	84,00	81,60	80,60	80,90	81,40	83,90
Uden ungdomsuddannelseskompetence	Dansk herkomst	23,30	16,70	15,20	17,30	18,10	18,30	18,00	15,40
	Udenlandsk herkomst	42,20	41,10	27,80	31,10	32,30	29,10	24,90	23,60
	Total	23,50	17,60	16,00	18,40	19,40	19,10	18,60	16,10

Kilde: Undervisningsministeriet

### Social baggrund

Af tabel 3 fremgår det, at der overordnet set er en stor forskel på en borgers højest fuldførte uddannelsesniveau. Hos de, hvis forældre var blandt de 20 % fattigste, er der op mod 40 % som er ufaglærte. Blandt de, hvis forældre var de 20 % rigeste, er der op mod 40 %, der allerede som 25 årig har gennemført en videregående uddannelse, mod kun ca. 17 % hos dem, hvis forældre var blandt de fattigste.

Tabel 3: Højeste fuldførte uddannelsesniveau blandt 25-årige i 2008, fordelt efter familiens indkomst i barndommen



Kilde: Arbejderbevægelsens erhvervsråd på baggrund af Lovmodellens datagrundlag

## Afstand til uddannelse

Danske Regioner har lavet en analyse, der kortlægger afstanden til en ungdomsuddannelses betydning ift. gennemførelse af en ungdomsuddannelse.

### Analysens hovedpointer:

- Nye tal viser, at transportafstand har betydning for, om unge får en ungdomsuddannelse
- Det er især på erhvervsuddannelserne, at der er en udfordring. Her har eleverne længst til deres uddannelsesinstitutioner og størst frafald. Konkret er der gennemsnitligt næsten dobbelt så langt til erhvervsuddannelser som til gymnasier i de kommuner, der har de laveste gennemførelsesprocenter.
- Øget centralisering af uddannelser vil påvirke unges adgang til ungdomsuddannelse.

Nye tal fra Danske Regioner viser, at de kommuner, der har de laveste andele af en ungdomsårgang, der gennemfører en ungdomsuddannelse, samtidig er kommuner, hvor de unge i gennemsnit har længst til deres uddannelse. I de 24 kommuner, hvor andelen af unge, der har eller er i gang med en ungdomsuddannelse, er lavest, har de unge i gennemsnit 18,7 km. til deres ungdomsuddannelse. Det er mere end 50 % længere end de 24 kommuner, hvor flest opnår en ungdomsuddannelse (se tabel 1). Her har de unge i gennemsnit 11,8 km til deres ungdomsuddannelse.

Tabel 1: Gennemsnitlig afstand til ungdomsuddannelserne rangeret efter andele af unge i kommunerne, der har eller er i gang med en ungdomsuddannelse.

Kommuner rangeret efter andel 15-19 årige med eller i gang med en ungdomsuddannelse	Gennemsnitlig transportafstand (km én vej)
1.-24. kommune (højest andel af unge med eller i gang med ungdomsuddannelse)	11,8
25.-49. kommune	12,0
50.-74. kommune	13,6
75.-98. kommune (lavest andel af unge med eller i gang med ungdomsuddannelse)	18,7

Kilde: Transportvaneundersøgelsen (DTU), Danmarks statistik og Danske Regioner

## Hvad har regionsrådet allerede gjort?

Regionsrådet har indenfor det seneste år støttet projekter, der adresserer nogle af de nævnte udfordringer.

### Blandt andet har regionsrådet støttet følgende projekter:

Projektet "Anvendelsesorienteret Undervisning" består bl.a. af et delprojekt målrettet undervisningsmetoder til drenge.

Projektet "Parallel Pædagogik" har udviklet et pædagogisk koncept for parallelundervisning, hvor to klasselokaler er koblet sammen via video, men med kun én underviser. Det kan være med til at sikre undervisning i områder af regionen med langt til uddannelsesinstitutioner.

Projektet "Undervisnings i bevægelse", hvor der skal udvikles et særligt tilbud, til gruppen af unge mænd i alderen 18-30 år, der ikke har gennemført grundskolen. Tilbuddet skal have en særlig trænings- og anvendelsesorienteret profil, hvor der inddrages pædagogiske metoder fra Politiet, Beredskabsstyrelsen og Forsvaret. Det tilsigtes, at klassen består af mandlige kursister, og at undervisningen foretages af mandlige undervisere.

## Regionens handlemuligheder/anbefalinger

Arbejdsgruppen om ligestilling anbefaler, at regionsrådet, udover de allerede gennemførte tiltag arbejder med udfordringerne ift. ligestilling på uddannelsesområdet med udgangspunkt i regionsrådets Regionale UdviklingsPlan, herunder særligt den nye uddannelsesstrategi, der skal vedtages i regionsrådet ultimo 2011.

Arbejdsgruppen anbefaler, at regionsrådet i forbindelse med den kommende uddannelsesstrategi fokuserer på:

- At få flere drenge til at gennemføre en ungdomsuddannelse
- At få flere drenge til at gennemføre en videregående uddannelse, både tekniske, naturvidenskabelige og sundhedsfaglige,
- At arbejde videre med udviklingen af Syddanmark som Science Region og støtte tiltag og projekter, da det forventes at styrke særligt drengenes lyst til at tage en ungdoms- og videregående uddannelse, særligt inden for de tekniske og naturvidenskabelige områder, men også inden for det sundhedsfaglige område.
- At sikre mindst mulig afstand til ungdomsuddannelserne, hvilket blandt andet kan ske ved, at arbejde med Campus og kollegier

Det er ikke problemstillinger, som regionsrådet kan løse alene, men regionsrådet kan understøtte arbejdet med analytisk baggrundsmateriale og midler fra regionsrådets uddannelsespulje, hvor regionsrådet kan prioritere projekter, der målrettet får flere drenge til at gennemføre ungdoms- og videregående uddannelser.

Region Syddanmark har i 2009 etableret Syddansk Uddannelsesaftale, hvor alle relevante parter på uddannelsesområdet i Syddanmark er repræsenteret og derfor det relevante sted at adressere de nævnte fokusområder.

Regionsrådet kan desuden forsøge at påvirke samarbejdsparter, fx via medlemskab af bestyrelser på blandt andet University Colleges og andre uddannelsesinstitutioner, til at have fokus på at tiltrække og fastholde drenge/mænd til uddannelserne.

## Regionen som arbejdsplads

### Mangfoldighed og ligestilling

I Region Syddanmark anerkendes vigtigheden af mangfoldighed. I regionens personalepolitik er denne anerkendelse formuleret således:

”Region Syddanmark skal være en organisation med stor mangfoldighed, hvor det anderledes er en kilde til inspiration og kreativitet i opgaveløsningen”.

Et positivt syn på mangfoldighed handler om at se forskelle som en styrke og aktiv ressource. Det handler om, hvordan vi kan anvende forskellighed positivt - i en sammenhæng, hvor den enkelte får mulighed for at skabe værdi og bidrage med sine særlige kompetencer, værdier, ideer og ressourcer, som igen kan bidrage til anderledes vinkler på løsninger i en forretningsmæssig sammenhæng til gavn for regionens arbejde.

Arbejdsgruppen om ligestilling ønsker at sætte politisk fokus på mangfoldigheden i Region Syddanmark som arbejdsplads i forhold til handicap, etnicitet og køn og samtidig give forslag til mulige initiativer til at understøtte målet om, at Region Syddanmark skal være en arbejdsplads med stor mangfoldighed. Arbejdsgruppen anerkender i den forbindelse, at MED-systemet i Region Syddanmark er en vigtig aktør i forhold til det personalemæssige område. Derfor anbefaler arbejdsgruppen om ligestilling, at arbejdet med mangfoldighed og ligestilling i Region Syddanmark som arbejdsplads efterfølgende overgår til Hovedudvalget.

### Handicap - baggrund

Begrebet ”handicap” har ændret sig fra at være et medicinsk begreb til et relationelt begreb<sup>7</sup>. Det betyder, at der er tale om et handicap, hvis en person har en funktionsbegrænsning (enten fysisk eller psykisk), som medfører, at der er ting, personen ikke kan gøre. Det er med andre ord en forudsætning for at have et handicap, at personen påvirkes socialt eller arbejds-mæssigt af sin funktionsnedsættelse.

Blandt andet på grund af denne meget subjektive definition kan man ikke registrere mennesker med handicap i og udenfor arbejdsmarkedet. Derimod har Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) udarbejdet en rapport ”Handicap og beskæftigelse - udviklingen mellem 2002 og 2010”, som baserer sig på folks egen opfattelse af, om de har et handicap<sup>8</sup>.

Tabellen nedenfor viser andelen af personer med og uden handicap og andelen af beskæftigede inden for begge grupper:

Tal for 2010	Uden handicap	Med handicap
Befolkningen (16-64 år)	84,1 pct.	15,9 pct.
Andel i beskæftigelse	77,3 pct.	46,6 pct.

Kilde: ”Handicap og beskæftigelse – udviklingen mellem 2002 og 2010”, SFI 2011.

Ifølge SFI-rapporten er 23 pct. af de 46,6 pct. beskæftigede med handicap ansat på særlige vilkår (heraf 73,7 pct. i fleksjob), mens de øvrige er ansat på almindelige vilkår. Pr. 1. februar 2011 var der 27.325 personer ansat i Region Syddanmark, herunder 1,5 pct. i fleksjob, men hvor mange medarbejdere i Region Syddanmark, der har et handicap og er ansat på almindelige vilkår, findes der ingen tal for.

Udgangspunktet må derfor tages i tallene fra SFI-rapporten, der netop viser, at markant færre personer med handicap er i beskæftigelse end personer uden handicap. Det er dog ikke ensbetydende med, at målet skal være, at andelen af handicappede i beskæftigelse skal

<sup>7</sup> Defineret af World Health Organisation (2001)

<sup>8</sup> Heri indgår både større og mindre handicap samt længerevarende helbredsproblemer

matche andelen af beskæftigede uden handicap, men det giver en indikation om, at hvis man ønsker stor mangfoldighed i Region Syddanmark som arbejdsplads, kan der arbejdes på at tiltrække flere medarbejdere med handicap, både til ansættelse i fleksjob og på almindelige vilkår.

#### *Center for kommunikation og hjælpemidler*

Center for Kommunikation og hjælpemidler i Region Syddanmark er et eksempel på, hvordan arbejdet med mangfoldighed i forhold til handicap kan udmønte sig. Grundholdningen på centret er, at begrænsningerne er underordnet det enkelte menneskes ressourcer både på det faglige og personlige plan. Dette gælder i høj grad for egne medarbejdere – alt kan lade sig gøre og løsninger skabes sammen.

Medarbejderen får arbejdsvilkår, der sikrer, at vedkommende stadig kan udnytte sine kompetencer og arbejdspladsen vinder ved den øgede forståelse og får ofte en øjenåbner på, hvordan arbejdslivet også kan skrues sammen uden at nedsætte "produktiviteten". For selv om det er etisk og moralsk vigtigt at få folk med handicap i arbejde, viser undersøgelser fra blandt andet ISS<sup>9</sup>, at det kan være en god forretning og en stor gevinst at have en mangfoldig sammensætning af medarbejdere.

#### **Handicap - Handlemuligheder**

For at tiltrække flere medarbejdere med handicap til Region Syddanmark som arbejdsplads, kan der foreslås følgende initiativer:

- Øget fokus på ressourcer og kompetencer i stillingsopslag, og herunder synliggørelse af at Region Syddanmark også opfordrer personer med handicap til at søge stillingerne
- Der kan arbejdes med "oplysning" blandt medarbejderne for at skabe det bedst mulige grundlag for rekruttering og fastholdelse af en handicappet kollega – se fordele frem for ulemper. Erfaringerne fra Center for kommunikation og hjælpemidler kan inddrages her
- At det undersøges nærmere, hvad Region Syddanmark kan gøre for mere aktivt at tiltrække medarbejdere med handicap og være en attraktiv arbejdsplads for denne gruppe

#### **Etnicitet – baggrund**

I trepartsaftalen 2007 blev det aftalt, at alle kommuner og regioner skal opstille måltal for, hvor stor en andel af medarbejderne i regionen, der skal være indvandrere eller efterkommere med ikke-vestlig baggrund. Det blev i den forbindelse foreslået, at måltallene for indvandrere/efterkommeres andel af ansatte i videst muligt omfang skal afspejle den regionale arbejdsstyrke- og jobsammensætning.

Andelen af indvandrere og efterkommere med ikke-vestlig baggrund i arbejdsstyrken, der er bosat i Region Syddanmarks geografiske område er 3,9 pct. (nov. 2010), men andelen af ansatte med indvandrer-/efterkommerbaggrund i Region Syddanmark er 3,1 pct.

På den baggrund kan der arbejdes på at tiltrække flere medarbejdere med indvandrer-/efterkommerbaggrund til Region Syddanmark, så andelen af medarbejdere med denne baggrund i højere grad afspejler de 3,9 pct. af arbejdsstyrken, der er bosat i Region Syddanmarks geografiske område.

#### **Etnicitet - handlemuligheder**

Arbejdsgruppen om ligestilling anbefaler derfor, at der følges op på forslaget om, at andelen af ansatte med indvandrer-/efterkommerbaggrund i videst muligt omfang skal afspejle den regionale arbejdsstyrke og at det undersøges, hvilke initiativer der kan iværksættes, for at tiltrække flere medarbejdere med indvandrer-/efterkommerbaggrund.

---

<sup>9</sup> Se rapporten "Mangfoldighed giver millioner på bundlinjen i ISS" fra 2011

## Køn

I Region Syddanmarks geografiske område fordeler andelen af beskæftigede sig med 47,4 pct. kvinder og 52,6 pct. mænd<sup>10</sup>. Ser man på den kønsmæssige sammensætning af medarbejdere i Region Syddanmark, er der især to ting, der er værd at hæfte sig ved:

- 81,3 pct. af medarbejderne i Region Syddanmark er kvinder
- 67,5 pct. af ledelsen i Region Syddanmark er kvinder, men i administrative lederstillinger er tallet 32,3 pct.

Tallene viser, at Region Syddanmark i dag i høj grad er en kvindearbejdsplads, mens der til gengæld er en underrepræsentation af kvinder i administrative lederstillinger. I det følgende beskrives kort, hvad denne skævdeling kan skyldes og hvilke mulige initiativer, der kan iværksættes, for at arbejde hen imod en højere grad af kønsmæssig mangfoldighed og ligestilling i Region Syddanmark.

### *Mænd i omsorgsfag - baggrund*

Danmark har et meget kønsopdelt arbejdsmarked og ser man på de klassiske velfærdsuddannelser som lærer, pædagog og sygeplejerske har de traditionelt været kendetegnet ved en overrepræsentation af kvindelige studerende. De seneste ansøgertal fra undervisningsministeriet bekræfter dette, eksempelvis er kun 19 % af ansøgerne til de sundhedsfaglige mellemlange uddannelser mænd (der er dog tale om en stigning i forhold til tidligere år). I forhold til erhvervsuddannelserne inden for sundhed, omsorg og pleje området – eksempelvis sosu uddannelserne, udgør mænd på landsplan kun 12 % af antallet af ansøgere.

Dette afspejler sig også i Region Syddanmark som arbejdsplads, hvor størstedelen af de ansatte inden for omsorgs- og velfærdsfærdsområdet er kvinder. Region Syddanmark har derfor en interesse i at tiltrække flere mænd til dette område, dels for at arbejde mod en højere grad af kønsmæssig mangfoldighed blandt medarbejderne, og dels for at arbejde mod et bredere rekrutteringsgrundlag som modstykke til den faldende arbejdsstyrke og den voksende gruppe af ældre og plejekrævende.

### *Handlemuligheder*

På nationalt plan har Minister for ligestilling iværksat to kampagner: "Fremtiden er din" og "Skift job, ikke køn" som begge har til formål at bryde med det kønsopdelte uddannelsessystem og arbejdsmarked.

I Region Syddanmark er udfordringen, at regionen har ret begrænsede muligheder for at påvirke, hvilken uddannelse folk vælger. Regionsrådet kan dog forsøge at påvirke samarbejdsparter, fx via medlemskab af bestyrelser på blandt andet uddannelsesinstitutioner, til at have fokus på at tiltrække og fastholde mænd til omsorgs- og velfærdsuddannelserne.

Ved rekruttering til omsorgs- og velfærdsjob i Region Syddanmark kan fokus øges på, hvordan stillingsannoncer og jobindhold målrettes, så de tiltrækker flere mænd, og om der på de pt. kvindedominerede arbejdspladser kan iværksættes initiativer, som gør det til et mere attraktivt sted for mændene at arbejde, eksempelvis etablering af mandlige netværk.

### *Kvinder i ledelse*

Som det ses af tallene ovenfor, er der også en kønsmæssig skævdeling i ledelsen i Region Syddanmark. Samlet set er der en overvægt af kvindelige ledere i Region Syddanmark (67,5 pct.), men skelnes der mellem den faglige/administrative ledelse på sygehuse og institutioner og den administrative ledelse (primært regionshuset), ses det, at kvinderne er

<sup>10</sup> Tal fra Danmarks Statistik 2010

underrepræsenteret i den administrative ledelse (32,3 pct.). Derfor vil derfor være behov for især initiativer rettet mod at få flere kvinder i den administrative ledelse.

Undersøgelser viser, at der eksisterer en række barrierer for kvindelige ledere, som kan være svære at bryde med. Barriererne kan både ligge i selve organisationskulturen, som kan være mere befordrende for mandlige end kvindelige ledere, men barriererne kan også ligge hos kvinderne selv og deres interesse i og tro på muligheden for en lederkarriere, som ofte skal kunne kombineres med et familieliv.

Ligestillingsafdelingen under Minister for ligestilling har udarbejdet et "Charter for flere kvinder i ledelse", som man kan vælge at tiltræde og derved forpligte sig på en række forskellige punkter, for derved at sikre flere kvinder i ledelse. Arbejdsgruppen om ligestilling vil ikke anbefale, at charteret tiltrædes, men at der i stedet hentes inspiration fra charteret.

#### *Handlemuligheder*

Med det formål at sikre højere grad af mangfoldighed og kønsmæssig ligestilling i den administrative ledelse i Region Syddanmark, foreslås følgende initiativer, som Hovedudvalget kan have fokus på, i det videre arbejde:

- Netværk for kvindelige ledere og ledertalenter
- Mentorordning for kvindelige ledertalenter
- At det undersøges, hvilke barrierer der kan være for kvindelige ledere i den administrative ledelse i Region Syddanmark og hvilke initiativer, der kan igangsættes i forlængelse heraf



## Almen lægepraksis

Det er et regionalt ansvar at sikre, at alle borgere i regionen kan være tilmeldt en praktiserende læge. Derfor behandles emnet om rekrutteringsmulighederne for almen praksis i sammenhæng med emnet om regionen som arbejdsplads.

I dag er ca. 30% af de praktiserende læger kvinder, og det forventes, at denne andel vil øges til ca. to tredjedele i løbet af det næste tiår. Således er 65% af de nystartede studerende på medicinstudiet i dag kvinder. I 2018 forventes der flere kvindelige læger end mandlige.

Region Syddanmark oplever i disse år visse lægedækningsmæssige udfordringer, idet det overordnet forventes, at udbuddet af nye læger ikke kan følge med ophøret af ældre læger. Halvdelen af de praktiserende læger i regionen er 55 år og derover, og en fjerdedel af lægerne er 60 år og derover. Samtidig er der allerede en del (ufrivilligt) ledige stillinger i praksis. Dertil kommer, at halvdelen af praksis er solopraksis, hvilket typisk ikke er en efterspurgt praksisform blandt nyuddannede, unge læger. I Region Syddanmark opleves særligt lægedækningsmæssige udfordringer Syd- og Vestpå.

På denne baggrund må konkluderes, at regionen har brug for alle gode kræfter blandt de praktiserende læger de kommende år for at sikre lægedækningen. Dvs. brug for, at nyuddannede almenmedicinere nedsætter sig i almen praksis og ikke søger ansættelse i andre regioner, at de ældre læger nogle ekstra år i praksis bliver samt at så mange læger som muligt arbejder på fuld tid og med et patientantal, der mindst svarer til normtallet på 1600 patienter pr. fuldtidslæge.

Flere af disse behov matches ikke af særligt de yngre kvindelige lægers ønsker til deres praksisliv. De kvindelige praktiserende læger adskiller sig generelt fra de mandlige ved i højere grad at ønske nedsat arbejdstid. Og med flere og flere kvindelige praktiserende læger må dermed forventes flere læger med ønske om nedsat arbejdstid. Dette harmonerer dårligt med de udfordringer, regionen oplever på lægedækningsfronten.

I en tid med lægemangel har regionen brug for, at lægerne arbejder på fuld tid – men der er også brug for kvinderne, og at de vælger almen praksis (i modsætning til at søge ansættelse i f.eks. sygehusregi).

### Regionens handlemuligheder

På baggrund af udfordringen i lægedækningen anbefaler arbejdsgruppen om ligestilling, at der accepteres særlige arbejdsvilkår for lægerne i i hvert fald en periode af deres arbejdsliv i de områder, hvor lægemanglen er størst. Dels for at "holde på" de nyuddannede læger i almen praksis, dels for at motivere lægerne til at nedsætte sig i de rekrutteringstruede områder i regionen.

For at skabe bedre vilkår for speciallæger i almen medicin ift. nedsættelse i praksis og ift. et fleksibelt arbejds- og praksisliv kan der iværksættes forskellige initiativer, eksempelvis støtte til praksisopstart og særlige muligheder for nedsat arbejdstid i en periode, hvor lægen har små børn.

Derudover forventes det, at den nye overenskomst på almenlægeområdet kan imødekomme nogle af især de kvindelige lægers ønsker. Det gælder f.eks. nye muligheder for at være ansat læge i praksis (frem for kompagnon) samt muligheden for at have et ydernummer på licens, dvs. arbejde i et ydernummer på normale vilkår med uden at købe sig ind i en praksis.



## Opfølgning

