

Tværasektorielt Samarbejde

Ulighed i sundhed

December 2020



Region Syddanmark

Indholdsfortegnelse

1	Formål	3
2	Resume	3
3	Strategiske indsatsområder	3
	3.1 Budget 2021 og Sundhedsplanen	3
	3.2 Sundhedsaftalen 2019-2023	3
	3.3 Fremtidens Syddanmark	4
	3.4 Psykiatriplanen 2020-2024	4
	3.5 Fødeplan	4
	3.6 Socialområdets udviklingsplaner	4
	3.7 Region Syddanmarks forskningspulje for Fri og Strategisk Forskning	4
	3.8 Udsatteråd	4
	3.9 Politik for frivillighed og medborgerskab	4
	3.10 Rammepapir for arbejdsmarkedstilknytning for borgere med kronisk sygdom	4
	3.11 Rammepapir for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	4
4	Fakta og evidens om ulighed i sundhed	5
	4.1 Ulighed i sundhed i Danmark	6
	4.2 Hovedkonklusionen er, at der er ulighed på stort set alle indikatorer	6
	4.3 Ulighed i sundhed i Region Syddanmark	7
5	Anbefalinger i arbejdet med lighed i sundhed	7
6	Indsatser i Region Syddanmark	8
	6.1 Børns tidlige udvikling og uddannelse	8
	6.2 Arbejdsliv, indkomst, miljø og sundhedsadfærd	9
	6.3 Sundhedsvæsen, socialt arbejde og rehabilitering	9
	6.3.1 Borgerens møde med sundhedsvæsenet	9
	6.3.2 Sundhedsvæsenets møde med borgeren	10
	6.3.3 Indsatser målrettet geografisk ulighed	10
7	Det videre arbejde	11
8	Årlig afrapportering	12

1 Formål

Formålet med dette notat er, at give et indblik i, hvad ulighed i sundhed er, og hvordan det kommer til udtryk i Danmark og i Region Syddanmark. Yderligere giver notatet indsigt i regionens arbejde med at fremme lighed i sundhed både på strategisk niveau og konkret på regionens sygehuse, socialområdet samt på praksisområdet.

Materialet er udarbejdet med udgangspunkt i den nyeste viden fra Sundhedsstyrelsens seneste [udgivelser](#) om social ulighed i sundhed. Udover dette notat, har Danske Regioner udarbejdet en [statuspublikation](#), der bidrager yderligere til viden om ulighed i sundhed samt viden om indsatser i regionerne.

2 Resume

I Region Syddanmark har ulighed i sundhed stor bevågenhed, og der er derfor fokus på emnet i en række igangværende strategier og planer.

Den seneste rapport fra Sundhedsstyrelsen viser, at der fortsat eksisterer ulighed i sundhed i det danske samfund, hvor personer med kort uddannelse eksempelvis i højere grad er multisyge, oplever flere forebyggelige indlæggelser og bliver ramt af kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) samt følgerne heraf sammenlignet med personer med højere uddannelsesniveauer. Derudover viser rapporten, at uligheden i sundhed på mange parametre er steget inden for de seneste år.

Tal fra Sundhedsprofilen 2017 og Sundhedens Geografi viser, at der også i Region Syddanmark er ulighed i sundhed, hvor borgere med lavt uddannelsesniveau bl.a. lever mere usundt, trives dårligere (både mentalt og fysisk) og er mere syge end højtuddannede borgere.

Med afsæt i Sundhedsplanen 2019 er der udarbejdet en kortlægning af sygehusenes (somatik og psykiatri), socialområdets og praksisområdets indsatser i arbejdet med at reducere ulighed i sundhed. Kortlægningen kan danne grundlag for det videre arbejde med at fremme lighed i sundhed.

Kortlægningen viser, at der er i regionen er en bred række af indsatser, der kan medvirke til at fremme lighed i sundhed samtidig med at reducere konsekvenserne af ulighed for udsatte målgrupper.

3 Strategiske indsatsområder

Ulighed i sundhed har stor bevågenhed i Region Syddanmark, hvor der er fokus på emnet i følgende igangværende strategier og planer:

3.1 Budget 2021 og Sundhedsplanen: Lighed i sundhed skal løftes og indgår derfor implicit i flere af indsatsområderne i budget 2021 – eksempelvis vedrørende multisygdom, børn og unge samt psykiatrien. Særligt kan nævnes udbredelsen af socialsygeplejersker til alle regionens sygehuse, somatiske såvel som psykiatriske.

3.2 Sundhedsaftalen 2019-2023: Her er lighed i sundhed en del af den overordnede vision om, at "Vi samarbejder om at skabe lighed i sundhed og udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen".

3.3 Fremtidens Syddanmark: Region Syddanmark skal bidrage til FN's verdensmål, hvor mål 10 er "Mindre ulighed i sundhed". Dette danner rammen for den nye, regionale udviklingsstrategi, "Fremtidens Syddanmark". Her er det i strategisporet, "Sunde Levevilkår", et regionalt delmål at styrke sunde levevilkår gennem viden om lokale og socioøkonomiske forskelle ved bl.a. at udfolde de muligheder, som Sundhedens Geografi rummer for at undersøge forskelle i sygdom, sundhed og sundhedsadfærd.

3.4 Psykiatriplanen 2020-2024: Her anbefales en række indsatser for at skabe mere lighed i sundhed for de psykiatriske brugere, herunder ved, at Region Syddanmark bliver bedre til at forebygge og behandle fysisk sygdom hos mennesker med psykisk sygdom, ligesom indsatsen for dobbelt diagnosticerede (psykisk sygdom og misbrug) skal styrkes.

3.5 Fødeplan: Regionens fødeplan indeholder grundlæggende elementer, som er med til at bidrage til lighed i sundhed. Svangeromsorgen i Region Syddanmark har et grundlæggende fokus på at tilbyde den gravide det forløb, som bidrager til, at kvinden og barnet får den bedst mulige start. Dette ud fra både fysiske, psykiske og sociale behov hos familien. I fødeplanen er bl.a. beskrevet, at der skal være et særligt fokus på ammevejledningen til unge mødre, mødre med kort skolegang og med løs tilknytning til arbejdsmarkedet.

3.6 Socialområdets udviklingsplaner: Heri indgår et strategisk fokus på lighed i sundhed. Der er etableret et videns team, der skal understøtte indsatser for at fremme sundhed hos borgerne på de sociale botilbud.

3.7 Region Syddanmarks forskningspulje for Fri og Strategisk Forskning prioriterer projekter med fokus på lighed i sundhed, så der er allerede forskningsmæssigt fokus på området.

3.8 Udsatteråd: Region Syddanmark har nedsat et udsatteråd, der har til formål at være de udsattes stemme i politiske beslutninger i regionen. Rådet har første møde i december 2020.

3.9 Politik for frivillighed og medborgerskab: På hver sygehusenhed er ansat en frivilligkoordinator, der skal styrke samarbejdet med de frivillige. En af politikens hovedprincipper er, at frivillighed bidrager til lighed i sundhed. Ambitionen er at sørge for, at borgere i en sårbar situation bliver mødt af en frivillig indsats, som ikke blot tager udgangspunkt i deres diagnose, men også matcher deres livssituation.

3.10 Rammepapir for arbejdsmarkedstilknøytning for borgere med kronisk sygdom skal inspirere sygehusene til initiativer på området og være afsæt for lokale drøftelser med kommunerne.

3.11 Rammepapir for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan bidrage til at sikre den geografiske lighed.

4 Fakta og evidens om ulighed i sundhed

Ifølge sundhedsloven er det danske sundhedsvæsen lige for alle. På samme tid er der sikker videnskabelig dokumentation for, at der eksisterer ulighed i sundhed i det danske samfund, hvor sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt blandt befolkningen. Ulighed i sundhed kommer til udtryk på mange forskellige måder, herunder ved geografisk og social ulighed.

Geografisk ulighed dækker over, at der kan være store forskelle i afstand til sundhedstilbud, ventetid og behandlingsmuligheder samt –kvalitet afhængig af, hvor i landet, man bor. For eksempel kan borgere i yderområder opleve, at der er langt til gode sundhedstilbud. Derudover kan der også være geografisk ulighed i borgernes sundhedstilstand, hvor beboere i socialt belastede lokalområder, grundet ringere levevilkår, eksempelvis luftforurening og dårligere boligforhold, udsættes for større helbredsrisici end beboere i bedre stillede områder.

Social ulighed dækker over det forhold, at befolkningsgrupper med lavere socioøkonomisk status bliver tidligere syge, er mere eksponerede for risikofaktorer, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør i en tidligere alder. Social ulighed i sundhed kan betragtes som enten dikotomi eller gradient:

1. Man kan betragte social ulighed som helbredstilstanden for hele befolkningen fordelt blandt alle grupper i samfundet, hvor sundheden gradvist forringes med faldende socioøkonomisk status, f.eks. uddannelse og indkomst (*gradient-perspektivet*). I dag forventes det for eksempel, at mænd på 30 år med en grundskoleuddannelse vil leve gennemsnitligt 7,6 år kortere end mænd med en lang videregående uddannelse, mens den tilsvarende forskel for kvinder er 5,5 år.
2. Man kan betragte sociale ulighed ved at sammenligne forskellen i sundhedstilstanden blandt de dårligst stillede/mest udsatte borgere sammenlignet med resten af befolkningen (*dikotomi-perspektivet*). Socialt udsatte borgere dør i gennemsnit 19 år tidligere end den gennemsnitlige dansker. Det skyldes bl.a., at socialt udsatte borgere har flere langvarige sygdomme, flere smerter, har dårligere trivsel og i højere grad lider af psykiske lidelser sammenlignet med resten af befolkningen. Selvom socialt udsatte er mere syge end resten af befolkningen, fremgår det af en [rapport](#) fra Rådet for Socialt Udsatte, at de ikke bruger sundhedsvæsenet tilsvarende mere.

Ifølge Sundhedsstyrelsen skal ulighed i sundhed forstås i et livsforløbsperspektiv, hvor man gennem livets forskellige faser påvirkes forskelligt af levevilkår, adfærd og miljø. Eksempelvis kan levevilkår gennem ens opvækst have betydning for adgangen til uddannelse, som dernæst får betydning for ens sociale position, der igen påvirker sygdomsårsager, sundhedsadfærd osv., og dermed i sidste ende får betydning for, hvor udsat man er for ulighed i sundhed. Årsagerne til ulighed i sundhed er derfor mange og komplekse, og de dækker over årsager, der både kan føres tilbage til individers egen adfærd og til overordnede strukturer i samfundet.

4.1 Ulighed i sundhed i Danmark

Sundhedsstyrelsen udgav i september 2020 rapporten "[Social ulighed i sundhed og sygdom](#)", som er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) med bistand fra Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe i social ulighed i sundhed. Rapporten har til formål at give en status på ulighed i sundhed i Danmark. Den vil fremover udkomme hvert fjerde år, så det bliver muligt at følge udviklingen i ulighed i sundhed i Danmark. Rapporten indeholder analyser af de sociale forskelle i sundhed og sygdom på tværs af uddannelsesniveauer på 69 indikatorer. Indikatorerne omfatter mål på sygdomsforekomst, sygdomsårsager og sygdomskonsekvenser, og de er udvalgt på baggrund af, hvilke data der findes nationalt og hvilke data, der indsamles systematisk. Der er udarbejdet et [fakta-ark](#) med udvalgte hovedresultater.

Sundhedsstyrelsens rapport viser udviklingen i den sociale ulighed i sundhed, og analyserne er baseret på befolkningens uddannelsesniveauer.

4.2 Hovedkonklusionen er, at der er ulighed på stort set alle indikatorer. Al data bekræfter ovenstående viden om, at der eksisterer systematiske, sociale forskelle i sygdom og sundhed i det danske samfund. Dertil viser resultaterne i rapporten, at uligheden i sundhed er steget på nogle af indikatorerne. Eksempelvis var der i 2016 sammenlignet med 1990 større forskel i restlevetiden blandt personer med henholdsvis kort og lang uddannelse, hvor personer med lang uddannelse lever længere. Nedenfor følger yderligere eksempler på rapportens konklusioner.

- Der er i perioden 2010-2017 en statistisk signifikant stigning i den sociale ulighed i, hvem der har **multisygdom** blandt både mænd og kvinder (se side 185 i rapporten). Dette vil sige, at det i højere grad er personer med kortere uddannelsesniveauer, der har to eller flere kroniske sygdomme.
- Der ses en statistisk signifikant stigning i social ulighed i andelen med en **forebyggelig indlæggelse** blandt både mænd og kvinder i perioden 2010-2017 ([se side 213 i rapporten](#)). Det betyder, at det i højere grad er personer med kortere uddannelsesniveauer, der oplever forebyggelige indlæggelser.
- Der ses en høj grad af social ulighed i antallet af nye tilfælde af **KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom)** pr. 100.000 personer blandt både mænd og kvinder således, at der er et større antal tilfælde blandt personer med kortere uddannelsesniveau. Blandt personer med KOL ses derudover en social ulighed i andelen, der dør inden for 5 år, og i andelen, der mister beskæftigelse. Her er billedet ligeså, at det i højere grad er personer med kortere uddannelsesniveauer, der dør eller mister beskæftigelse som følge af KOL. Det gælder både blandt mænd og kvinder. [Se mere på side 162 i rapporten](#).

4.3 Ulighed i sundhed i Region Syddanmark

I dette afsnit beskrives det foreløbige arbejde med beskrivende analyser vedrørende ulighed i sundhed i Region Syddanmark.

Ligesom resultaterne i Sundhedsstyrelsens rapport viser Sundhedsprofilen fra 2017, at der også eksisterer ulighed i sundhed i Region Syddanmark. I Sundhedsprofilen fremgår en tydelig tendens til, at borgere med lav uddannelse lever mere usundt, trives dårligere (har både dårligere mentalt og fysisk helbred) og er mere syge end højtuddannede borgere. Samme mønster gør sig gældende i forhold til beskæftigelse og økonomi. Borgere uden for arbejdsmarkedet, eksempelvis førtidspensionister, og borgere, som føler sig belastede af deres økonomi, lever mere usundt, trives dårligere (har både dårligere fysisk og mentalt helbred) og er mere syge end borgere i arbejde og borgere, der ikke føler sig belastede af deres økonomi.

Disse resultater findes ligeledes i en række beskrivende analyser fra Sundhedens Geografi. Disse analyser er nærmere beskrevet i bilag 3 og viser fordelingen af forebyggelige indlæggelser blandt ældre, akutte indlæggelser med kronisk lungelidelse og hjerte-karlidelse blandt voksne, samt psykiatriske indlæggelser blandt voksne fordelt på uddannelsesniveau og geografi i Region Syddanmark. For alle typer indlæggelser ses en overordnet tendens til, at der er et større antal indlæggelser blandt de borgere i Region Syddanmark, der har grundskole som højest fuldførte uddannelse. Tallene viser således, at der også i Region Syddanmark er ulighed i, hvilke ældre, der indlægges med forebyggelige indlæggelser, hvilke borgere med kroniske sygdomme (lungesygdomme og hjerte-kar sygdom), som indlægges samt hvilke borgere, der i højere grad bliver indlagt med psykiske lidelser. Der er dog ikke noget konsistent billede af den geografiske fordeling i forhold til ulighed, da det afhænger af diagnosen, er forskellige områder, der har flest indlæggelser, både blandt borgere med grundskoleuddannelse og blandt borgere med de øvrige uddannelsesniveauer.

5 anbefalinger i arbejdet med lighed i sundhed

Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, har udarbejdet rapporten "[Indsatser mod ulighed i sundhed](#)" for Sundhedsstyrelsen, og den er også udgivet i september 2020. Rapporten er en forskningsbaseret opdatering af evidens om indsatser mod ulighed i sundhed, og den bidrager med viden om, hvordan kommuner, regioner, stat, erhvervsliv og civilsamfund kan fremme lighed i sundhed.

En af konklusionerne i rapporten er, at sundhedssektoren ikke alene kan sikre lighed i sundhed, og at der er behov for brede, tværsektorielle indsatser og universelle og strukturelle indsatser (f.eks. øgede afgifter på tobak, alkohol og usund mad) for at reducere ulighed i sundhed. Ulighed i sundhed kan dog forstærkes i mødet med sundhedsvæsenet, fordi særligt udsatte grupper eller personer med eksempelvis lav uddannelse og indkomst i mindre grad har mulighederne og ressourcerne for at komme igennem et sygdomsforløb.

Det kan bunde i læsefærdigheder, IT-kompetencer, netværk, økonomi, kognitiv kapacitet mv. I sundhedssektoren har vi derfor et ansvar for, at uligheden ikke forstærkes gennem mødet med sundhedsvæsenet ved at have fokus på mødet med det enkelte individ og på at skabe differentierede indsatser til særlige målgrupper og personer.

I rapporten kan man læse de konkrete anbefalinger til indsatser mod ulighed i sundhed, som er baseret på den seneste forskningsbaserede viden om ulighed i sundhed. Følgende anbefalinger relaterer sig direkte til sundhedsvæsenet:

- 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
 - Tilbyde forældre støtteprogrammer allerede ved starten af graviditeten

- Anbefalinger for sundhedsvæsen, socialt arbejde og rehabilitering:
 - Sikre socialt udsatte en fast kontakt til egen læge og/eller socialsygeplejerske
 - Styrke fokus på identifikation og opfølgning af somatisk sygdom hos psykisk syge, samt styrke integration af den psykiatriske indsats og misbrugsbehandling

6 Indsatser i Region Syddanmark

Med afsæt i sundhedsplanen 2019 er der udarbejdet en kortlægning indeholdende sygehusenes (både somatik og psykiatri) samt social- og praksisområdets indsatser i arbejdet med at reducere ulighed i sundhed (den detaljerede kortlægning findes i bilag 2). Formålet med kortlægningen er at danne grundlag for det videre arbejde med at fremme lighed i sundhed i Region Syddanmark.

Kortlægningen viser, at der allerede i regionen er mange indsatser, der kan bidrage til at reducere ulighed i sundhed, og at der er mange forskellige typer indsatser rettet mod flere forskellige målgrupper. Indsatserne i kortlægningen er inddelt efter de områder, Sundhedsstyrelsen anbefaler at fokusere på i arbejdet med at reducere ulighed i sundhed, og indsatserne fordelt på disse kategorier opsummeres nedenfor. I opsummeringen benævnes ligeledes eksempler på indsatser, der har et overordnet sigte at fremme lighed i sundhed, ved at give alle de samme lige muligheder i sundhedsvæsenet. Hertil gives også eksempler på indsatser, der rettere reducerer konsekvenserne af ulighed i sundhed ved at fokusere på særligt udsatte målgrupper.

6.1 Børns tidlige udvikling og uddannelse

Under denne kategori er indsatserne i Region Syddanmark primært målrettet børns tidlige udvikling. Til gravide tilbydes individuelt tilrettelagte konsultationer til alle gravide samt særlige konsultationer og oversat informationsmateriale til gravide med utilstrækkelige danskundskaber. Således differentieres tilbuddet, så det passer til den enkelte. Til at tage hånd om sårbare gravide er der oprettet familieambulatorier, som arbejder tæt sammen med sundhedsplejen og sociale myndigheder i kommunerne. Herudover fokuserer indsatsen *En god start på livet på*, at færre småbørn får brug for behandling, og kan således bidrage til at fremme lighed i sundhed helt fra livets start. Der er fokus på at sikre lighed i sundhed gennem indsatser målrettet børn og unge, som er udsatte og/eller i mistrivsel. Her er bl.a. oprettet fremskudt funktion i psykiatrien for de børn og unge, der har brug for en intensiv indsats i nærmiljøet, og der er indgået en lokal aftale om socialmedicinske hjemmebesøg i almen praksis med det formål at opspore mental mistrivsel særligt hos børn og unge. Der er også fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde mellem somatik, psykiatri og kommune ved udskrivelse af udsatte unge.

6.2 Arbejdsliv, indkomst, miljø og sundhedsadfærd

Under denne kategori er indsatserne i Region Syddanmark primært målrettet sundhedsadfærd. Her er der på regionens somatiske- og psykiatriske sygehuse etableret en systematisk opsporing af patienter, der ryger (Very Brief Advice-metoden), og der er i efteråret 2020 igangsat et pilotprojekt om systematisk opsporing af patienter med uhensigtsmæssigt alkoholforbrug på Sygehus Lillebælt. Herudover opspores uhensigtsmæssig sundhedsadfærd hos gravide, og det Syddanske Overvægtsinitiativ tilbyder systematisk og fokuseret udredning af mennesker med overvægt og fedme. Ovenstående er alle eksempler for universelle tiltag, der kan fremme lighed i sundhed. For borgere på de sociale botilbud i regionen arbejdes der med lokale indsatser målrettet borgernes sundhedsadfærd, og der er fokus på at målrette og ensrette indsatserne på tværs af regionens centre og lokale afdelinger. Derudover pågår et arbejde med at sikre systematiske helbredstjek blandt disse borgere, som skal bidrage til opsporing af diagnoser hos sårbare borgere. Denne opsporing af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og sygdom hos sårbare borgere, vil bidrage til at reducere konsekvenserne af ulighed i sundhed.

I forhold til borgerens arbejdsliv, er der på alle regionens sygehuse etableret arbejds- og miljømedicinske klinikker, som er for patienter, der mistænkes for at have arbejdsmedicinske eller arbejdspsykologiske lidelser.

6.3 Sundhedsvæsen, socialt arbejde og rehabilitering

Indsatserne kan karakteriseres ud fra borgerens møde med sundhedsvæsenet, sundhedsvæsenets møde med borgeren samt indsatser målrettet geografisk ulighed i sundhed.

6.3.1 Borgerens møde med sundhedsvæsenet

For alle patienter er der etableret indsatser som vejvisere, frivillige og IT-assistenten til at hjælpe patienter på sygehusene samt indsatser, der inddrager patient og pårørende i forhold til at tilrettelægge målrettede forløb; PRO-data, Center for Fælles Beslutningstagning samt familiesygepleje, som alle er tiltag der giver alle patienter lige muligheder.

For sårbare og/eller udsatte borgere fokuserer det tværgående akutteam på Sydvestjysk Sygehus på at støtte særligt sårbare patienter under udskrivelsen, mens socialsygeplejerskerne på Odense Universitetshospital støtter under hele den sårbare patients forløb. For at sikre koordinering i udskrivelsen af sårbare borgere, honoreres almen praksis for at deltage i udskrivningskonferencer, og et hepatitis C projekt er udbredt i hele regionen, som sikrer test og behandling af udsatte borgere med hepatitis C. På OUH er etableret en leverklinik for patienter med misbrugsproblematikker, som giver denne målgruppe adgang til en ambulant funktion. For mennesker med psykiske lidelser igangsættes projektet "Sikker Sundhed", der skal sikre flere sunde levevilkår hos denne målgruppe. Dertil pågår et projekt om systematisk screening af KRAM-faktorer, som udløber og skal evalueres i marts 2021. Dobbeltdiagnosticerede patienter får tilbud om en forløbskoordinator, og i almen praksis er der indgået en lokal aftale om samtalerterapi og krisesamtaler, der skal forebygge ulighed i sundhed. Al ovenstående er eksempler på hvordan sundhedsvæsenet kan reducere konsekvenserne af ulighed i sundhed.

For den ældre medicinske patient er der fokus på at sikre overgangen fra sygehus til eget hjem eller plejehjem gennem universelle følge-hjem ordninger samt koordination mellem sygehus og kommune ved udskrivelse. Dertil er der i almen praksis er indgået en lokal aftale om opfølgning og koordination efter indlæggelser i samarbejde med hjemmesygeplejen.

For borgere med anden etnisk baggrund er der etableret indvandrermedicinsk klinik med det formål at afbøde helbredsmæssige følger af den ulige adgang til sundhed, som kan opstå pga. bl.a. sprogbarrierer og kulturforskelle, og der er igangsat en undersøgelse om diabetes i Vollsmose med samme sigte.

6.3.2 Sundhedsvæsenets møde med borgeren

For at sikre lighed i mødet med sundhedsvæsenet, er der også indsatser målrettet sundhedsvæsenets medarbejdere, som skal sikre viden og kompetencer til at tage imod udsatte borgere. Både på socialområdet og i psykiatrien arbejdes der med at sikre flere sundhedsfaglige kompetencer gennem kompetenceudvikling eller ansættelse af sundhedsfagligt personale. På Sygehus Lillebælt gennemgår al sundhedspersonale kurset *Klar Tale*, der ruster dem til mødet med patienten med hensyn til at kunne differentiere og tilpasse den konkrete indsats. Modelprojektet *Sammen om psykiatri* har vist gode resultater og skal videreføres til de resterende kommuner i regionen.

6.3.3 Indsatser målrettet geografisk ulighed

For at imødekomme den ulighed, der kan opstå geografisk, er der etableret en række digitale indsatser i regionen, som øger tilgængeligheden til sundhedsvæsenet. Der er generelt etableret telemedicin og videokonsultationer på alle områder i regionen, og på diabetesområdet udvikles og afprøves *Digital diabetes*, som er en digital løsning til at håndtere type 2-diabetes blandt psykisk sårbare borgere i kommunale støtteordninger.

Gravide tilbydes virtuel fødselsforberedende undervisning, og patienter med kroniske sygdomme eller andre komplekse behandlings- eller plejebehov tilbydes telefonisk understøttelse af sygeplejesker i at tage ansvar for deres liv med sygdom – som eksempler på at fremme lighed i sundhed. Ligesom der for gravide er etableret jordemoderkonsultationer i alle regionens kommuner, som sikrer lige adgang for alle.

Der er etableret en række udekørende funktioner til svækkede borgere og ældre patienter, som har svært ved at transportere sig. Dertil tilbydes en særlig socialmedicinsk indsats for sårbare borgere og familie, hvor praktiserende læger gennemfører diagnostik og behandling i eget hjem. Sådanne indsatser kan reducere konsekvenserne af ulighed i sundhed.

7 Det videre arbejde

Kortlægningen på de foranstående sider viser, at der i Region Syddanmark allerede er en bred række af indsatser, der kan medvirke til at fremme lighed i sundhed eller reducere konsekvenserne af ulighed for udsatte grupper. Kortlægningen viser også, at der er indsatser, der er målrettet særlige målgrupper med målrettede, individualiserede tilbud, og indsatser, der er universelle tilbud, som er tilbud til alle, men som også vil indebære en positiv gevinst for patienter med få ressourcer.

Kortlægningen har haft særligt fokus på sundhedsområdet og særligt, hvordan sygehusene arbejder med indsatser målrettet lighed i sundhed. Imidlertid skabes ulighed i sundhed næppe i sundhedsvæsenet. Den skabes andetsteds. Uddannelsesområdet og arbejdsmarkedsområdet er et par af de helt væsentlige områder at involvere i det fremadrettede arbejde med at øge ligheden i sundhed. Psykiatrien har gjort sig gode erfaringer med samarbejde med kommunerne om indsatser i jobcentre. Nogle af disse erfaringer kan overføres til somatikken, jf. det rammepapir om arbejdsmarkedstilknytning for patienter med kronisk sygdom, som regionsrådet godkendte i efteråret 2020. Desuden foreslås det, at Regional Udvikling fremadrettet inddrages i arbejdet indenfor rammerne af den regionale udviklingsstrategi samt med de indsatser på uddannelses- og arbejdsmarkedsområdet, som varetages der.

Selvom uligheden i sundhed ikke skabes i sundhedsvæsenet, har sundhedsvæsenet alligevel en helt særlig rolle i arbejdet med at afværge konsekvenserne af ulighed. Det handler om at sætte fokus på sygehusenes organisering af sundhedsydelse, da det for en person med multisygdom kan være svært "at finde rundt" i aftaler og forløb i forskellige specialer. Derudover kan der sættes fokus på kommunikationen med patienterne og det handler også om at sætte fokus på, hvordan sygehusene kan differentiere sundhedstilbuddene, så man ved at behandle patienterne forskelligt sikrer, at alle patienter uanset egne ressourcer og sårbarheder har mulighed for at opnå den samme effekt af behandlingen. Dette bør der også fremadrettet sættes yderligere fokus på.

Kortlægningen viser, at der allerede findes mange indsatser i sygehusene og på praksis- og socialområdet. Dette til trods, vokser uligheden over årene. Dette behøver ikke nødvendigvis at betyde, at der mangler indsatser. Det kan også afspejle det faktum, at det ikke er muligt i morgen at måle effekten af dagens indsats. At reducere uligheden i sundhed vil kræve en indsats over 10 til 15 år. Det betyder ikke, at det er umuligt, men at der er behov for involvering af flere aktører og indgåelse af partnerskaber. Det kræver yderligere systematisering af viden og opsamling af erfaringer, og det kan kræve samarbejde med forskningsmiljøer. Der er desuden behov for, at alle aktører, sygehuse, kommuner, praksissektor, civilsamfundet, er involveret og engagerede i vedholdende og vedvarende indsatser.

8 Årlig afrapportering

Der skal foretages en årlig afrapportering af indsatser målrettet ulighed i sundhed i Region Syddanmark. Det foreslås, at den årlige afrapportering både indeholder en kortlægning af indsatser rettet mod lighed i sundhed i regionen samt afrapportering på en række udvalgte indikatorer, som kan give et billede af udviklingen i lighed i sundhed. Det foreslås, at afrapporteringen forelægges hver år i september.

I forhold til kortlægningen er der tale om et komplekst arbejde. Ligesom der er behov for at sætte en ramme for det videre arbejde med lighed i sundhed, er der også behov for at sætte relevante kriterier for, hvilke indsatser, der skal indgå i den årlige afrapportering. Det er tanken, at den næste afrapportering dels kan målrettes efter den kortlægning, der er foretaget i 2020 og dels ud fra de indikatorer, der udvælges til at følge op på arbejdet med lighed i sundhed. Derudover foreslår arbejdsgruppen, at den årlige kortlægning også kan bruges som en digital vidensbank, hvor der fremgår kontaktpersoner på de enkelte projekter og indsatser, så kortlægningen kan danne grundlag for videns- og erfaringsudveksling på tværs.

Tværsæktorielt samarbejde
Damhaven 12, 7100 Vejle
Tlf. 2496 5528

tvaers@rsyd.dk