

SOCIAL ULIGHED I SUNDHED  
– HVAD KAN KOMMUNEN GØRE?

2011

## Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?

© Sundhedsstyrelsen 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Udarbejdet af: Line Raahauge Hvass, Anya Manghezi, Anna Paldam Folker, Niels Sandø,  
Sundhedsstyrelsen

Emneord: Social ulighed i sundhed; Kommunal sundhedsplanlægning; Evidens og Metode;  
Regioner og Forebyggelse; Overvægt; Tobak; Ernæring; Fysisk aktivitet; Alkohol; Stress og  
Mental Sundhed; Miljø og Helbred; Børnesundhed; Ældresundhed; Sundhed på arbejdspladsen

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 19. december 2011

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, marts 2012.

Oplag: 2000

Grafisk tilrettelæggelse og tryk: Rosendahls - Schultz Grafisk

Fotos: Adam Philip, Mikael Rieck og Colourbox

Publikationen kan bestilles hos (pris: 0,- kr. - dog ekspeditionsgebyr):

Sundhedsstyrelsens publikationer, Rosendahls-Schultz Distribution

Mail: [sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk](mailto:sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk)

Telefon 70 26 26 36

ISBN (trykt): 978-87-7104-317-4

ISBN (elektronisk): 978-87-7104-316-7

# Indhold

Forord	5
Hvad er social ulighed i sundhed?	6
Kommunale indsatser på tværs	10
Oversigt over kommunale indsatser	11
Faktorer for ulighed i sundhed	15
Børns tidlige udvikling	17
Hvad kan kommunen gøre?	17
Skolegang og ungdomsuddannelse	21
Hvad kan kommunen gøre?	21
Sundhedsadfærd	25
Hvad kan kommunen gøre?	25
Tobak	26
Alkohol	26
Mad, bevægelse, overvægt	27
Tidlig aldring	27
Arbejds miljø	33
Hvad kan kommunen gøre?	33
Nærmiljø	37
Hvad kan kommunen gøre?	38
Borgere uden for arbejdsmarkedet	41
Hvad kan kommunen gøre?	41
Social udsathed	45
Hvad kan kommunen gøre?	45
Ulighed i brug af sundhedsydelser	49
Hvad kan kommunen gøre?	49
Næste skridt	53

NÆRMILJØ

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

SOCIAL UDSATHED

ARBEJDSMILJØ

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

INDLEDNING

SUNDHEDSADFÆRD

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSE

# Forord

Både borgernes sundhed og den ulige fordeling af sundhed og sygdom påvirkes af de tilbud og rammer, som er tilgængelige for borgerne. Hvis forskellen skal udlignes, og flere skal leve længere uden sygdom, er der behov for en helhedsindsats, hvor sundhedssektorens bidrag vil være et blandt mange.

Alle dele af kommunens indsats har betydning for borgernes sundhed. Derfor handler denne publikation både om folkeskole, ungdomsuddannelse, beskæftigelse, ældre, nærområder og socialt udsatte. Det er på disse områder, at indsatserne skal styrkes, hvis vi vil den stigende sociale ulighed i sundhed til livs.

Den sociale ulighed er steget gennem de sidste 20 år. Det betyder, at der findes borgere, som ikke har samme muligheder som andre for at udfolde deres livspotentialer. Det er også dyrt for samfundet og for den enkelte kommune. Hvert år koster social ulighed i sundhed mange ressourcer i form af førtidspensioner, sygedagpenge, behandling samt omsorgs- og plejeydelser.

Kommunerne kan ikke løse udfordringen med at reducere social ulighed i sundhed alene. Der skal også tages væsentlige initiativer fra regionalt og nationalt hold, fx i form af lovændringer og afgiftsændringer. Denne publikation er dog målrettet kommunen, og fokuserer derfor specifikt på den brede vifte af effektive indsatser, som ligger inden for kommunens rækkevidde. Det vigtigste er, at indsatsen løftes af alle forvaltningerne i kommunen, og helst i koordination.

Sammen med denne publikation har vi udarbejdet en film, der præsenterer udfordringerne og kommunens handlemuligheder for at reducere social ulighed i sundhed. Filmen findes som dvd sidst i rapporten og som link på vores hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Alle anbefalinger og indsatser i denne publikation tager udgangspunkt i rapporten *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*, som Sundhedsstyrelsen har udgivet i 2011. Det er en detaljeret rapport, der analyserer de afgørende faktorer for ulighed i sundhed, og som peger på, hvilke indsatser der skal til for at mindske social ulighed i sundhed. For baggrund, dokumentation og yderligere analyse af indsatserne henvises til denne baggrundsrapport.

Det er vores håb, at publikation her giver overblik og inspiration til at arbejde videre med ulighed i sundhed.

*Annemarie Knigge*  
Enhedschef  
Enhed for Sunde Rammer  
December 2011

# Hvad er social ulighed i sundhed?

Social ulighed i sundhed handler ikke kun om en særlig udsat gruppes sundhedstilstand, men om at sundhed og helbred er ulige fordelt i befolkningen hele vejen igennem det socioøkonomiske spektrum, fx fra ufaglærte personer til personer med længere videregående uddannelser.

Social ulighed i sundhed er et spørgsmål om, at der er systematiske forskelle i sundhedstilstand mellem borgere i samfundet opdelt efter socioøkonomiske kriterier som uddannelse, indkomst og arbejdsforhold. At forskellene er systematiske vil sige, at de bliver stående i stort set uforandret form, selvom individerne over tid skiftes ud.

I Danmark har ulighed i sundhed gennem de sidste 20 år været stigende. Der er store regionale forskelle i sygdomsrisiko og dødelighed og stor forskel mellem erhvervs- og faggrupper og dermed mellem indkomst- og uddannelsesgrupper. Den sociale ulighed i sygdomsbyrde medfører store og stigende udgifter til behandling, pleje og støtteordninger, fx i forhold til kronisk syge.

Sociale uligheder i sundhed kan næppe udryddes helt. Et rigt velfærdssamfund kræver en høj grad af arbejdsdeling, og gør brug af incitament for, at mennesker skal uddanne sig og arbejde. Dette er med til at skabe en vis grad af social og økonomisk ulighed i arbejdsforhold og indkomst og dermed i status, bolig og livsformer. Det er dog ikke nogen naturlov, at social ulighed i sundhed nødvendigvis skal følge trop i det omfang, vi ser i dag. Derfor er der grund til at analysere, på hvilke måder den sociale ulighed i sundhed kan reduceres, og til at tage initiativ til at holde den på et niveau, hvor den gør mindst mulig skade. Dette er vigtigt af flere grunde:

- Et godt helbred er en grundlæggende forudsætning for menneskers frihed til at kunne leve det liv, de værdsætter. Der kan ikke sættes lighedstegn mellem det gode liv og det sunde liv, men det gælder for mange mennesker, at et godt helbred er en forudsætning for at trives og udfolde sine potentialer og muligheder.
- En højere grad af lighed i sundhed gavner samfundsudviklingen. En reduktion af den sociale ulighed i sundhed kan medføre, at en større andel af borgerne kan indgå i arbejdsstyrken, ligesom udgifter til såvel sundheds- som beskæftigelses- og socialområdet kan reduceres eller fastholdes trods demografiske udfordringer.
- Middellevetiden stiger, hvis den sociale ulighed i dødelighed mindskes. Ikke mindst i de senere år har det skabt opmærksomhed, at danskerne har kortere levetid end i de øvrige nordiske lande.

Social ulighed i sundhed grundlægges allerede i fosterstadiet og den tidlige barndom, hvor sociale forhold påvirker den enkeltes helbredsmuligheder senere i livet – også som voksen. Derudover har social ulighed indflydelse på, hvilke risikofaktorer og sygdomme vi udsættes for både som børn og voksne (fx via vores socialt betingede sundhedsadfærd som rygning eller madvaner). Og endelig er der stor social ulighed i, hvilke konsekvenser det har for borgerne at blive ramt af sygdom (fx i forhold til sygeforsikring, deres vej gennem behandlingssystemet eller i muligheden for at fastholde arbejde).

De væsentligste faktorer, som har indflydelse på social ulighed i sundhed, er:

- Børns tidlige udvikling (herunder svangreomsorg og spædbarnsudvikling)
- Skolegang og ungdomsuddannelse
- Sundhedsadfærd
- Arbejdsmiljø
- Nærmiljø
- Borgere uden for arbejdsmarkedet
- Social udsathed
- Ulighed i brug af sundhedsydelser.



### **Forskellige tilgange til arbejdet med social ulighed: social gradient og socialt udsatte**

Den systematiske sammenhæng mellem individers sociale position i samfundet og deres sygdomsrisiko betegnes *den sociale gradient i sundhed*. Den sociale gradient i sundhed er et udtryk for, at sygdomsbyrden stiger i takt med faldende uddannelse og indkomst. De bedre uddannede og dem med højere indtægter har dermed en relativt længere middellevetid og flere raske leveår end borgere med kortere uddannelser og lavere indtægt. Forskelle i middellevetid hænger blandt andet sammen med forskelle i sundhedsadfærd og levevilkår, ligesom der også er en tendens til, at bedre stillede borgere er bedre til at benytte social- og sundhedstilbud.

For visse sygdomme, ikke mindst for alvorlige psykiske lidelser samt misbrug, kan de sociale konsekvenser blive så alvorlige, at mennesker bliver socialt udsatte og udstødte fra arbejdsmarked, boligmarked, familieliv og måske også fra sociale forsikringsordninger (fx hvis en borger ikke kan leve op til kravene til aktivering under kontanthjælp, og dermed mister retten til kontanthjælp). Sygdom kan også være resultat af social marginalisering og af at have levet et sundhedsmæssigt risikobetonet liv. I begge tilfælde kan social ulighed i sundhed beskrives som en forskel mellem en meget syg og *socialt udsat gruppe* og resten af befolkningen.

Selvom både den sociale gradient og de socialt udsatte er udtryk for social ulighed i sundhed, er der grund til at skelne. Indsatser mod gradienten berører ofte mange mennesker, og handler om forebyggelse og tidlige indsatser, og vil kunne afspejles i middellevetiden. Det drejer sig fx om de universelle forebyggelsesindsatser, der bliver givet som tilbud til alle borgere (sundhedspleje, forebyggende børneundersøgelser, screening for bryst- og livmoderhalskræft, rygestopkurser, forebyggende hjemmebesøg hos ældre) samt sygdomsforebyggende lovgivning om miljø, trafik, arbejdsmiljø og levnedsmidler.

Indsatsen for udsatte grupper handler i højere grad om behandling og rehabilitering. En mere skræddersyet sundhedsindsats over for udsatte borgere kan have stor betydning for deres sundhed og trivsel, selvom middellevetiden i befolkningen ikke påvirkes nævneværdigt, på grund af det relativt begrænsede antal socialt udsatte borgere.



NÆRMILJØ

OVERSIGT OVER  
KOMMUNALE INDSATSER

SOCIAL UDSATHED

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

ARBEJDSMILJØ

SUNDHEDSADFÆRD

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSE

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

# Kommunale indsatser på tværs

Den kommunale indsats mod social ulighed i sundhed forbindes ofte med et fokus på socialt udsatte borgere via fx satspuljer og projekter om sundhedsinitiativer for bestemte målgrupper. Men som det fremgår af oversigten på side 12-13 over væsentlige faktorer for social ulighed i sundhed, kan social ulighed i sundhed ikke adresseres i sundhedssektoren alene. For at nedbringe social ulighed i sundhed er det nødvendigt at sætte ind på tværs af ansvars- og opgavefordelingen i kommunen og anerkende, at de nævnte faktorer går på tværs af de kommunale forvaltninger. Det drejer sig fx om skole-, social-, beskæftigelses-, plan-, miljø- og teknikforvaltningerne. En anerkendelse af nødvendigheden af en tværsektoriel indsats spiller en væsentlig rolle og kræver politisk prioritering, klare mål og tydelig ledelse. Faktisk er de fleste forvaltninger allerede involveret i dette arbejde, selvom de ikke har formuleret 'reduktion af social ulighed i sundhed' som et eksplicit mål. Men det er ikke det samme som, at alle indsatser er koordineret med andre forvaltninger, og at indsatserne er tilstrækkelig effektive.

Publikationen her lægger op til at fokusere på en styrkelse af kvaliteten og implementeringen på de enkelte driftsområder, som kan gøre, at fx uddannelses-, beskæftigelses- og socialindsatsen kan bidrage til at løfte folkesundheden for de brede befolkningsgrupper med lavere indkomster, kortere uddannelser, svagere tilknytning til arbejdsmarkedet samt mindre ressourcerige familiebaggrunde.

Sundhedssektoren kan spille en rolle som facilitator for det tværsektorielle samarbejde og som sundhedsfaglig ressource, men det er de enkelte forvaltnings ansvar og fagkundskab på egne områder, der kan sikre, at der sker en indsats, og at den implementeres med fornøden kvalitet og omfang.



Sundhedsstyrelsen har udgivet publikationen Sundhed på Tværs, som giver inspiration og handleanvisninger til, hvordan sundhedsfremme kan være med til at løfte kerneopgaverne inden for en række forvaltningsområder. Se [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

## Oversigt over kommunale indsatser

Meget peger på, at en succesfuld indsats for at reducere den sociale ulighed i sundhed vil medføre, at der er færre, som får behov for ydelser til behandling, rehabilitering, genoptræning, støtte og pleje, samt sociale tilbud og ydelser. Ligesom der vil være flere unge, der gennemfører en ungdomsuddannelse. Et bredt fokus på reduktion af social ulighed i sundhed vil derfor ikke bare komme den enkelte borger til gode, men vil også være en gevinst for kommunen.

Den følgende liste giver et kort overblik over, hvilke indsatser på de forskellige forvaltningsområder der kan bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Listen kan give et hurtigt overblik over, hvor kommunen allerede er i gang, og hvor indsatsen kan styrkes. I publikationens øvrige afsnit vil de enkelte indsatser blive beskrevet nærmere.



<b>Områder (forvaltninger)</b>	<b>Indsatser<sup>1</sup></b>
Små børn (Sundhedspleje, socialforvaltning)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hjemmebesøg af sundhedsplejersker er et universelt tilbud til alle familier. Samtidig rettes ekstra opmærksomhed imod at nå de socialt og psykisk mindre ressourcestærke familier, herunder familier med misbrugsproblemer.</li> <li>■ Aktivt opsøgende indsats for at sikre, at børn med hæmmet social og kognitiv udvikling kommer til de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis.</li> <li>■ Fuldstændig dækning og aktiv rekruttering af børn med særlige behov til daginstitution og børnehaveklasse.</li> </ul>
Skole (Skoleforvaltning, socialforvaltning)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Indskolingen arbejder med en aktivt opsøgende pædagogisk indsats, der sikrer, at alle børn får de grundlæggende kompetencer, herunder læsning.</li> <li>■ Folkeskolen er aktivt motiverende, også for de børn, som ikke bliver så stærkt stimuleret hjemmefra; blander velstillede og dårligere stillede børn.</li> <li>■ Der tilbydes en udvidet vejledningsindsats over for de socialt dårligere stillede og bogligt svage elever, hvor der er fokus på sammenhængen mellem forskellige tilbud og støtteforanstaltninger.</li> </ul>
Ungdomsuddannelse (SSP, skole)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ungdomsuddannelser med fokus på praktisk læring målrettes unge, der ikke kan gennemføre et almindeligt bogligt ungdomsuddannelsesforløb.</li> <li>■ Der fokuseres på udvikling af et socialt, pædagogisk og individstøttende miljø, særligt på de tekniske erhvervsuddannelser.</li> <li>■ Der sikres adgang til praktikpladser fra alle erhvervsskoler.</li> </ul>
Sundhedsadfærd (Sundhed, plan og teknik, miljø)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rygeforbud indendørs på alle kommunale institutioner og arbejdspladser.</li> <li>■ Alkoholpolitikker med skærpede regler for alkoholbrug i skoler og andre uddannelsesinstitutioner indføres på alle institutioner og arbejdspladser.</li> <li>■ Udarbejdelse af sundhedspolitikker på arbejdspladser og skoler, som sikrer, at de sunde valg bliver de lette valg, fx i kantinerne.</li> <li>■ Tilbud om forebyggende hjemmebesøg til alle ældre.</li> </ul>
Arbejds miljø (Beskæftigelse, sundhed, økonomi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arbejdspladsens indretning skal skabe tilfredshed og trivsel blandt medarbejderne og indeholde specifikke ergonomiske forbedringer.</li> <li>■ Borgere med muskel- og skeletbesvær sikres vejledning og muligheder for at holde sig fysisk i gang, herunder muligheder for at varetage et lettere arbejde.</li> <li>■ Systematisk anvendelse af APV til at sætte fokus på psykisk arbejdsmiljø, muskelskeletpåvirkninger og ulykkesrisici.</li> </ul>

<b>Områder (forvaltninger)</b>	<b>Indsatser<sup>1</sup></b>
Nærmiljø (Plan og teknik, miljø, social, skole og børn)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Byplanlægningen tager hensyn til, at boliger med forskellige ejer-skabsformer blandes, og at andelen af almene boliger fordeles lige- ligt på tværs af kommunegrænser for at modvirke segregation.</li> <li>■ Byfornyelsesprojekter kombinerer fysiske, organisatoriske, finansiel- le og sociale indsatser, som sikrer overensstemmelse mellem bolig- kvalitet og pris og forbedrer de fysiske omgivelser for at skabe attraktive boligområder.</li> <li>■ Daginstitutioner, skoler og gymnasier i de mindre privilegerede områder gøres attraktive for at fremme de lokale børns udvikling og for at forebygge segregationens effekter på børn og unge.</li> </ul>
Arbejdsløshed (Beskæftigelse, social, sundhed)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sikre en arbejdsmarkedsmodel, som kombinerer et fleksibelt arbejdsmarked med et godt forsørgelsesgrundlag og en aktiv beskæftigelsesindsats (flexicurity).</li> <li>■ Sikre muligheder for uddannelse og omskoling.</li> <li>■ Sikre, at beskæftigelsesindsatsen kombineres med en sundhedsfag- lig indsats, med særlig fokus på screening/udredning af psykiske lidelser.</li> <li>■ Sikre flerstrengede indsatser fra virksomheder med jobtilpasning, socialfaglige indsatser fra jobcentre og sundhedsfaglige indsatser fra almen praksis og speciallæger.</li> </ul>
Socialt udsatte (Social, sundhed, økonomi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Flere behandlingstilbud til mennesker, der har sammensatte proble- mer i forhold til psykisk lidelse, misbrug og social udsathed.</li> <li>■ Der skal sikres tilstrækkelig koordination mellem de forskellige for- mer for social støtte samt den behandlingsmæssige og rehabili- terende indsats.</li> <li>■ Opsøgende indsatser samt ordninger med støtte- og kontaktperso- ner bør udvikles og udvides, så der opnås en større og mere til- fredsstillende dækning, en formalisering af det tværsektorielle samarbejde, samt håndtering af evt. sprogbarrierer.</li> </ul>

<sup>1</sup> Tabellen indeholder kun et udvalg af indsatser – der er beskrevet flere indsatser under hver enkelt faktor.

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

SOCIAL UDSATHED

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

FAKTORER FOR  
ULIGHED I SUNDHED

SUNDHEDSADFÆRD

NÆRMILJØ

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSE

ARBEJDSMILJØ

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

## Faktorer for ulighed i sundhed

I det følgende præsenteres de otte faktorer, som har central betydning for social ulighed i sundhed, og som det samtidig er muligt at påvirke gennem kommunale indsatser. Ved hver faktor oplyses først lidt om dens baggrund og betydning. Dernæst fremhæves, hvilke kommunale indsatser der kan prioriteres på de enkelte områder. Der afsluttes med en tabel, som sammenfatter problemstillingen og de beskrevne indsatser samt giver forslag til indikatorer. Det er dog her vigtigt at understrege, at listen med indsatser på ingen måde er udtømmende.

Som det vil fremgå, er der en tæt kobling og afhængighed mellem de enkelte faktorer. Det er derfor vanskeligt at pege på, hvilken rolle de enkelte faktorer spiller i forhold til hinanden, og om der er faktorer, der fx er 'vigtigere' end andre. Det vil til hver en tid afhænge af konteksten og de handlemuligheder, kommunen har i den givne situation.



BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

SOCIAL UDSATHED

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSER

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

ARBEJDSMILJØ

SUNDHEDSADFÆRD

NÆRMILJØ



# Børns tidlige udvikling

Allerede ved livets start findes store sociale forskelle, som har betydning for helbredet. Forældrenes uddannelse, sundhedsadfærd og sociale position spiller en vigtig rolle i udviklingen af sundhed og sygdom for det enkelte barn. Spædbørnsdødeligheden er fx dobbelt så høj blandt børn født af mødre med højst ti års uddannelse, som blandt børn af mødre med over 12 års uddannelse. Faktorer som nedsat fostervækst, for tidlig fødsel og medfødte misdannelser påvirker risikoen for senere negative helbredskonsekvenser.

Børns kognitive, sproglige, sociale og emotionelle stimulering har stor betydning for barnets videre udvikling og skolegang, og påvirker derfor barnets sociale position som voksen. Manglende stimulering i den tidlige udvikling har indflydelse på barnets fysiske og mentale helbred senere i livet. Børn med mindre ressourcestærke forældre har flere problemer i løbet af deres tidlige udvikling end børn fra ressourcestærke familier. Dette fører også til problemer under indskolingen og senere i løbet af skoletiden i form af faglige problemer, konflikter, tale- og sprogproblemer, koncentrationsproblemer og psykiske problemer.

Daginstitutioner (og senere skoler) har også en selvstændig stor betydning for børns udvikling, fordi børnenes adgang til et udviklende pædagogisk miljø til en vis grad kan kompensere for manglende stimulering i hjemmet. En mindre gruppe børn er dog udsat for så store belastninger i hjemmet, at det er svært at kompensere for det. Det kan handle om børn af forældre med svære, psykiske lidelser eller børn, der vokser op i familier med alkoholproblemer. Det har mærkbare negative konsekvenser for børn og unge ikke blot i opvækstårene, men også senere i deres voksenliv at vokse op i en familie med alkoholproblemer. Det øger risikoen for alvorlige traumer, omsorgssvigt, udvikling af psykisk sygdom og eget misbrug og for ikke at få en uddannelse eller et arbejde.

## Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen skal sikre, at alle nyfødte børn og deres forældre tilbydes besøg i hjemmet af sundhedsplejerske senest syv dage efter udskrivelse fra føde- eller barselgang. Specielt ved tidlig udskrivning fra føde- eller barselgang er det vigtigt, at sundhedsplejersken så tidligt som muligt aflægger besøg i hjemmet.

Efter hjemmefødsler og ambulante fødsler skal det sikres, at sundhedsplejersken aflægger to besøg i den første uge efter fødslen. Besøgene skal koordineres med jordemoderens hjemmebesøg. Koordinationsforpligtelsen påhviler jordemoderen. Koordinationsopgaven kan med fordel beskrives i den obligatoriske sundhedsaftale.

Tilbuddet om besøg fra en sundhedsplejerske giver mulighed for at besøge alle familier, uden at familien skal være betegnet som udsat. Hermed sikres de bedste betingelser for råd og vejledning til alle befolkningsgrupper. Også til de familier med stort behov, som kommunen ikke nødvendigvis har kendskab til i forvejen. Det kan både handle om basal barselspleje, men også om forældrenes sundhedsadfærd og hjemmets indretning for at undgå ulykker.

Kommunen har ansvaret for, at børn bliver tilset af en læge eller sundhedsplejerske ved ind- og udskolingsundersøgelser samt ved regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoletiden. Derudover kan kommunen understøtte, at børn bliver tilset af en læge i fbm. de forebyggende børneundersøgelser. Dette er indsatsen som det er vigtigt at fastholde, og evt. styrke, da undersøgelserne kan bruges til at opdage mistrivsel hos børn samt begyndende usunde vaner omkring fx alkohol, rygning og stoffer.

Der er social forskel i brugen af de forebyggende børneundersøgelser hos de praktiserende læger, idet børn af kortuddannede og arbejdsløse markant sjældnere kommer til børneundersøgelse hos egen læge. Der er derfor et stort potentiale for at forbedre både antallet af gennemførte ind- og udskolingsundersøgelser og sikre, at de forebyggende børneundersøgelser ikke kun bliver benyttet af familier med længere videregående uddannelser.

Det er vigtigt, at så mange som muligt gør brug af de offentlige dagtilbud i forhold til børnepasning og dermed får gavn af det pædagogisk udviklende miljø, som dagtilbuddene tilbyder. Der er størst ulighed i brug af daginstitutioner blandt børn i 1-2-års alderen. Her kan kommunen gøre en opsøgende indsats for at sikre, at flere børn tager imod tilbud om daginstitution. For aldersgruppen 3-5 år er der ikke samme udtalte ulighed, undtagen for børn i indvandrerfamilier.

Det gavner både de stærke og svagere grupper af børn, når institutioner indfører politikker med fokus på børnenes sundhedsvaner. Det handler både om mad-, bevægelses- og hygiejnepolitikker.

---

### **Børns tidlige udvikling**

Børns tidlige udvikling påvirkes allerede i fostertilstanden, og kortuddannede forældre har større risiko for at få børn med lav fødselsvægt. Børns kognitive, sproglige, sociale og emotionelle stimulering har stor betydning for barnets videre udvikling og skolegang og påvirker derfor barnets sociale position som voksen. Manglende stimulering i den tidlige udvikling har indflydelse på barnets fysiske og mentale helbred senere i livet.

---

#### **Mål:**

- At reducere social ulighed i børns tidlige kognitive, sproglige, emotionelle og sociale udvikling.
- 

#### **Kommunale indsatser:**

- Hjemmebesøg af sundhedsplejersker er et universelt tilbud til alle familier. Samtidig rettes ekstra opmærksomhed mod at nå de socialt og psykisk mindre ressourcerstærke familier, herunder familier med misbrugsproblemer.
  - Opsøgende indsats for at sikre, at alle børn, og i særlig grad børn med hæmmet social og kognitiv udvikling, kommer til de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis.
  - Fuldstændig dækning og aktiv rekruttering af børn med særlige behov til daginstitution og børnehaveklasse.
- 

#### **Indikatorer for faktoren:**

- Andel spædbørn, der ammes ved 4-måneders alderen (Børnedatabasen).
  - Resultat af skolemodenhedsprøve ved 6-års alder og læseevne efter 1. klasse efter forældres uddannelse og indkomst.
- 

#### **Indikatorer for indsatser:**

- Sundhedsplejerskernes ydelser fordelt efter forældres indkomst og uddannelse.
  - Andel af nyfødte, der tilses af sundhedsplejen inden syv dage efter hjemkomst.
  - Ydelser ved forebyggende børneundersøgelser efter forældres uddannelse og indkomst.
  - Andel børn i daginstitution fordelt efter forældre uddannelse og etnicitet.
  - Børn med særlige behovs brug af daginstitutioner og førskole.
- 



ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSER

SOCIAL UDSATHED

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

ARBEJDSMILJØ

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

NÆRMILJØ

SUNDHEDSADFÆRD

# Skolegang og ungdomsuddannelse

Uddannelse er en vigtig forudsætning for senere at kunne finde fodfæste på arbejdsmarkedet. Kravene til uddannelse er øget i takt med, at samfunds- og arbejdslivets krav i højere grad forudsætter intellektuelle og boglige færdigheder.

Stort set hele befolkningen har afsluttet grundskolen, og 98 % af en ungdomsårgang fortsætter i en uddannelse inden for fem år efter afsluttet 9. klasse. Men frafaldet, specielt på de erhvervsfaglige uddannelser, er relativt højt (ca. 50 %). Gennem de seneste år har der konstant været ca. 15 % af en årgang, der hverken opnår erhvervs- eller studiekompetence. Halvdelen af de unge, der ikke har en uddannelse, overgår til kontanthjælp, når de fylder 18 år.

Den væsentligste årsag til, at unge ikke afslutter en ungdomsuddannelse er, at de har forskellige psykosociale problemer. Dette er centralt i forhold til tilrettelæggelsen af indsatser med henblik på at opnå positiv effekt på deres trivsel, helbred og uddannelsestilknytning.

Manglende uddannelse bliver et stadig større problem, jo ældre borgeren er. Blandt andet har ufaglærte i voksenalderen størst risiko for langvarige arbejdsløshedsperioder og tidlig tilbagetrækning. Ophobningen af risikofaktorer blandt personer med kort skolegang medfører en kraftig overdødelighed.

Skolerne har en opgave i at rumme børn, som har svære sociale problemer, og at sikre, at de afslutter grundskolen med de grundlæggende boglige færdigheder. Derudover er adgangen til praktikpladser af stor betydning for, om mange unge får en uddannelse.

## Hvad kan kommunen gøre?

Kommunens fokus på at reducere antallet af unge, som ikke afslutter en ungdomsuddannelse starter helt fra indskolingsalderen. Det handler om at arbejde med en aktivt opsøgende pædagogisk indsats, der sikrer, at *alle* børn får de grundlæggende kompetencer – særligt vigtigt er læsefærdigheder. Der skal være ressourcer til, at indskolingen foregår i forholdsvis små klasser, og at lærerne har stærke kompetencer inden for undervisning i de grundlæggende boglige færdigheder.

Det er vigtigt, at kommunen sikrer, at folkeskolen er aktivt motiverende også for de børn, som ikke bliver så stærkt stimuleret hjemmefra, samt at kommunen blander velstillede og dårligere stillede børn og giver børnene mulighed for at opleve sejre i dagligdagen for dermed at udvikle selvtillid og handlekompetence.

Der er behov for, at kommunen udvikler ungepolitikker, der inddrager elementer fra social-, integrations-, og boligområdet, da en del unges vanskeligheder med at gennemføre en ungdomsuddannelse kan tilskrives sociale og psykiske problemer. Derudover er der behov for at tilbyde en udvidet vejledningsindsats over for de socialt dårligt stillede og bogligt svage elever.

Der er også behov for, at udbuddet af ungdomsuddannelser med fokus på praktisk læring udvides og målrettes unge, der ikke kan gennemføre et almindeligt bogligt ungdomsuddannelsesforløb. For at mindske frafaldet på ungdomsuddannelser, kan der (i) fokuseres på udvikling af et socialt, pædagogisk og individ-støttende miljø, særligt på de tekniske erhvervsuddannelser, og (ii) sikres adgang til praktikpladser.



---

### **Skolegang og ungdomsuddannelse**

Unge, som ikke får mindst en ungdomsuddannelse, har svært ved at finde fodfæste på arbejdsmarkedet, og der er dermed høj risiko for langvarige arbejdsløshedsperioder, fattigdom og tidlig tilbagetrækning. Kort skolegang hænger sammen med en ophobning af risikofaktorer for dårligt helbred og forhøjet risiko for at dø i en ung alder.

---

#### **Mål:**

- At reducere andelen af unge, som afslutter skolen uden en ungdomsuddannelse.
- 

#### **Kommunale indsatser:**

- Indskolingen arbejder med en aktiv, opsøgende, pædagogisk indsats, der sikrer, at *alle* børn får de grundlæggende kompetencer.
  - Der er fokus på, at folkeskolen er aktivt motiverende – også for de børn, som ikke bliver så stærkt stimuleret hjemmefra, fx ved at blande velstillede og dårligere stillede børn, og give børnene mulighed for at opleve sejre i dagligdagen.
  - Der tilbydes en udvidet vejledningsindsats til socialt dårligt stillede og bogligt svage elever.
  - Ungdomsuddannelser med fokus på praktisk læring målrettes unge, der ikke kan gennemføre et almindeligt bogligt ungdomsuddannelsesforløb.
  - Der fokuseres på udvikling af et socialt, pædagogisk og individ-støttende miljø, særligt på de tekniske erhvervsuddannelser.
  - Der sikres adgang til praktikpladser fra alle erhvervsskoler.
- 

#### **Indikatorer for faktoren:**

- Andel, som præsterer på laveste niveauer i nationale test i 9. klasse fordelt på forældres uddannelse.
  - Andel unge, som afslutter skolen uden en ungdomsuddannelse, inden de er fyldt 18 år.
  - Andel unge i alderen 15-17 år, som ikke er i arbejde eller uddannelse.
  - Andel unge, som søger, men ikke får en praktikplads fordelt på etnicitet.
- 

#### **Indikatorer for implementering:**

- Antal anmeldelser til forebyggende foranstaltninger for udsatte unge fra daginstitutioner, skoler og sundhedspersonale.
  - Tilbud til unge, som ikke kan klare en ungdomsuddannelse.
  - Antal, som søger, men ikke får praktikplads.
  - Andel kortuddannede, som deltager i voksenuddannelse.
  - Social segregering på skole(klasse)niveau målt som blanding af elever med varierende socio-økonomisk baggrund.
-

SOCIAL UDSATHED

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

ARBEJDSMILJØ

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSER

SUNDHEDSADFÆRD

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

NÆRMILJØ

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE



# Sundhedsadfærd

Der er klare sociale forskelle i forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i befolkningen, og denne forskel er steget markant de seneste 20 år. Usunde vaner omkring tobaksrygning, alkohol, mad og fysisk inaktivitet er i stigende grad koncentreret blandt socialt dårligere stillede grupper. Det samme gælder overvægt, forhøjet blodfedtniveau og blodtryk, som er en følge af usunde vaner. De enkelte risikofaktorer forstærker desuden hinandens negative effekt på en række af de store folkesygdomme. De ti sygdomme, der bidrager mest til sygdomsbyrden i Danmark, er:

- KOL
- Hjertesygdom
- Alzheimer (demens)
- Lungekræft
- Depression
- Alkoholafhængighed
- Hørenedsættelse
- Diabetes
- Levercirrose
- Slagtilfælde



Disse sygdomme er samtidig dem, som bidrager mest til uligheden i sundhed i Danmark. Sammenlagt står de for 85 % af uligheden i sygdomsbyrde (målt efter uddannelseslængde). Usunde vaner omkring tobaksrygning, alkohol, mad og fysisk inaktivitet er centrale risikofaktorer for de nævnte sygdomme og spiller dermed en afgørende rolle for den voksende ulighed i sygelighed og dødelighed.

Hertil kommer, at usunde vaner også påvirker den biologiske og psykologiske aldringsproces i negativ retning. Dels fordi risikofaktorerne ophobes i kroppen over tid, og dels fordi de nævnte sygdomme kan fremskynde tidlig aldring og tidlig tab af funktionsevne. Kortuddannede, som ryger og er fysisk inaktive og overvægtige, er præget af tidlige aldringstegn og funktionstab og oplever også sig selv som ældre end jævnaldrende.

Hvad kan kommunen gøre?

Virkemidler for sundere adfærd omkring tobak, alkohol, fysisk aktivitet og mad kan opdeles i strukturelle og individorienterede indsatser. De **strukturelle indsatser** har en stor effekt på hele befolkningens sundhedsadfærd og har samtidig en særlig stor effekt blandt personer med lav uddannelse.



### Strukturelle forebyggelse af usund adfærd

Forebyggelse, der gennem lovgivning, styring og regulering, har til formål at skabe sundhedsfremmende rammer.

I en kommunal sammenhæng kan strukturelle tiltag omfatte politikker for kommunens forskellige organisations- og institutionsområder (børneinstitutioner, skoler, klubber, idrætscentre, kommunale arbejdspladser, bo- og væresteder, plejehjem), tilgængelighed og byplanlægning.

Kommunens **individrettede tilbud** kan blandt andet omfatte rygestopkurser, kostvejledning, fysisk aktivitet, misbrugsbehandling, mødregrupper og tilbud om sociale netværksaktiviteter. Indsatser, der kombinerer strukturelle tiltag med målrettede tilbud, der er proaktive og opsøgende i forhold til socialt dårligere stillede grupper, har en positiv effekt på ulighed i sundhed. Medarbejderne kan gives kompetencer i specifikke metoder, der er særligt effektive i arbejdet med socialt udsatte grupper.

#### Tobak

Rygeforbud i det offentlige rum og rygeforbud på arbejdspladser kan nedbringe social ulighed i rygning. Det mindsker også antallet af personer, der udsættes for passiv rygning. Særligt er denne slags rygeforbud med til at reducere antallet af unge, som begynder at ryge.

En proaktiv, opsøgende rekrutterings- og henvisningsstrategi til rygestop kan mindske den sociale ulighed i rygning. Denne tilgang kan understøttes af gratis medicinsk rygeafvænnings.

#### Alkohol

Selvom der ikke er en sammenhæng mellem lav indkomst/lavt uddannelsesniveau og forbrug af alkohol, er der alligevel behov for at have et ulighedsperspektiv på alkoholforbrug, fordi de sociale og sundhedsmæssige konsekvenser af alkoholforbruget rammer socialt dårligere stillede hårdere end socialt bedre stillede.

En effektiv strategi til at reducere alkoholforbruget er at begrænse udbuddet af alkohol i nærområdet. Det kan ske gennem alkoholpolitikker og alkoholforbud på kommunens arbejdspladser, i skoler, klubber og idrætscentre. Kommunen kan også reducere antallet af udskænkingssteder med alkoholbevilling i nærområder og i nærheden af uddannelsesinstitutioner, og indskrænke det tidsrum, hvor der kan købes alkohol.

For folk, der drikker over højrisikogrænsen, men som ikke er alkoholafhængige, kan screening efterfulgt af en kort rådgivning reducere alkoholforbruget. Den slags interventioner skal tilrettelægges, så de er aktivt opsøgende over for borgere, som har lave indkomster, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet eller psykiske lidelser. Det samme gælder egentlige alkoholbehandlingstilbud.

## Mad, bevægelse, overvægt

Tilgængelighed af sund mad spiller en central rolle i forhold til at påvirke borgerne madvaner i en sund retning. Madpolitikker, der fremmer sund mad i kommunens institutioner og organisationer, er væsentlige. Indkøbsrutiner og madlavningskurser for botilbud, hvor beboerne selv tilrettelægger måltider, kan også tænkes ind i kommunens madpolitik. Kommunen kan også tilbyde individ- eller gruppeorienterede tilbud på kostområdet, baseret på skræddersyet kostvejledning, information, motivation og opfølgning.

De mest effektive indsatser omkring fysisk aktivitet er strukturelle tiltag. Det kan typisk være gennem ændringer i de fysiske omgivelser, så de inviterer til fysisk aktivitet for alle aldersgrupper, og gør aktiv transport og bevægelse til det letteste og mest tilgængelige valg (anlæg af cykelstier, opstilling af bænke, der gør det muligt for ældre at gå i lokalområdet, grønne arealer, legepladser, synlige trapper i stedet for elevator mv.). Der kan indlægges fysisk aktivitet dagligt i skoledagen. Det kan blandt andet gøres ved systematisk at sikre, at børnene kommer ud i frikvartererne, systematisk at inddrage skolens omgivelser og natur i undervisningen, og ved



at have flere idrætstimer. Kommunen kan sikre alsidige og fysiske fritidstilbud, der kan reducere børns stillesiddende tid foran computer og fjernsyn.

Både byplanlægning, der inviterer til fysisk aktivitet, og fritidstilbud om fysisk aktivitet målrettes udsatte boligområder.

## Tidlig aldring

Forebyggelse af tidlig aldring handler om at afhjælpe, at nogle borgere allerede som midaldrende begynder at føle sig nedslidte og i sidste ende at undgå eller udskyde afhængighed af hjælp, hospitalsindlæggelser og anbringelse på plejehjem. Den overvejende del af indsatserne ligger tidligere i borgernes liv, fx som forebyggelse af kronisk sygdom gennem god sundhedsadfærd, forebyggelse af dårligt arbejdsmiljø og skader samt forebyggelse af arbejdsløshed. Disse indsatser er beskrevet under de tilhørende faktorer.

Vedligeholdelse via fysisk aktivitet har altovervejende betydning for midaldrende og ældre med nedsat funktionsevne. Vedligeholdelse drejer sig både om de sociale og mentale aspekter af livet. Indsatser, der både omfatter fysiske, mentale og sociale elementer, er de mest effektive for at bevare ældre voksnes funktionsniveau længst muligt. Derudover skal et element i indsatsen gå ud på at opspore, involvere og fastholde lavtuddannede, økonomisk dårligere stillede midaldrende og ældre, som har brug for støtte omkring rygning, inaktivitet og overvægt.

Kommunens samarbejde med almen praksis er særlig vigtigt på dette område. Der er behov for en opsøgende og motiverende indsats for at fastholde midaldrende og ældre med forskellige kroniske sygdomme i et rehabiliteringsforløb.

De forebyggende hjemmebesøg har vist sig at have en gavnlig effekt på ældres mobilitet og kan samtidig bruges som anledning til at screene for tegn på funktionsevnetab. Kommunen kan tilrettelægge indsatsen med forebyggende hjemmebesøg differentieret, så der tages hensyn til at sikre en god effekt blandt de mindre ressourcestærke borgere. Den indledende kontakt til borgerne kan også differentieres for at nå forskellige målgrupper bedst.

---

## Sundhedsadfærd

Usund adfærd omkring tobak, alkohol, mad og fysisk inaktivitet koncentrerer sig blandt socialt dårligere stillede grupper. Det gør overvægt, forhøjet blodfedtniveau og blodtryk også. Disse risikofaktorer forstærker samtidig hinandens effekt på en række store folkesygdomme. Derfor spiller sundhedsadfærd en stor rolle for den voksende ulighed i dødelighed.

---

### Mål:

- Mindsket tobaksforbrug totalt i kommunen og mindsket andel dagligrygere blandt kortuddannede.
  - Mindsket alkoholforbrug totalt.
  - Mindsket andel med stillesiddende fritid og lav fysisk aktivitet.
  - Mindsket andel med lavt forbrug af frugt/grønt og øget andel med lavt forbrug af mættet fedt.
  - At reducere ulighed i tidlig aldring blandt midaldrende og ældre med kort uddannelse og få økonomiske ressourcer.
- 

### Indsatser:

Indsatser med effekt på ulighed i tobaksrygning:

- Rygeforbud indendørs i alle kommunale institutioner og arbejdspladser.
- Håndhævelse af forbud af salg til personer under 18 år.
- Aktiv opsøgende rådgivning og rekruttering til rygestopkurser rettes særligt til personer med kort uddannelse, lave indkomster, psykiske lidelser og uden tilknytning til arbejdsmarkedet.

Indsatser med effekt på ulighed i alkoholskader:

- Salgssteder og åbningstider begrænses.
- Begrænsning af antal udskænkningstilladelser særligt i boligområder og nær uddannelsesinstitutioner.
- Alkoholpolitikker med skærpede regler for alkoholbrug i skoler og andre uddannelsesinstitutioner indføres på alle institutioner og arbejdspladser.
- Aktiv opsøgende rådgivning og alkoholbehandlingstilbud til mennesker med kort uddannelse, lave indkomster, psykiske lidelser og uden tilknytning til arbejdsmarkedet.

Indsatser med effekt på social ulighed i mad, fysisk aktivitet, overvægt:

- Udarbejdelse af sundhedspolitikker på arbejdspladser og skoler, som sikrer, at de sunde valg bliver de lette valg, fx i kantinerne.
- Fysisk aktivitet mindst en time i skoledagen, blandt andet ved en struktur som sikrer, at børn kommer ud i frikvarterer i skolegårde, som indbyder til fysisk aktivitet.
- Fysiske indsatser for øget fysisk aktivitet rettes mod udsatte boligområder og indrettes, så rammerne både gavner børn, midaldrende og ældre.
- Tiltag for at begrænse børns stillesiddende fritid ved tv og computer.

Indsatser med særlig effekt på tidlig aldring:

- Programmer med fysisk aktivitet for midaldrende og ældre, herunder aktivitetsprogrammer, der også indeholder sociale elementer samt træningstilbud som motion på recept.
  - Systematisk samarbejde mellem almen praksis og kommunen i forhold til dårligere stillede midaldrende og ældre, fx borgere med kronisk sygdom.
  - Tilbud om forebyggende hjemmebesøg til alle ældre, med differentierede indsatser i overensstemmelse med differentierede behov og med særlig fokus på at nå ældre med få økonomiske ressourcer.
  - Tandplejetilbud til ældre støttes for at opnå mere regelmæssig tandpleje.
-

---

**Indikatorer for faktoren (alle indikatorer følges fordelt på uddannelse):**

- Andel, som ryger dagligt.
- Andel udsat for passiv rygning.
- Andel, som drikker over 14/21 genstande/uge og jævnligt >5 genstande per gang.
- Andel i kommunen, som spiser < 600g frugt/grønt dagligt.
- Andel, som drikker sodavand dagligt.
- Andel med  $25 < \text{BMI} < 30$  og  $\text{BMI} > 30$ .
- Andel, som er fysisk inaktive i fritiden, og andel som er mindst moderat fysisk aktive (fire timer om ugen).

---

**Indikatorer på indsatsen:**

- Antal rådgivningsinitiativer/monitoreringsindsatser for håndhævelse af aldersgrænse
  - Antal udskækningssteder.
  - Antal rygestoptilbud.
  - Antal skoler med politikker om alkohol, mad og fysisk inaktivitet.
  - Antal kommunale arbejdspladser med politikker om alkohol, mad og fysisk inaktivitet.
  - Fysiske indsatser for øget fysisk aktivitet.
  - Antal forebyggende hjemmebesøg med fokus på tidlig funktionsnedsættelse fordelt på indkomst/formue.
  - Tilbud om fysisk aktivitet og sociale netværk for ældre i nærområdet.
  - Antal ældre, som henvises til fysisk aktivitet fra egen læge.
- 



BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

ARBEJDSMILJØ

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

NÆRMILJØ

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSER

SUNDHEDSADFÆRD

SOCIAL UDSATHED



# Arbejdsmiljø

Inden for arbejdsmiljøområdet er der sket en effektiv reduktion af fysiske og kemiske risikofaktorer i arbejdsmiljøet. Det har betydet, at forekomsten af arbejdsbetingede sygdomme som hjerneskadener, hudsygdomme, høreskader og lungesygdomme er mindsket, hvilket i høj grad har bidraget til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Udviklingen er dog mindre positiv omkring arbejdsrelaterede sygdomme i bevægeapparat (nakke, skulder, ryg) samt psykiske lidelser og arbejdsulykker. Psykiske lidelser og smerter i bevægeapparat (sammen med hjertesygdom) spiller en stor rolle for ulighed i sygdomsbyrden.

Den sociale ulighed i arbejdsmiljørelaterede sygdomme skyldes, at kortuddannede oftere har job med dårligere arbejdsmiljø. Det fysiske arbejdsmiljø i job til kortuddannede og med lav løn er præget af forhold, der forårsager arbejdsulykker og muskelskeletbesvær. Det psykiske arbejdsmiljø er karakteriseret af lav grad af indflydelse, ringe udviklingsmuligheder og større usikkerhed i ansættelsen.

Psykiske og ergonomiske arbejdsmiljøforhold har ikke kun betydning for risikoen for at blive syg. De har også stor betydning for arbejdsevnen, når man er syg. Det er de samme fysiske og psykiske arbejdsmiljøforhold, der er afgørende for forekomsten af sygefravær, tildeling af førtidspension og for muligheden for at vende tilbage til arbejde efter, eller med, sygdom.

## Hvad kan kommunen gøre?

Den kommunale indsats for at reducere social ulighed i sundhed skal både have et stærkt fokus på det fysiske arbejdsmiljø (ergonomi og ulykker) og det psykiske arbejdsmiljø.

Kommunen har primært mulighed for at påvirke de kommunale arbejdspladser, som ofte tegner sig for en stor del af arbejdspladserne i kommunen. Kommunen kan anvende arbejdspladsvurdering (APV) systematisk på de kommunale arbejdspladser for at opspore risikofaktorer omkring psykisk arbejdsmiljø, muskelskeletpåvirkninger og ulykkesrisici.

I forhold til det psykiske arbejdsmiljø kan kommunen tage initiativer, der bidrager til, at kommunale medarbejdere sikres indflydelse på eget arbejde, at der er udviklingsmuligheder i arbejdet, samt at der er en rimelig balance mellem arbejdskrav og medarbejdernes muligheder for at løse opgaverne i form af ressourcer og kompetencer. Det er også vigtigt at sørge for, at der er politikker og støtte omkring håndtering og reduktion af stress.

I relation til nedbringelse af ergonomiske belastninger er det mest afgørende, at sikre at de ansatte oplever tilfredshed med arbejdspladsens indretning. Det er også vigtigt at sikre, at borgere med muskel- og skeletbesvær kan holde sig fysisk i gang, og at arbejdspladser og arbejdsforhold tilpasses, så mennesker med muskel- og skeletbesvær sikres mulighed for at fastholde deres arbejde, evt. på nedsat tid.

Den kommunale indsats for at reducere arbejdsulykker er i høj grad sammenfaldende med den ergonomiske indsats, fordi der især er tale om ulykker i pleje- og omsorgssektoren som følge af fx vrid, tunge løft og dårlige arbejdsstillinger.

Endelig er det centralt for at reducere ulighed i sundhed, at indsatser for et bedre arbejdsmiljø integreres med indsatser til forbedring af sundhedsadfærd (se også afsnittet om sundhedsadfærd). Dels fordi der er et sammenfald mellem dårligt arbejdsmiljø og dårlig sundhedsadfærd hos kortuddannede, som øger risikoen for belastning og sygdom. Dels fordi indsatser til forbedring af arbejdsmiljøet kan forventes at have større effekt blandt medarbejdere, der lever sundt.

---

## Arbejdsmiljø

Den sociale ulighed i arbejdsmiljørelaterede sygdomme skyldes, at kortuddannede oftere har et fysisk arbejdsmiljø præget af forhold, der forårsager arbejdsulykker og muskelskeletbesvær, og et psykisk arbejdsmiljø, der er karakteriseret af lav indflydelse, ringe udviklingsmuligheder og større usikkerhed i ansættelsen.

---

### Mål:

- At reducere ergonomiske risikofaktorer (tunge løft, bøjede arbejdsstillinger og ensidige gentagne bevægelser).
  - At reducere psykiske risikofaktorer i arbejdet.
  - At reducere arbejdsulykker.
- 

### Indsatser:

- Arbejdspladsens indretning skal skabe tilfredshed og trivsel blandt medarbejderne og indeholde specifikke ergonomiske forbedringer.
  - Borgere med muskel- og skeletbesvær sikres vejledning og muligheder for at holde sig fysisk i gang, herunder muligheder for at varetage et lettere arbejde.
  - Systematisk anvendelse af APV til at sætte fokus på psykisk arbejdsmiljø, muskelskeletpåvirkninger og ulykkesrisici.
  - Medarbejdere sikres indflydelse på eget arbejde, udviklingsmuligheder i arbejdet, en rimelig balance mellem arbejdskrav og muligheder for at løse opgaverne i form af ressourcer og kompetencer samt politikker og støtte ift. håndtering og reduktion af stress.
  - Integration af indsatser for bedre arbejdsmiljø og forbedret sundhedsadfærd udvikles – især for jobfunktioner og medarbejdere med store arbejdskrav og mindre sund adfærd.
- 

### Indikatorer for faktoren (på kommunale arbejdspladser):

- Andel dagligt eksponerede for tunge løft over 20 kilo, forvredne og bøjede arbejdsstillinger, gentagne ensidige bevægelser.
  - Andel eksponerede for lav indflydelse, ringe udviklingsmuligheder og for store jobkrav ift. afsatte ressourcer til at løse arbejdsopgaver.
  - Antal arbejdsulykker.
  - Dækningsgrad af politikker og støtte ift. håndtering og reduktion af stress.
- 

### Indikatorer på indsatsen:

- Integration af fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø i ledelsesudvikling.
  - Antal tilsyn på arbejdspladser med højt sygefravær og mange arbejdsmiljøovertrædelser.
  - Integreerede indsatser for bedre arbejdsmiljø og sundhedsfremme.
-

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSE

NÆRMILJØ

SOCIAL UDSATHED

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

ARBEJDSMILJØ

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

SUNDHEDSADFÆRD

## Nærmiljø

Lokalområdets miljø og befolkningssammensætning påvirker de borgere, der bor i området både i forhold til deres sociale position og helbred. For børn ses en sammenhæng mellem 'lokalområde-effekt' og af, hvordan børnene klarer sig i skolen, hvordan de senere klarer sig på arbejdsmarkedet, og på deres indkomst som voksne. Det skal dog nævnes, at boligområdets effekt er betydeligt svagere end familiær baggrund og elevsammensætningen på den skole, som barnet går på.

Den skæve helbredsfordeling blandt borgere i forskellige kommuner og bydele kommer til udtryk, hvis man ser på middellevetiden på kommuneniveau på tværs af Danmark. Middellevetiden svinger fx fra 75 år i Lolland kommune til 78,9 år i Sønderborg kommune. Mellem storbyernes forstæder er forskellene endnu større. Fx er middellevetiden 75,6 år i Ishøj til forskel fra 79,5 år i Rudersdal, og inden for bydelene i København er forskellene i middellevetid op til 6-7 år. Dette afspejler, at arbejdsmarkedet og boligmarkedet sorterer mennesker geografisk efter både uddannelse, beskæftigelse og indkomst – det, som også kaldes 'boligsegregering'. Boligsegregering er særligt udbredt i de større byer, selvom der også i mindre byer og på landet er socialt belastede lokalsamfund. På landet er det i stor udstrækning mekanismer som mangel på arbejde og afstand til service, der udgør en begrænsende rolle for beboernes muligheder. I byerne drejer det sig i højere grad om en akkumulering af sociale belastninger i nærområdet og folgerne deraf.



## Hvad kan kommunen gøre?

Der er to overordnede tilgange til at undgå negativ boligsegregering for kommunen. Den ene handler om store strukturelle tiltag for at undgå segregering i byplanlægningen og boligpolitikken. Det kan fx handle om, at der i byplanlægningen fokuseres på at blande boliger med forskellige ejerskabsformer (fx almene boliger, lejeboliger og ejerboliger), da det vil kunne modvirke boligsegregering. Den anden er at fokusere på at mindske de negative effekter af segregering i allerede belastede områder. Her er problemstillingen sværere, fordi det er den sociale udvikling i sådanne bydele, der skal ændres på. I disse tilfælde er det nødvendigt at knække den negative spiral, områderne er viklet ind i. Tiltrækningen af ressourcer stærke beboere vil sandsynligvis forudsætte en forbedring af områdets omdømme og udseende i form af boligernes standard, størrelse, ejerform, afstand fra grønne områder og serviceydelser, samt gener fra trafik, støj og forurening. En reduktion af huslejen kan samtidig medvirke til at fastholde beboere, som er i beskæftigelse, da mange af disse borgere ikke modtager boligsikring.

For at reducere nogle af boligsegregeringens effekter på børn og unges udvikling kan kommunen arbejde med at omfordele ressourcer inden for kommunen. Det kan handle om et intensivt SSP-arbejde med børn og unge eller vedtagelse af politikker, der effektivt støtter skoler i belastede områder for at undgå yderligere segregering og de relaterede sociale konsekvenser for børnene.



---

**Nærmiljø**

Der er en betydelig variation i middellevetiden fra de fattigste til de rigeste kommuner og bydele. Det skyldes især, at arbejds- og boligmarkedet sorterer mennesker geografisk efter indkomst, beskæftigelse og helbred. Personer anvist til almennyttige boliger har ofte dårligere helbred og ringere indkomst. Boligområder, der er domineret af mennesker med få ressourcer, risikerer et socialt belastet miljø, der får indflydelse på specielt børn og unges senere sociale position og helbred.

---

**Mål:**

- Reduktion af social segregering i boligområder.
  - Reduktion af segregering i daginstitutioner og skoler, idrætsklubber etc.
- 

**Indsatser:**

- Byplanlægningen tager hensyn til, at boliger med forskellige ejerskabsformer blandes, og at andelen af almene boliger fordeles ligeligt på tværs af kommunegrænser for at modvirke segregering.
  - Byfornyelsesprojekter kombinerer fysiske, organisatoriske, finansielle og sociale indsatser, som sikrer overensstemmelse mellem boligkvalitet og pris og forbedrer de fysiske omgivelser for at skabe attraktive boligområder.
  - Daginstitutioner, skoler og gymnasier i de mindre privilegerede områder gøres attraktive for at fremme de lokale børns udvikling og for at forebygge segregeringens effekter på børn og unge.
- 

**Indikatorer for faktoren:**

- Andel børn, som vokser op i lokalsamfund (sogn eller tilsvarende) med >10 % fattige eller >25 % uden for arbejdsstyrken.
  - Geografisk variation i andel almennyttige boliger.
- 

**Indikatorer for indsatser:**

- Blanding af ejerskabsformer ved nybyggeri.
  - Integration af fysiske og sociale indsatser i byfornyelse.
  - Kompenserende ressourceallokering til daginstitutioner og skoler.
-

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

ARBEJDSMILJØ

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

SUNDHEDSADFÆRD

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

NÆRMILJØ

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSE

SOCIAL UDSATHED



# Borgere uden for arbejdsmarkedet

Arbejdsløshed rammer betydeligt oftere mennesker med kort uddannelse end med lang uddannelse. Samtidig er sammenhængen mellem arbejdsløshed og helbred stærkere blandt borgere med lavere socioøkonomisk position. Det kan skyldes to ting:

- Dårligt helbred, og ikke mindst psykiske lidelser, øger risikoen for at bliver arbejdsløs.
- Arbejdsløshedssituationen påvirker ens helbred. Især er det vist, at arbejdsløshed har en effekt på mentalt helbred, særlig depressioner. Effekten er større, når arbejdsløsheden er forbundet med økonomisk stress.

Der er cirka 400.000 borgere på helbredsrelaterede overførselsindkomster (førtidspension, fleksjob, sygedagpenge, revalidering, skånejob) i Danmark. Derudover er der yderligere 410.000 personer, som modtager arbejdsløshedsunderstøttelse, kon-tanthjælp, efterløn mv. Disse ydelser er ikke direkte helbredsrelaterede, men der ses dog ofte en sammenhæng til dårligt helbred. Mange af de borgere, der er på disse ydelser, oplever ikke alene langvarig arbejdsløshed, men også egentlig marginalisering fra arbejdsmarkedet.

Over dobbelt så mange kortuddannede som personer med en videregående uddannelse er ekskluderet af arbejdsmarkedet efter langvarig, begrænsende sygdom. Tre ud af fire mænd, som både har været indlagt for psykisk lidelse og har kort uddannelse, forlader arbejdsmarkedet. For veluddannede gælder dette for en ud af tre. De negative konsekvenser af sygdom er altså meget mere udtalte for kortuddannede end for veluddannede.

Langvarig arbejdsløshed er derudover forbundet med en større risiko for brug af anti-depressive midler og har også vist sig at have sammenhæng med meget højt alkoholforbrug (over 35 genstande om ugen) og negativ sammenhæng med rygeophør. Der er også sammenhæng med dødelighed totalt og dødelighed på enkelte dødsårsager som selvmord.

## Hvad kan kommunen gøre?

Kommunerne har ansvaret for beskæftigelsesindsatsen. Det er dog et område, som overordnet er statsligt reguleret, ligesom den overordnede beskæftigelses-situation i høj grad påvirkes af nationale og internationale faktorer.

Kommunen har god mulighed for at sammentænke muligheder for at løse problemer med fx arbejdsløshed og sundhedsmæssige problemer, som nogle borgere

oplever. Det gælder især i forhold til at hjælpe arbejdsløse borgere med psykiske lidelser. For denne gruppe borgere kan der være behov for at kombinere beskæftigelsesindsatsen med sundhedsfaglige indsatser i form af rådgivning, screening og udredning for psykiske lidelser samt indsatser, der skal modvirke, at problemer udvikler sig. Alle disse tiltag kan udgøre en integreret del af jobcentrenes tilbud. Her kan også etableres tilbud med fokus på fysisk aktivitet for at reducere fysiske smerter (fx ryg, nakke, skuldre) og for at forbedre depressionssymptomer.

Et andet centralt element i en kommunal beskæftigelsesindsats er at holde ungdomsarbejdsløsheden så lav som muligt, fordi de første år efter folkeskolen er afgørende for, hvordan man på længere sigt klarer sig på arbejdsmarkedet. Kommunen kan i den forbindelse prioritere indsatsen for at sikre, at flere unge får en ungdomsuddannelse.

Derudover vil det være vigtigt – som en del af flexicurity-modellen – at sikre, at der eksisterer muligheder for omskoling og videreuddannelse for ledige, særligt uuddannede eller kortuddannede ledige.

Hvis eksklusion fra arbejdsmarkedet og de negative helbredsmæssige konsekvenser, det fører med sig, skal reduceres, er der desuden behov for at gennemføre indsatser for at gøre arbejdsmarkedet mere rummeligt for kort uddannelse med nedsat helbred. Det kan gøres gennem indsatser for bedre arbejdsmiljø (se afsnit om dette), gennem etablering af flere arbejdspladser med fleksible arbejdskrav, etablering af uddannelses tilbud, samt ved at forebygge og behandle de helbredsproblemer, som særligt påvirker arbejdsevnen. Det anbefales, at der etableres flerstrengede indsatser for offentlige og private virksomheder med jobtilpasning og socialfaglige indsatser fra jobcentrene, kombineret med sundhedsfaglige indsatser fra egen læge og specialister. Sådanne indsatser kræver koordination mellem behandlere, arbejdspladsen og evt. jobcenteret samt andre aktører omkring borgeren.

For sygemeldte borgere kan indsatser, der sigter mod opretholdelse af daglige aktiviteter, have positiv betydning, sammen med en plan for tidlig og/eller gradvis tilbagevenden til arbejdspladsen med økonomisk kompensation.

---

### **Borgere uden for arbejdsmarkedet**

Der er en klar sammenhæng mellem arbejdsløshed og dårligt helbred, særligt psykiske lidelser. Den stærke sammenhæng skyldes, at dårligt helbred øger risikoen for arbejdsløshed, og langvarig arbejdsløshed øger risikoen for en række negative helbredskonsekvenser, især depression. Sammenhængen ses tydeligst hos kortuddannede.

---

#### **Mål:**

- At reducere langvarig arbejdsløshed, særligt blandt kortuddannede og personer med øget psykisk sårbarhed.
  - At reducere den sociale ulighed i risikoen for at forlade arbejdsmarkedet pga. nedsat arbejdsevne.
- 

#### **Indsatser:**

- Sikre en arbejdsmarkedsmodel, som kombinerer et fleksibelt arbejdsmarked med et godt forsørgelsesgrundlag og en aktiv beskæftigelsesindsats (flexicurity).
  - Sikre muligheder for uddannelse og omskoling, fordi det medvirker til at holde arbejdsløsheden nede blandt personer med kort uddannelse.
  - Sikre indsatser, der søger at holde ungdomsarbejdsløsheden lav, da de første år efter folkeskolen er afgørende for, hvordan man klarer sig på længere sigt.
  - Sikre, at beskæftigelsesindsatsen kombineres med en sundhedsfaglig indsats, med særlig fokus på screening/udredning af psykiske lidelser.
  - De fysiske krav på arbejdspladsen tilpasses det enkelte individs muligheder.
  - Sikre, at der er adgang til forskellige typer af job med fleksible arbejdskrav (fx flexjob).
  - Sikre flerstrengede indsatser fra virksomheder med jobtilpasning, socialfaglige indsatser fra jobcentre og sundhedsfaglige indsatser fra egen læge og speciallæger.
  - Sikre let tilgængelighed af tilbud om fysisk aktivitet for ledige borgere. Dette kan bidrage til at reducere smerter i bevægeapparat og forbedre depressionssymptomer.
- 

#### **Indikatorer for faktoren:**

- Antal arbejdsløse opdelt på uddannelsesniveau, erhverv og alder.
  - Antal arbejdsløse, som overgår til kontanthjælp.
  - Andel af arbejdsløse, som vender tilbage i arbejde.
  - Incidens af langvarigt sygefravær og førtidspension fordelt på uddannelse og diagnoser.
  - Andel af sygemeldte over otte uger, som er i arbejde efter to år, fordelt på uddannelse og erhverv.
- 

#### **Indikatorer for indsatser:**

- Antal indsatser, hvor beskæftigelsesindsatsen kombineres med en sundhedsfaglig indsats – særligt i fht. psykiske lidelser.
  - Antal flexjob og lign. tilbud til personer med nedsat arbejdsevne.
  - Andel af arbejdsløse, som deltager i omskoling og voksenuddannelsesprogrammer.
-

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

SOCIAL UDSATHED

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSER

ARBEJDSMILJØ

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

NÆRMILJØ

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

SUNDHEDSADFÆRD

# Social udsathed

Socialt udsatte er ofte marginaliserede på flere måder. De kan både være ekskluderede fra arbejdsmarkedet, have mistet kontakt med familie og venner, have svært ved at klare sig på boligmarkedet og have mistet retten til sociale ydelser som fx kontanthjælp. Socialt udsatte borgere har en meget høj sygelighed – det gælder i særlig grad til psykisk sygdom. Social udsathed er både årsag til og konsekvens af sygdom, og infektionssygdomme, ulykker og psykisk sygdom er voldsomt overrepræsenteret i gruppen af socialt udsatte i forhold til resten af befolkningen.

Socialt udsatte er en sammensat gruppe, der omfatter hjemløse, misbrugere, prostituerede, svært psykisk syge, og borgere, som har høj risiko for udsathed fx på grund af fattigdom, langvarig arbejdsløshed, misbrug eller alvorlig psykisk sygdom.

Socialt udsattes liv er kendetegnet ved et komplekst samspil mellem fattigdom, hjemløshed, alvorlig psykisk sygdom, misbrug og ikke sjældent en række somatiske sygdomme oveni. Udsatte har derfor ofte brug for både social, medicinsk og psykologisk hjælp. Deres kontakt med det somatiske sundhedsvæsen er præget af skadestuebesøg og akutte indlæggelser, og de savner ofte en fast kontinuerlig kontrol af deres mange kroniske sygdomme. Socialt udsatte, herunder gruppen af fattige og økonomisk dårligt stillede borgere, har ofte alvorlige tandproblemer og mister deres tandsæt før andre. For de fattige borgeres vedkommende skyldes det især, at tandlægebehandling er underlagt brugerbetaling.



## Hvad kan kommunen gøre?

I samarbejdet mellem kommuner og regioner skal det sikres, at der er behandlingstilbud til mennesker, der har sammensatte problemer i forhold til psykisk lidelse, misbrug og social udsathed. Det tværsektorielle samarbejde skal formaliseres, blandt andet i forhold til samarbejde mellem kommunen, sygehus og praktiserende læger.

Kommunen skal integrere misbrugsbehandlingen i de sociale handlingsplaner. Det skal også sikres, at personalets fagsammensætning og kompetencer dækker de udsatte borgeres behov, så de kan håndtere borgernes psykiske problemer sammen med de sociale og fysiske. Men også at sprogbarrierer håndteres i forhold til den forholdsvis store gruppe af socialt udsatte, som ikke taler tilstrækkelig godt dansk.

Det er vigtigt, at der er tilstrækkelig koordination mellem de forskellige former for social støtte og den behandlingsmæssige og rehabiliterende indsats. Det kan fx gøres ved at støtte-kontaktpersonsordninger, socialsygeplejersker eller lignende varetager kontakten mellem involverede myndigheder og behandlings- og plejesystemer for den enkelte udsatte borger.

Kommunen kan sikre bedre adgang til billige boliger for udsatte grupper. Det gælder også boliger til borgere, der ikke kan finde sig til rette i det almene boligbyggeri, fx ”skæve boliger”. Samtidig er det vigtigt med en tidlig indsats for at forhindre, at mennesker med få sociale og økonomiske ressourcer bliver sat ud af egen bolig. Det kan fx være individuel boligstøtte, udslusningstilbud eller et differentieret sanktions-/belønningssystem, der knytter an til misbrugsfrihed.

Det er nødvendigt med en opsøgende indsats over for de borgere, der ikke er brugere af nogen sociale tilbud. Kommunen kan udvide og udvikle tværfaglige opsøgende indsatser, som fungerer på de udsattes præmisser, fx teams med gadesygeplejersker eller socialsygeplejersker samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner. Her arbejdes der med en skadesreducerende tilgang, der fokuserer på at minimere de negative sundhedskonsekvenser af social udsathed. Der kan også oprettes tandklinikker for hjemløse og andre socialt udsatte efter koncept fra ’Bissernes’ tandpleje, som er udbredt i flere store kommuner i landet. Mindre kommuner kan etablere samarbejde med andre kommuner, der har dette tilbud.

---

**Social udsathed**

Socialt udsatte er ofte ramt af social eksklusion på flere måder. De kan både være ekskluderede fra arbejdsmarkedet, have mistet kontakt med familie og venner samt have svært ved at klare sig på boligmarkedet. Socialt udsatte har en meget høj sygelighed – især i forhold til psykisk sygdom. Social udsathed er både årsag til og konsekvens af sygdom.

---

**Mål:**

- At reducere sygdomsbyrden blandt socialt udsatte.
- 

**Indsatser:**

- I samarbejdet mellem kommuner og regioner skal der i højere grad være behandlingstilbud til mennesker, der har sammensatte problemer i forhold til psykisk lidelse, misbrug og social udsathed.
  - Der skal sikres tilstrækkelig koordination mellem de forskellige former for social støtte samt den behandlingsmæssige og rehabiliterende indsats.
  - Misbrugsbehandlingen skal integreres med sociale handlingsplaner, og personalet skal efteruddannes til i højere grad at kunne håndtere brugernes psykiske problemer.
  - Udsatte grupper skal sikres bedre adgang til boliger – herunder ”skæve” boliger.
  - Opsøgende indsatser samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner bør udvikles og udvides, så der opnås en større og mere tilfredsstillende dækning, en formalisering af det tværsektorielle samarbejde, samt håndtering af evt. sprogbarrierer.
- 

**Indikatorer for faktoren:**

- Antal hjemløse.
  - Antal, som i mere end tre måneder har boet på væresteder, herberger og andre midlertidige boliger.
  - Antal, som udskrives fra psykiatrisk indlæggelse eller fængselsophold uden fast bolig
  - Indkomst og beskæftigelse blandt personer, som året inden har været indlagt for psykiatrisk diagnose.
  - Dødelighed blandt personer uden for arbejdsstyrken, som har været indlagt for psykiatrisk diagnose inkl. misbrug.
- 

**Indikatorer for indsatser:**

- Antal udsættelser fra bolig pga. psykisk afvigende adfærd.
  - Antal pladser for behandling med kombinerede psykiatriske, misbrugs- og sociale problemer.
  - Antal udsatte med fast støtte- eller kontaktperson.
-

SOCIAL UDSATHED

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

NÆRMILJØ

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSER

SUNDHEDSADFÆRD

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

ARBEJDSMILJØ



# Ulighed i brug af sundhedsydelser

Dette afsnit har en anden karakter end de øvrige. Det skyldes for det første, at den dokumentation, der foreligger om social ulighed i brug af sundhedsydelser, er sparsom og derudover primært omhandler det behandlende sundhedsvæsen. For det andet er kommunens handlemuligheder på dette område i høj grad bundet af samarbejdet med regionerne. Fokus i dette afsnit er derfor på, hvad kommunerne kan gøre for at udvikle og styrke det borgernære sundhedsvæsen og fremme et sammenhængende sundhedsvæsen med særlig opmærksomhed på at reducere social ulighed i sundhed.

Den behandling, rehabilitering og omsorg, der ydes i sundhedsvæsenet, har stor betydning for konsekvenserne af de sygdomme, befolkningen rammes af. I Danmark har vi et lovfæstet princip om let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Alligevel er der en skæv social fordeling i brugen af sundhedsvæsenets ydelser (både kommunalt og regionalt), som ikke hænger sammen med det faktiske behov for disse ydelser. En del af denne ulighed skyldes strukturelle forhold i den måde, sundhedsydelserne er indrettede på. Det kan fx dreje sig om brugerbetaling, og om hvilke sygdomme der har ventetidsgaranti og er dækket af private sundhedsforsikringer. Men det kan også skyldes, at samspillet mellem sundhedsvæsen og borger er påvirket af, hvilken socioøkonomisk baggrund borgeren har. En forhandlingsstærk borger med lang uddannelse, stærkt netværk og mange ressourcer har lettere ved at finde de rigtige indgange, og få en god dialog med sundhedsvæsenet end en kortuddannet borger med få ressourcer og et begrænset netværk. Endelig spiller det sted, man bor – hvilket også er socialt betinget – en rolle for dækningen af sundhedstilbud.

## Hvad kan kommunen gøre?

Det danske sundhedsvæsen har en struktur, hvor praktiserende læger, private og offentlige sygehuse og kommunerne skal samarbejde om de patienter, der kræver længere behandlingsforløb og rehabilitering. Koordineringen af disse opgaver sker gennem sundhedsaftalerne. Formålet med sundhedsaftalen er at få de regionale og kommunale systemer til at spille tæt sammen – og dermed undgå, at den enkelte borger falder mellem de ”to stole”. Kommunerne overtager i stigende grad opgaver, der tidligere har ligget i sygehusregi. Det skyldes nye behandlingsformer, hurtigere forløb og mere ambulante behandling. Dette stiller krav til kommunen om, at sikre en systematisk, helhedsorienteret tilgang i det kommunale sundhedsvæsen. Social ulighed i sundhed er et strukturelt problem og skal derfor tackles med et systematisk frem for et individorienteret perspektiv, hvis det skal lykkes at vende udviklingen.

Et systematisk perspektiv betyder ikke, at man ikke interesserer sig for den enkelte borger. Tværtimod har kommunen en særlig rolle i forhold til at støtte patienter med færre ressourcer, herunder udsatte kroniske patienter, gravide og ældre, til selv at navigere i behandlingssystemet. For disse grupper kan det være nødvendigt med en tovholder, case-manager, støtte-kontaktperson eller andre ordninger, der hjælper den enkelte til at forstå de forskellige indgange og veje i sundhedsvæsenet, til at støtte i fastholdelse i behandling og medicinering og til at vide, hvilke krav man som patient skal leve op til, og hvilke rettigheder man har.

I forhold til det psykiatriske område er det særligt vigtigt, at samarbejdet mellem regional psykiatri, primærsektor, kommunale jobcentre og socialpsykiatri fungerer.

Kommunen har ligeledes en opgave i at sikre en stærk, veludbygget let tilgængelig primærsektor for at sikre en let og lige adgang til sundhedsvæsenet, herunder et så godt samarbejde med almen praksis som muligt, samt sikre, at almen praksis har kendskab til de sundhedsfremmende – og forebyggende – tilbud, som kommunen har til borgerne.



---

### **Ulighed i brug af sundhedsydelse**

Den behandling, rehabilitering og omsorg, der ydes i sundhedsvæsenet, har stor betydning for konsekvenserne af de sygdomme, befolkningen rammes af. I Danmark har vi et lovfæstet princip om let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, men der er alligevel en socialt skæv fordeling af sundhedsvæsenets ydelser, som ikke hænger sammen med behovet. Det ulige forbrug kan forklares med både økonomiske, geografiske, tidsmæssige, organisatoriske og sociokulturelle årsager.

---

#### **Mål:**

- At reducere ulighed i behovsrelateret brug og effekt af sundhedsydelser.
- 

#### **Indsatser:**

- Sikre fokus i sundhedsaftalerne på at mindske social ulighed i sundhed.
  - Monitorering af brugen af forskellige sundhedsydelser, med særligt hensyn til indikatorer for behov og fordelt på sociodemografiske grupper. Et særligt fokus bør lægges på monitorering af de kommunale ydelser til forebyggelse og rehabilitering. Outcome-mål som overlevelse og tilbageværende fra arbejdsmarkedet efter sygdom er også relevante at følge.
  - Styrket integration af de praktiserende lægers virksomhed i det lokale kommunale sundhedsarbejde.
  - Etablering af et stærkere samarbejde mellem psykiatri, primærsektor og kommunale ydelser, hvilket spiller en stor rolle for de socialt udsatte og for dem, som på grund af psykiske lidelser har nedsat arbejdsevne.
  - Særligt fokus på indsatser til mindre ressourcestærke grupper, som ofte tabes i de lange patientforløb med genoptræning og rehabilitering. Det gælder ikke mindst de psykisk syge.
- 

#### **Indikatorer for faktoren:**

- Monitorering af ulighed i brug af sundhedsydelser fordelt på somatisk og psykiatrisk sygdom, inkl. patientforløb og rehabilitering.
  - Ulighed i andel som angiver, at de har haft behov for, men ikke har søgt hjælp.
- 

#### **Indikatorer for indsatser:**

- At der udvikles et system for monitorering af ulighed i brug af sundhedsydelser inkl. patientforløb og rehabilitering.
  - Dækningsgrad af de kommunale forebyggende tilbud.
-

NÆRMILJØ

SKOLEGANG OG  
UNGDOMSUDDANNELSE

SOCIAL UDSATHED

ARBEJDSMILJØ

BORGERE UDEN FOR  
ARBEJDSMARKEDET

NÆSTE SKRIDT

SUNDHEDSADFÆRD

BØRNS TIDLIGE  
UDVIKLING

ULIGHED I BRUG AF  
SUNDHEDSYDELSER

## Næste skridt

Som gennemgangen af de enkelte faktorer har vist, falder målet om at mindske social ulighed i sundhed på mange områder helt eller delvist sammen med de mål, som man i forvejen har inden for andre politikområder end sundhedsområdet. Det handler ikke kun om at forhøje middellevetiden og reducere sygeligheden – det handler om, at den sociale ulighed i sundhed i særdeleshed mindskes, hvis flere børn kan læse og skrive tidligt, flere unge får en ungdomsuddannelse, og arbejdsløsheden mindskes.

Udfordringen ligger derfor ikke i at ”sælge” sundhed som en central værdi for andre politikområder. Det handler om at få tydeliggjort, at de indsatser, der bidrager allermost til en reduktion af social ulighed i sundhed, i virkeligheden er indsatser, der allerede arbejdes på fra andre områder – ofte under andre overskrifter og overordnede mål. Der er ikke tale om et enten- eller, men om et fokus på sammenfaldende mål, fælles indsatser og fælles gevinster.

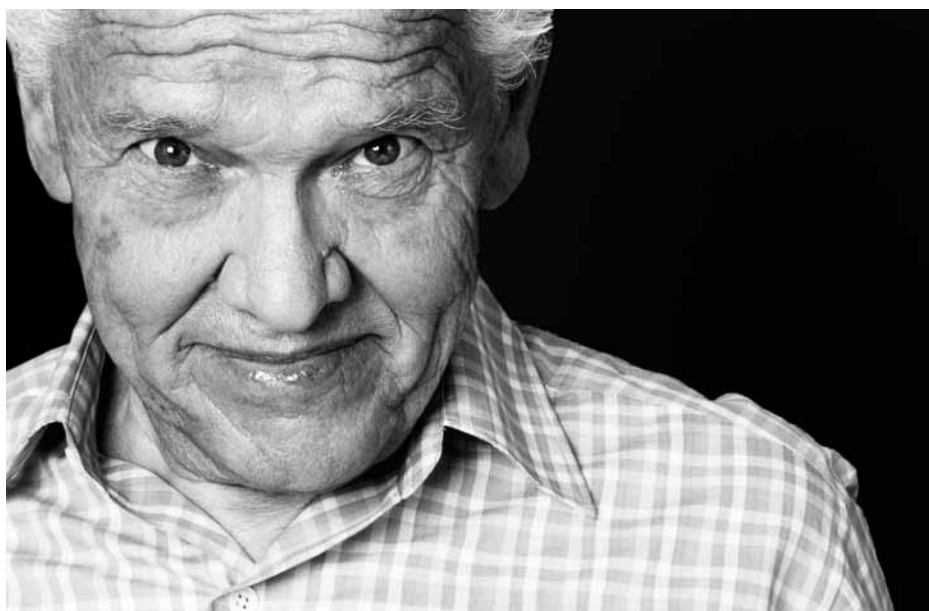
Erfaringer fra andre lande, der har arbejdet målrettet på at reducere ulighed i sundhed, fx England, peger på en række faldgrubber, som har relevans for indsatsen i de danske kommuner:

- Det er væsentligt at tænke i strukturelle indsatser i forhold til de sociale faktorer som gennemgået i denne publikation. Alt for ofte kommer indsatsen til at begrænse sig til tilbud i forhold til individuel adfærd, som fx rygekurser.



- Det er væsentligt at skelne mellem udfordringer og indsatser for socialt udsatte og for den sociale gradient. Ofte handler det problem, som man vil have løst, om den sociale gradient i sundhed, men de indsatser, som man vælger, retter sig mod særlige socialt udsatte grupper.
- Mange indsatser har karakter af finansiering af enkeltstående tidsbegrænsede projekter i socialt udsatte lokalområder eller for udsatte grupper. Det er væsentligt at inddrage de universelle ydelser og langsigtede løsninger.
- Selvom det har været tilstræbt i højere grad at prioritere forebyggende og rehabiliterende indsatser, optager akutbehandlingen en gradvis større del af sundhedsbudgettet.
- Indsatsen for at reducere ulighed i sundhed viser sig først på middellevetiden efter mange årtier. Derfor er det vigtigt også at monitorere indsatserne i forhold til de forskellige faktorer.

At blive enige om en fælles indsats for de forskellige berørte områder kræver først og fremmest politisk koordinering på tværs af myndigheder og politikområder. At føre en tæt dialog om en fælles tværsektoriel sundhedspolitik bliver lettere, hvis det er tydeligt, hvilke indsatser der er tale om, og hvordan de kan gribes an. Det er forhåbningen, at denne publikation har bidraget hertil, og at den vil udgøre en trædesten for et fortsat og styrket samarbejde om at reducere sociale forskelle i sundhed.





[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf. 72 22 74 00

Enhed for Sunde Rammer  
[sura@sst.dk](mailto:sura@sst.dk)