



**Ulighed i
sundhed**

3F vil gøre op med ulighed i sundhed

3F ønsker, at der gøres op med uligheden i sundhed, der på flere områder bliver stadig større. Det er uretfærdigt og koster samfundet milliarder af kroner hvert år i sygdom og tabt arbejdskraft.

Alle skal have sikkerhed for samme gode behandling i sundhedssystemet – uanset om man er ufaglært eller direktør. Men uligheden er i dag tydelig, når man ser på uddannelse og endnu tydeligere, når man ser på indkomst. For begge parametre betyder det, at 3F's medlemmer er blandt dem, der taber mest på den store ulighed.

En lang række parametre har betydning for uligheden. Noget skyldes levevis, men også nedslidende hårdt fysisk arbejde og dårligt arbejdsmiljø spiller en stor rolle. Det er ting, vi kan ændre på, og derfor er uligheden i sundhed ikke stationær. Men det kræver målrettede indsatser på forskellige parametre at mindske uligheden. Det gælder ikke mindst forebyggelse på såvel sundheds- som arbejdsmiljøområdet, men også områder som behandling, genoptræning og brugerbetaling har stor betydning for den ulighed, vi ser i dag og som bliver større dag for dag.

Kommuner skal forpligtiges til i højere grad at rette deres sundhedsfremmende indsatser mod de mere udsatte målgrupper.

Nedslidende fysisk arbejde og et dårligt sundhedsmiljø har stor betydning for mulighederne for at leve sundt i fritiden: Hvis du fysisk er anstrængt eller slides af dit arbejde, har du ofte ikke kræfter til at motionere, når du har fri. Derfor skal nedslidningen forebygges meget bedre.

Når det handler om sundhed, er det vigtigt, at arbejdspladserne sikrer sunde rammer omkring deres medarbejdere. Et eksempel på dette er muligheden for målrettet fysisk træning i arbejdstiden. Det er flere gange slået fast, at kollektiv træning forbedrer medarbejdernes sundhed. Blandt andet derfor skal arbejdspladserne tage et større ansvar.

Kommuner skal forpligtiges til i højere grad at rette deres sundhedsfremmende indsatser mod de mere udsatte målgrupper. Det kan for eksempel være mod udsatte boligområder eller mod arbejdspladser, hvor man ved, at mange medarbejdere nedslides af hårdt fysisk arbejde. Det er disse målgrupper, der er taberne, når man taler om ulighed i sundhed. Derfor skal kommunerne have et øget fokus på problemet.

I Danmark har vi brugerbetaling på en række sundhedsydelser samt medicin. Men netop dette rammer socialt skævt, og igen er det befolkningsgruppen med de korteste uddannelser og den laveste indtægt, der ofte betaler prisen. Derfor skal brugerbetalingen på for eksempel tandlæge, fysioterapeut og medicin nedsættes. Så kan folk med lavere indkomst have råd til de nødvendige behandlinger, de i mange tilfælde fravælger i dag.



7,6

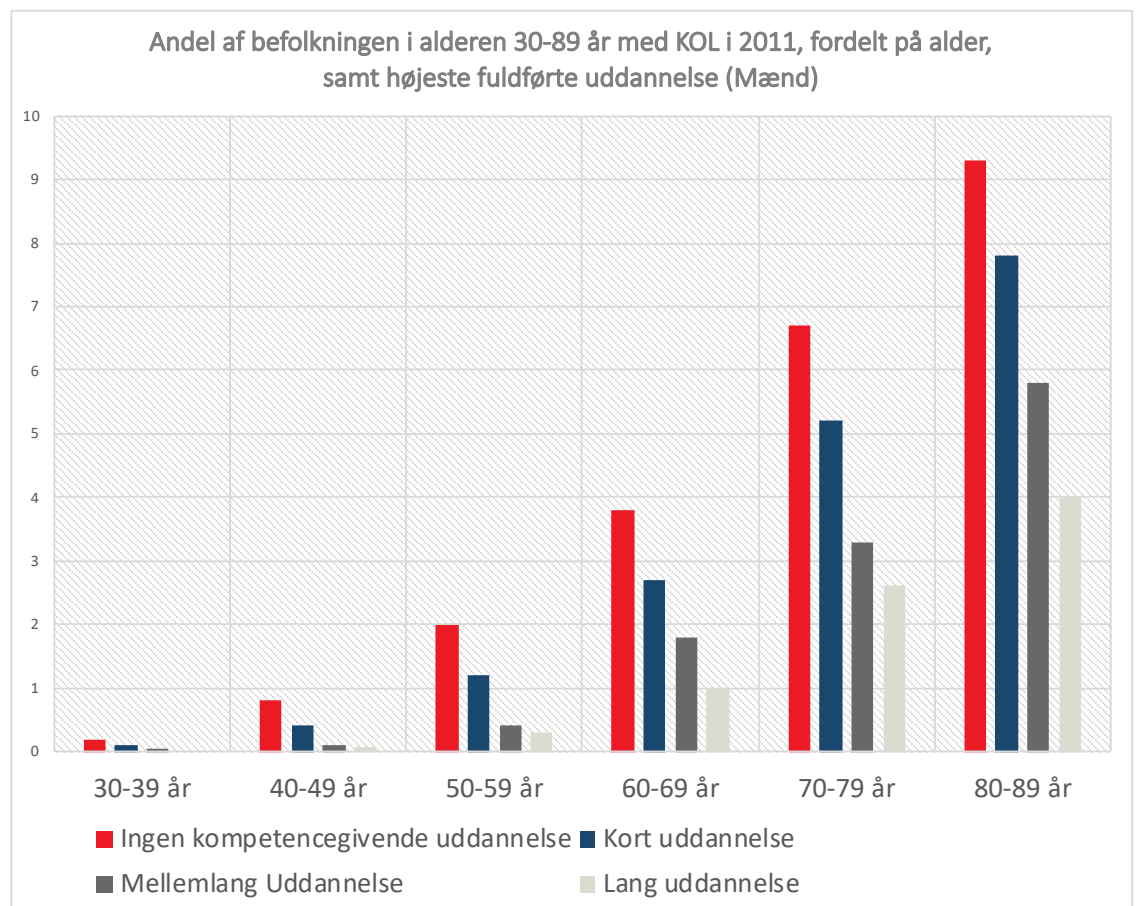


5,5

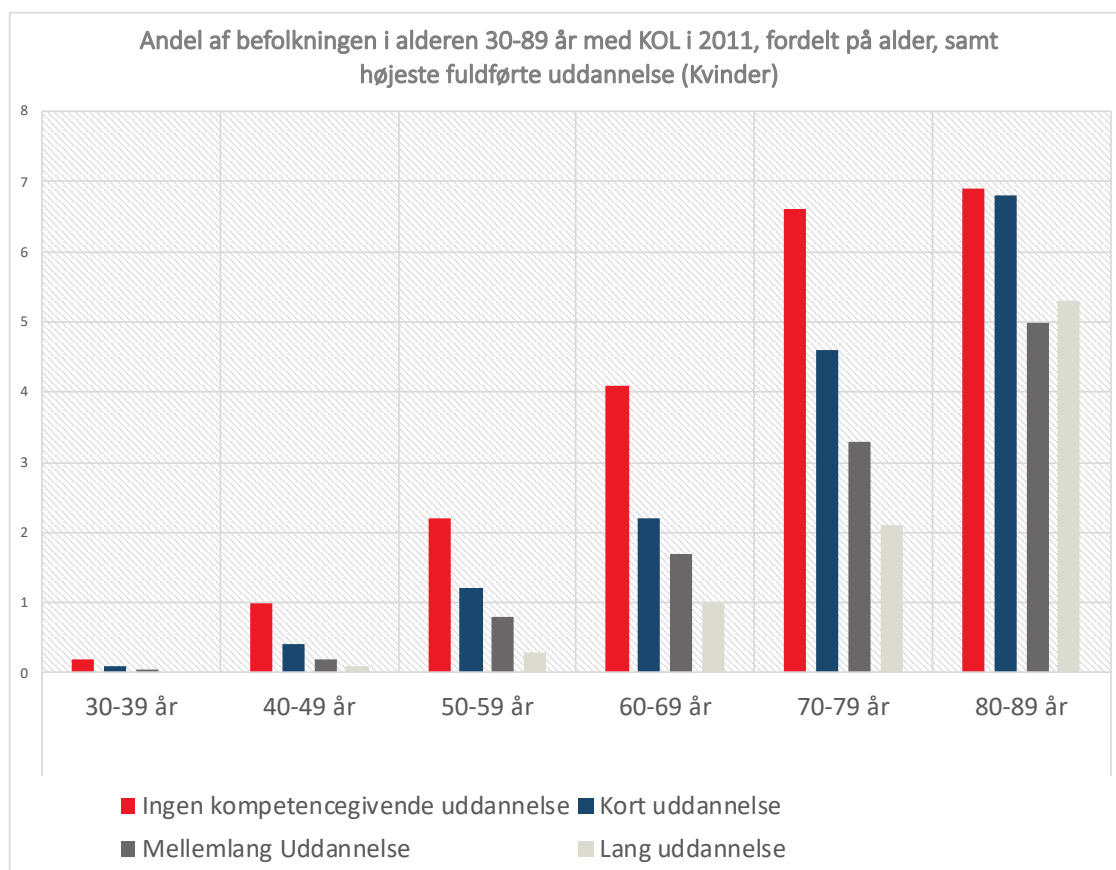
FAKTA:

Generelt lever vi længere, men forskellen bliver stadig større, når det kommer til den forventede restlevetid. De 30-årige mænd med de længste uddannelser kan forvente at leve omkring 7,6 år længere end 30-årige mænd med de korteste uddannelser. Blandt de 30-årige kvinder er forskellen 5,5 år. Uligheden målt på indkomst er endnu større¹.

Kroniske og langvarige sygdomme har stor betydning for ulighed i sundhed. Her er der en klar sammenhæng mellem de kroniske sygdomme og uddannelse. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har påvist, at der er social ulighed i seks af de store folkesygdomme: Diabetes (både type 1 og 2), apopleksi (blodprop i hjerne og hjerneblødning), iskæmisk hjertesygdom, KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse), depression og skizofreni².



Kortuddannede oplever at have det fysisk mest belastende arbejde, den største grad af smerter og den dårligste arbejdsevne, i modsætning til dem, der har en lang uddannelse. Kortuddannede er samtidig den gruppe, der oplever flest arbejdsulykker.



Forekomst af langvarig sygdom er 38 procent større blandt kortuddannede (under 10 års uddannelse), når man sammenligner med dem, som har over 12 års uddannelse. Ved langvarig hæmmende sygdom bliver forskellen 78 procent, ved varig aktivitetsbegrænsning 118 procent og ved arbejdsophør er forskellen hele 178 procent³.

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal sygdomme. Andelen med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (42,5 procent) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (20,3 procent)⁴.

Sygefravær og lægebesøg i 3F sammenlignet med øvrige A-kasser

I 2017 var sygefraværet blandt 3F's medlemmer på 9 dage i gennemsnit. Sammenligner man med de øvrige forsikringsaktive (a-kassemedlemmer inkl. gratister, efterlønsmodtagere mv.) var sygefraværet 0,4 dage højere blandt 3F'erne.

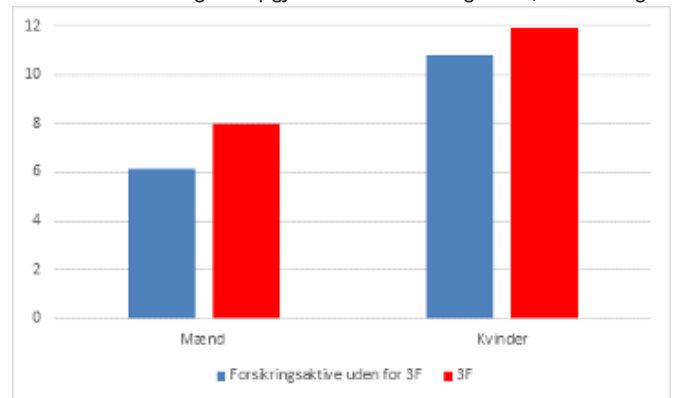
Årsagen til at forskellen i det samlede sygefravær mellem 3F'erne og de øvrige A-kassemedlemmer ikke er større er, at 3F har relativt mange mænd, hvilket trækker det samlede sygefravær ned. Opdeler man sygefraværet på mænd og kvinder og 3F'erne og øvrige A-kassemedlemmer, bliver forskellen mellem 3F'erne og de A-kassemedlemmer markant højere.

Mændene i 3F har næsten 2 flere sygefraværsdage end mændene blandt de øvrige A-kasser, det svarer til et 30 pct. højere sygefravær. Mens forskellen blandt kvinder-

ne er på 1,1 dag, svarende til 10 pct. højere sygefravær. Sygefraværet blandt mændene i 3F var 8 dage i gennemsnit mens det blandt kvinderne var på 11,9 dage. Kvinderne i 3F har dermed næsten 4 flere sygedage end mændene⁵.

Fravær pga. egen sygdom efter A-kasse og køn. 2017

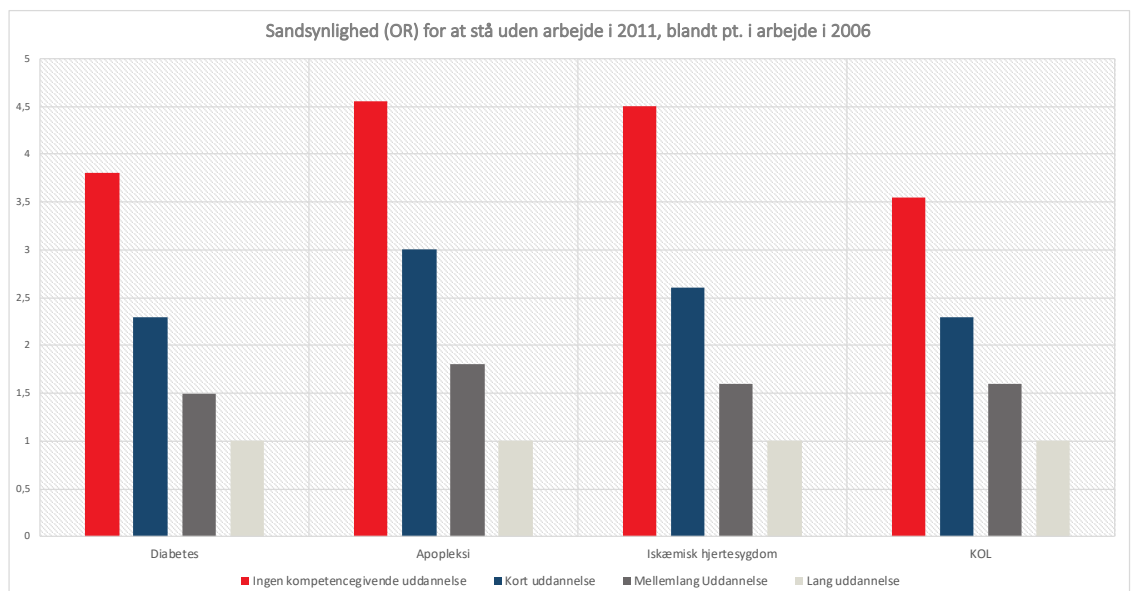
Anm: Antallet af dage er opgjort som fraværsgagsværk, dvs. omreg-



net til fuldtid. Personer i fleksjob indgår ikke. Samme opgørelsesmetode som i Danmarks Statistiks fraværstatistik. <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=29513> 3F tæller her A-kasse medlemskab

Kilde: 3F, pba. Danmarks Statistiks Forskningsservice.

Personer uden kompetencegivende uddannelse, som er ramt af diabetes, apopleksi, iskæmisk hjertesygdom eller KOL, har 3,5 - 4,5 gange større odds for at stå uden arbejde, fem år efter de har mistet deres arbejde i forhold til personer med en lang uddannelse.



Høj brugebetaling rammer 3F'erne

Der er en høj grad af egenbetaling på sundhedsområdet – hele 27 milliarder kroner. Heraf er alene syv milliarder kroner til tandlæge, hvor egenbetalingen er hele 82 procent. Det betyder blandt andet, at næsten en tredjedel af 3F's medlemmer har været i en situation, hvor de har måttet vælge tandlægen fra⁶.

På medicinområdet er der ligeledes en høj brugerbetaling med hele 4,3 milliarder kroner. Kortuddannede er den gruppe, der grundet helbred har behov for mest medicin, og det er derfor den gruppe, der rammes hårdest. Hele 9 procent af 3F'erne har været nødsaget til at fravælge udskrevet medicin grundet økonomi⁶.

3F'erne går mere til praktiserende læge end øvrige

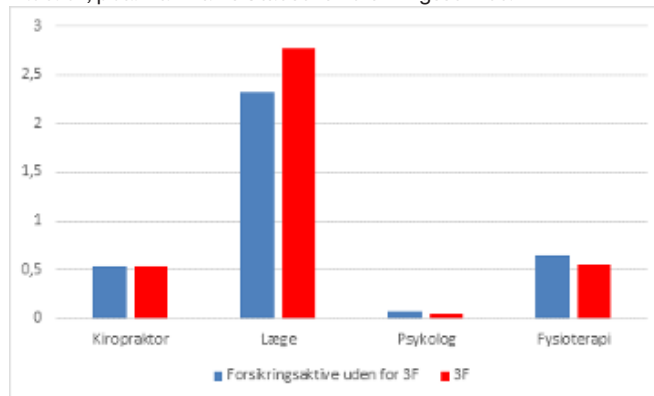
Kortuddannede må grundet deres helbred langt oftere end højtuddannede aflægge den praktiserende læge besøg. Til gengæld benytter højtuddannede speciallæge 25 procent mere end kortuddannede.

3F'erne gik i 2017 lidt mere til læge end de øvrige A-kassemedlemmer. I alt havde 3F'erne konsultation hos lægen i gennemsnit mere end 10 gange i 2017. Ser man udelukkende på antallet af gange 3F'erne i gennemsnit fysisk var forbi den praktiserende læge var antallet på 3,2 dage til praktiserende læge i 2017, mens de øvrige gik til læge 3,0 dage i gennemsnit. Antallet af gange som 3F'erne gik til speciallæge som kiropraktor, fysioterapeut eller psykolog er derimod lidt højere for de øvrige A-kassemedlemmer end for 3F'erne. Antallet af psykologbesøg var mere end dobbelt så højt for de øvrige A-kassemedlemmer som for 3F'erne.

Ser man udelukkende på de mandlige medlemmer, så bliver forskellene mellem 3F'erne og de øvrige A-kassemedlemmer større. Det skyldes igen at 3F'erne har relativt mange mandlige medlemmer og dermed trækker det samlede gennemsnittet for antal lægebesøg ned for 3F'erne. I gennemsnit gik de mandlige 3F'er 0,6 dage mere til læge end de øvrige A-kassemedlemmer, det svarer til ca. 20 pct. mere. Mens de mandlige øvrige A-kasse medlemmer også i højere grad gik til speciallæge end 3F'erne. Præcis de samme tendenser tegner sig for kvinderne.

Antallet af læge- og speciallægebesøg efter A-kasse og Mænd. 2017

Kilde: 3F, pba. Danmarks Statistiks Forskningservice.



Igen tegner sig det samme billede hvis man ser på mandlige medlemmer hhv. over og under 50 år. 3F'erne går mere til praktiserende læge – men mindre til speciallæge end de øvrige A-kasse medlemmer.

Højtuddannede får i dag en langt bedre sygehusbehandling end folk med korte uddannelser, hvilket blandt andet betyder langt flere genindlæggelser og langt større risiko for dødsfald for kortuddannede.

Andelen af personer, som efter endt behandling må genindlægges, er langt højere blandt kortuddannede end hos folk med en lang videregående uddannelse⁷.

Sundhedstilbud rammer skævt

Der er langt færre sundhedstilbud på virksomheder med hårdt fysisk arbejde og typisk mange kortuddannede, end der er på arbejdspladser med mange højtuddannede.

Mange kommuner har rigtig gode tilbud på forebyggelsesområdet (rygestopkurser etc.). Men der er for stor en variation i tilbuddene fra kommune til kommune. Eksempelvis har en tredjedel af kommunerne ikke forebyggelsestilbud på muskel-skelet-området. Derudover skal tilbuddene i højere grad ligge uden for normal arbejdstid, da det viser sig, at en femtedel af kommunerne ikke har rygestop-tilbud efter kl. 16. Dertil kommer, at mere end halvdelen af kommunerne ikke har genoptræningstilbud efter kl. 16.

Konkrete forslag til initiativer



1. Kommission for mere lighed i sundhed

Inspireret af Norge, bør der også i Danmark nedsættes en kommission, der skal komme med konkrete forslag til initiativer, der kan mindske ulighed i sundhed. I Norge resulterede det i 29 konkrete anbefalinger. Samtidig bør der hvert år måles på udviklingen i ulighed i sundhed ud fra en række konkrete parametre. På baggrund af disse målinger og kommissionens anbefalinger skal der udarbejdes en national strategi for, hvordan vi kan nedbringe uligheden i sundhed. En vigtig del af en strategi vil være at opstille helt konkrete mål for mindre ulighed i alle dele af sundhedsvæsenet.



2. Mindre nedslidning

Nedslidningen skal mindskes. Nedslidende fysisk arbejde har stor betydning for helbredet og mulighederne for at leve sundt og dermed mindske uligheden i sundhed. Der bør iværksættes et nationalt 5-årigt program, der fokuserer på forebyggelse af fysisk nedslidende arbejde. Arbejdspladserne skal tilføres ny viden om konkrete løsninger på fysisk belastende arbejde. Derudover vil det kræve en fortsat styrkelse af Arbejdstilsynets økonomi, skærpede sanktioner og højere bøder til virksomheder, der groft overtræder arbejdsmiljøloven. Dertil kommer en aktivering af de 1,2 milliarder kroner, der står ubrugt i Fonden for Forebyggelse og Fastholdelse. De skal frigives og investeres i initiativer til at fremme arbejdsmiljøet og sundheden på arbejdspladsen.



3. Sunde arbejdspladser

Arbejdspladserne skal generelt tage et større ansvar for medarbejdernes sundhed. De skal sikre sunde rammer omkring tilrettelæggelsen af arbejdet, mulighed for målrettet fysisk træning i arbejdstiden og kontinuerlige pauser med mulighed for spisning og restitution. Helt generelt skal arbejdspladserne have større fokus på, hvordan man kan forbedre medarbejdernes sundhed.



4. Målrettet kommunal indsats

Kommuner skal forpligtes til en målrettet indsats mod ulighed i sundhed. Deres sundhedsfremmende arbejde skal i højere grad være rettet mod særlige målgrupper f.eks. særlige boligområder, arbejdspladser mv. Samtidig skal der blandt de generelle kommunale tilbud være den nødvendige bredde i geografi, og ikke mindst tidspunkter, så kortuddannede med skiftende arbejdstider og begrænset fleksibilitet i arbejdslivet får en reel mulighed for at gøre brug heraf.



5. Bredt udbud af forebyggelses- og genoptræningstilbud

Kommunerne skal forpligtes til at sikre et bredt udbud af forebyggelses- og genoptræningstilbud, så det kan sikres, at deres tilbud dækker hele paletten - herunder også på muskel-skelet-området, hvor nogle kommuner halter efter. Tilbuddene skal målrettes, så de i videst muligt omfang når de borgere, der har de største behov.



6. Mindre og/eller differentieret brugerbetaling

Brugerbetalingen på for eksempel tandlæge og medicin skal nedsættes/omlægges, da den i dag er meget høj. Det har en særligt stor økonomisk betydning for folk med lavere indkomst, som fravælger nødvendige behandlinger, og dermed øges uligheden i sundheden. Egenbetalingen til tandlæge skal mindskes, så den som minimum kommer på niveau med de 45 procent, den var i 1980'erne – i dag er den 82 procent. Samtidig bør der ske en ændring af satserne på medicintilskud, så personer med lavere indtægt ikke tvinges til at fravælge medicin.



7. Kommunal forpligtigelse overfor arbejdspladser

Kommunerne skal forpligtes til at tage ansvar for de arbejdspladser, der ligger i kommunen (særligt arbejdspladser med mange kortuddannede med hårdt fysisk arbejde). De skal være opsøgende i forhold til råd og vejledning af arbejdspladsen og tilbyde medarbejdernes et sundhedstjek for at sikre bedre sundhed og mindre nedslidning.



8. Sundhedstjek målrettede særlige grupper

Der skal arbejdes med modeller hvor den praktiserende læge indkalder grupper med forhøjet risiko for livsstilssygdomme til et sundhedstjek. Som konsekvens af, at særligt kortuddannede eller ufaglærte mænd kommer for sent til lægen, opdages kroniske sygdomme for sent. Målrettede sundhedstjek med de nødvendige kommunale opfølgningstilbud vil være et afgørende element i at kunne få nedbragt ulighed i sundhed.



9. Mere forskning og flere forsøg

Der har i de seneste år manglet nye initiativer og projekter, der skal vise vejen for, hvordan man kan gribe sundhed på arbejdspladsen an. Ikke mindst har Fonden for Forebyggelse og Fastholdelses manglende midler haft betydning herfor. Men der har også tidligere været afsat diverse puljemidler til for eksempel partnerskaber, som har understøttet dette arbejde. Der er ligeledes behov for, at der igen tilføres målrettede midler til at forske og igangsætte initiativer, der kan styrke den forebyggende sundhedsindsats og mindske nedslidningen blandt dem med det hårdeste fysiske arbejde.



10. Kampagner målrettes de grupper med størst behov

Igennem en lang årrække har der været diverse sundhedskampagner om alt fra mere motion og sundere fødevarer til mindre forbrug af tobak og alkohol. Fælles for disse indsatser er, at det har medvirket til, at de længst uddannede lever sundere end nogensinde. Men kampagnerne har ikke på samme måde formået at ramme den gruppe med det største behov, hvorfor der er sket en endnu kraftigere polarisering af, hvordan og hvor længe vi lever. Der er brug for, at fremtidige kampagner og indsatser målrettes de grupper med størst behov.

Kilder

- ¹ https://www.avisen.dk/nyt-blus-paa-pensionsdebat-ufaglaerte-maend-doe-er-76_534153.aspx
- ² https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Ulighed-i-sundhed-marts-2014/Ulighed-i-sundhed-kroniske%20sygdom-me.ashx
- ³ <https://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx>
- ⁴ https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2018/danskernes_sundhed
- ⁵ Da det er personens egen sygdom kan forskellen ikke forklares med at kvinder i højere grad tager barn syg. Men det kan skyldes at kvinderne i højere grad arbejder på det offentlige område, hvor sygefraværet generelt er højere.
- ⁶ <https://www.dr.dk/nyheder/indland/brugerbetaling-giver-ulighed-fattigdom-kan-ses-paa-taenderne>
- ⁷ https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Ulighed-i-sundhed-2013/Ulighed-i-sundhed-marts-2013.pdf

