Social ulighed i sundhed i Nordjylland



REGION NORDJYLLAND

SOCIAL ULIGHED I SUNDHED I NORDJYLLAND

Udgivet april 2012 af:
Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
Telefon 96 35 10 00

Udarbejdet af
Kvalitetskontoret
Sundhed og Sammenhæng

Layout: PRinfo Aalborg
Tryk: Vester Kopi

REGION NORDJYLLAND

INDHOLD

Sammenfatning **4**

KAPITEL 1
Baggrund, formål og metode **6**
1.1 Hvad skaber den sociale ulighed? 6
1.2 Formål 7
1.3 Analytisk fokus 7
1.4 Data 7
1.5 Statistisk analyse 7
1.6 Beskrivelse af udvalgte variable: 7

KAPITEL 2
Uddannelsesniveau i Nordjylland **8**

KAPITEL 3
Ulighed i sundhedsadfærd **12**
3.1 Ulighed i KRAM-faktorerne 12
3.2 Ophobning af risikofaktorer 14
3.3 Social ulighed i sundhedsvaner og rådgivning fra egen læge 16

KAPITEL 4
Social ulighed i kroniske sygdomme **18**

KAPITEL 5
Ulighed i kontakt til sundhedsvæsenet **22**
5.1 Kontakt til sundhedsvæsenet 22
5.1.1 Helbredsproblemer 23
5.2 Medicinforbrug 23
5.2.1 Defineret Døgn Dosis 24
5.2.2 Udviklingen i medicinforbrug og sygdomsforekomst 24
5.2.3 Nordjyske borgeres forbrug af mere end 5 præparater 26

KAPITEL 6
Ulighed i ulykker **28**
6.1 Ulykkestendens og -type 29
6.2 Hjemme- og fritidsulykker 30
6.2.1 Skademekanisme 31
6.3 Trafikulykker 33

KAPITEL 7
Ulighed i sundhed og økonomi **36**

Forord

Sundheden er ikke ligeligt fordelt – heller ikke i Nordjylland! Det er velkendt, at ikke alle danskere har de samme muligheder for at leve et sundt liv fra fødsel til død. Dette på trods af, at Danmark er et relativt lille, homogent og velstillet land. Der er en velbeskrevet sammenhæng mellem social position og helbred. Uddannelse benyttes ofte som mål for social position, når man vil analysere ulighed i sundhed, der skyldes sociale forhold – altså den sociale ulighed. Nordjyder med kort eller ingen uddannelse dør tidligere end personer med mellemlang eller lang uddannelse. Desuden er de mere syge og er oftere indlagt. Derfor er "Mindskelse af den sociale ulighed i sundhed" et af de fem overordnede mål i Den Politiske Sundhedsaftale, der er indgået mellem de nordjyske kommuner og Region Nordjylland.

Konkret er det i Den Politiske Sundhedsaftale besluttet, at den sociale ulighed i sundhed skal beskrives og analyseres ved hjælp af Sundhedsprofildata og andre datakilder, og resultatet af dette skal ligge til grund for en senere stillingstagen til, om parterne i fællesskab kan iværksætte socialt differentierede indsatser.

Spørgsmålet er imidlertid, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at mindske uligheden? Denne rapport giver ikke svaret på dette, men belyser hvordan den sociale ulighed i sundhed slår igennem inden for udvalgte områder – herunder blandt andet i befolkningens livsstil og i brugen af sundhedsvæsenets ydelser, samt de omkostninger uligheden giver eksempelvis i forhold til sygehuskontakter, almen praksis og medicin.

Udover at bygge på data fra Sundhedsprofil 2010 og andre relevante datakilder, tager rapporten afsæt i Sundhedsstyrelsens publikation om samme emne "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser". Heri er der udvalgt og beskrevet 12 sociale determinanters betydning for sundhed og sygelighed i en dansk kontekst. Alle determinanterne har en central betydning for befolkningens sundhed og viser en socialt skæv fordeling af sundhedsvaner.

Rapportens primære fokus er voksne nordjyder fra og med 18 år, men inkluderer visse steder borgere fra og med 16 år. Sideløbende med udarbejdelsen af denne rapport, pågår et arbejde med at få beskrevet og analyseret forskellige perspektiver af børn og unges sundhed og trivsel herunder også ulighed i sundhed. Børn og Ungerapporten bliver tilgængelig medio 2012.

Begge rapporter vil danne grundlag for en politisk drøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget for Region Nordjylland, hvor der medio 2012 skal tages endelig beslutning om, hvilke tiltag der eventuelt skal iværksættes i aftaleperioden.

Dette er en revideret udgave af rapporten, som udkom i april 2012. Visse steder er der tilføjet yderligere forklaring til tabeller og figurer. Derudover er beløbene under comorbiditet i tabel 7.4 blevet ændret, og der er blevet tilføjet en ny tabel (tabel 7.4.1), der viser de regionale omkostninger til sundhedsområdet.

God læselyst!

Region Nordjylland
April 2012

Sammenfatning

Denne rapport er den første kortlægning af den sociale ulighed i Nordjylland, hvis hovedformål er beskrivelse af forekomsten af social ulighed samt tilvejebringe et solidt datagrundlag for den videre planlægning i regionen og de nordjyske kommuner. Rapporten bygger på Sundhedsprofil 2010 "Hvordan har du det" samt en række registre.

I Sundhedsstyrelsens rapport "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser", præsenteres 12 determinanter for social ulighed, hvor uddannelsesniveauet er et gennemgående tema som repræsentation for måling af ulighed.

I Nordjylland er uddannelsesniveauet generelt lavere end i resten af Danmark. På trods af et fald i borgere uden erhvervsuddannelse fra 2006 til 2011, har 34,4 % af de nordjyske borgere mellem 16-64 år ingen erhvervsuddannelse. I Danmark som helhed er andelen 31,1 %. Selvom andelen af borgere med lang videregående uddannelse er øget til 4,6 % i Nordjylland afviger det fra landsgennemsnittet på 7,3 %. Med uddannelse som indikator for ulighed, har Nordjylland med andre ord en større udfordring med uligheden end den øvrige del af Danmark.

De nordjyske borgeres sundhedsvaner er centrale for udvikling af god livskvalitet og for forebyggelse af sygdomme. Som allerede påpeget i Sundhedsprofil 2010 er der ulighed i de traditionelle sundhedsvaner kost, rygning og motion, hvor borgere uden erhvervsuddannelse har de dårligste sundhedsvaner. Billedet er ikke så entydigt for alkohol. Når det gælder motivation for ændring af uhensigtsmæssige sundhedsvaner, er motivationen generel stor på tværs af alle uddannelser. Sammenstilles kost, rygning, alkohol, motion og vægt udenfor normalområdet til ophobning af risikofaktorer, er der markant social ulighed, idet knap 40 % af borgere uden erhvervsuddannelse har to eller flere risikofaktorer, mens andelen er 16 % for borgere med lang videregående uddannelse. På trods af den hyppige forekomst af uhensigtsmæssige sundhedsvaner blandt borgere uden erhvervsuddannelse, er det forskelligt, hvor meget egen læge rådgiver om ændring af sundhedsvaner. Dette gælder specielt for rådgivning vedrørende nedsættelse af alkoholforbrug, hvor borgere med lang videregående uddannelse i langt mindre grad får denne rådgivning set i forhold til borgere uden erhvervsuddannelse. Dette på trods af, at borgere med lang videregående uddannelse indtager alkohol i lige så høj grad som borgere uden erhvervsuddannelse. Den samme problematik gør sig gældende, dog ikke så markant, med rådgivning vedrørende ændring af kostvaner, hvor borgere uden erhvervsuddannelse i højere grad end borgere med lang videregående uddannelse modtager rådgivning om kost.

De uhensigtsmæssige sundhedsvaner slår igennem til kontakten til sundhedsvæsenet. Generelt har borgere uden uddannelse en større kontakt til sundhedsvæsenet end borgere med lang videregående uddannelse. Det gælder dog ikke for kontakt til tandlæge samt speciallæge.

Uligheden slår også igennem ved forekomsten af kroniske sygdomme, hvor knap 30 % uden erhvervsuddannelse har to eller flere kroniske sygdomme, mens det for borgere med lang videregående uddannelse er 13 %. Forbruget af både håndkøbs- og tilskudsberettiget medicin har også social slagside. For samtlige fire medicintyper behandlet i rapporten (ADHD, sove/beroligende, antidepressiv og smertestillende medicin) er niveauet generelt højere for borgere uden erhvervsuddannelse og forbruget af ADHD medicin er øget markant for borgere uden erhvervsuddannelse fra 2007-2009. Forbrug af flere præparater på samme tid (mere end fem) er tilfældet for 22 % for borgere uden erhvervsuddannelse, mens det tilsvarende tal for lang videregående uddannelse er 7 %.

I forhold til skadestuekontakt er der ligeledes social ulighed, idet mænd under 34 år uden erhvervsuddannelse hyppigst kommer på skadestuen. Hyppigst er skaden forårsaget af et fald, der medfører et slag. Trafikulykker, der fører til skadestuekontakt blandt borgere fra Aalborg, viser ligeledes en social ulighed blandt de unge under 34 år. Borgere uden erhvervsuddannelse kommer hyppigere på skadestuen efter en trafikulykke end borgere med lang videregående uddannelse. Cirka hver sjette trafikulykke blandt samtlige borgere uden erhvervsuddannelse, der har kontakt med Aalborg skadestue, er forårsaget i personbil. Ud af 1000 trafikulykker kommer borgere med lang videregående uddannelse som de eneste lige så ofte på skadestuen efter en cykelulykke som en bilulykke. Uligheden i trafikulykker udlignes markant med alderen, dog er det væsentligt at være opmærksom på, at uligheden i skadestuekontakten ikke alene kan vise om uligheden ligger i kontakten til skadestuen eller selve ulykkesfrekvensen. Den sociale ulighed i forekomsten af ulykker på baggrund af skadestuedata medfører til trods herfor potentiale for forebyggelse og interventioner.

Ulighed i sundhedsvaner med deraf følgende ulighed i eksempelvis kroniske sygdomme og kontakt til sundhedsvæsenet vil alt andet lige skabe en ulighed i udgifterne til

sundhedsvæsenet – det gælder både de regionale og kommunale sundhedsudgifter. Med udgangspunkt i kommunernes økonomi belyses den kommunale medfinansiering til sundhedsvæsenet samt kommunernes udbetaling af sygedagpenge. Udgifter til sygedagpenge har en direkte sammenhæng til sygdomsforekomst og kontakt til sundhedsvæsenet. Resultaterne viser også her en sammenhæng. Borgere uden erhvervsuddannelse er knap dobbelt så dyre i regionale sundhedsudgifter og i den kommunale medfinansiering til sundhedsområdet end borgere med lang videregående uddannelse. Fokuseres der på kommunernes udbetaling af sygedagpenge, koster borgere uden erhvervsuddannelse knap to gange mere i gennemsnit end borgere med en lang videregående uddannelse.

Selvom nærværende rapport ikke belyser alle facetter ved social ulighed, er konklusionen klar: Social ulighed eksisterer i sundhedsvaner, kroniske sygdomme og kontakt til sundhedsvæsnet, hvilket naturligvis giver en skævfordeling i de regionale sundhedsudgifter samt den kommunale medfinansiering til sundhedsvæsnet. For kommunernes vedkommende eksisterer der en indirekte effekt i form af udgifter til sygedagpenge.

KAPITEL 1

Baggrund, formål og metode

1.1 Hvad skaber den sociale ulighed?

Sundhedsstyrelsen udgav i 2011 publikationen "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser", hvor 12 sociale determinanter, som vurderedes at være årsag til ulighed i sundhed, blev udvalgt:

I. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred:
1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
2 Skolegang – uafsluttet skolegang
3. Segregering og socialt nærmiljø.

II. Sygdomsårsager som påvirkes af social position:
4. Indkomst – fattigdom
5. Langvarig arbejdsløshed
6. Social udsathed
7. Fysisk miljø – partikler og ulykker
8. Arbejdsmiljø – ergonomisk og psykosocial
9. Sundhedsadfærd
10. Tidlig nedsættelse af funktionsevne.

III. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser:
11. Sundhedsvæsenets rolle
12. Det ekskluderende arbejdsmarked.

De 12 determinanter spænder vidt, og der er således mange forhold, der spiller en rolle for den enkeltes sundhed. Sundhedsstyrelsen peger blandt andet på: Uddannelse, sociale forhold, arbejdsmarkedstilknytning, boligforhold og miljø, herunder arbejdsmiljø. Ulighed i sundhed er altså et resultat af komplekse forhold og det faktum, at kortuddannede statistisk set lever kortere end borgere med lang videregående uddannelse skyldes ikke én, men et samspil af flere faktorer (1).

Denne rapport er blandt andet inspireret af ovenstående determinanter, og der er udvalgt en række parametre, der skal belyse, hvordan det står til med uligheden i Nordjylland. Rapporten er deskriptiv og giver indikation af, hvor og hvor stor uligheden er. Rapporten giver således ikke anbefalinger til konkrete indsatser, men skulle gerne være en del af et kommende beslutningsgrundlag, når nye initiativer skal prioriteres.

Uligheden kan anskues på flere måder. Denne rapport er udarbejdet under den betragtning, at ulighed i sundhed opstår som en konsekvens af alle forhold, se figur 1.1, hvor nogle kan påvirkes.



Figur 1.1 Forhold der påvirker menneskers sundhed (figur udviklet af Dahlgren & Whitehead – på dansk efter Sundhedsstyrelsen 2007)

1.2 Formål

Det overordnede formål med rapporten er, at:

a. beskrive forekomsten og fordelingen af social ulighed i Region Nordjylland på sundhedsområdet på baggrund af udvalgte indikatorer.
b. tilvejebringe et solidt datagrundlag for den videre planlægning i Region Nordjylland og de nordjyske kommuner.

1.3 Analytisk fokus

Rapportens sigte er at frembringe viden om den sociale ulighed i sundhed i Region Nordjylland, der kan omsættes til praktisk handling i region og kommuner. Til det formål vil en del af analyserne illustrere uligheden ud fra en række analysedimensioner. Der er tale om indikatorer, hvis hovedformål dels er at definere en afgrænset målgruppe og dels fange variationen i de enkelte problemstillinger. Der er valgt følgende indikatorer, hvor uddannelse er gennemgående i samtlige analyser:

- Køn
- Alder
- Uddannelse
- Socioøkonomisk status
- Brancher
- Kommuner/sogne.

1.4 Data

De mange registre og spørgeskemaundersøgelser på sundhedsområdet giver mulighed for at give et kvantitativt indblik i den sociale ulighed i sundhed på udvalgte indikatorer. Uligheden belyses for borgere fra og med 18 år, og enkelte analyser for borgere fra og med 16 år, og som primært var bosiddende i Region Nordjylland i 2010. I det omfang data fra Sundhedsprofil 2010 indgår, er nordjyske borgere fra og med 16 år inkluderet i analysen. I enkelte analyser er foregående år også inddraget. Der er tale om træk på følgende datakilder:

- Sundhedsprofil 2010 undersøgelsen "Hvordan har du det" for Region Nordjylland
- Det Centrale Personregister (CPR registeret)
- Region Nordjyllands sygesikringsregister
- Region Nordjyllands Patientadministrativt System (PAS)
- Lægemiddelregisteret fra Lægemiddelstyrelsen ved køb af receptpligtig medicin
- Region Nordjyllands register for afregning af medicin med tilskud
- Diagnose Relaterede Grupper (DRG) og Dansk Ambulant Grupperingssystem (DAGS) afregning fra e-sundhed
- Sociodemografiske variable fra Danmarks Statistik
- Dansk register for evaluering af arbejdsmarkedsmarginalisering (DREAM)

1.5 Statistisk analyse

De statistiske analyser er udarbejdet i SAS 9.2 på Danmarks Statistiks Forskerservice. GIS kortene er udarbejdet via ESRI Arcmap software.

I det omfang der er foretaget statistiske test, er der benyttet et signifikansniveau på $p \leq 0{,}05$. Hvis ikke andet er angivet, er der benyttet ujusterede tal i tabeller og figurer. For data fra Sundhedsprofil 2010 undersøgelsen er der justeret for bortfald.

1.6 Beskrivelse af udvalgte variable

Socioøkonomisk status: Angiver personens tilknytning til arbejdsmarkedet ultimo november i året, og er dannet af Danmarks Statistik ud fra beskæftigelsesstatistikken.

Branche: Er hentet fra Danmarks Statistiks Dansk Branchekode 2003 (DB03). Branchekoderne bygger på EU's fælles branchenomenklartur NACE rev. 1.1 og angiver, hvilken primær branche personerne har tilknytning til (2).

Uddannelse: Uddannelsesvariablen bygger på det samlede antal års uddannelse, forstået som højest fuldførte uddannelse uden hensyntagen til igangværende uddannelse, og er opgjort per 1. oktober året før. Variablen er hentet fra Danmarks Statistik og bygger på Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN), som bygger på International Standard Classification of Education (ISCED). DUN er registrering af nuværende og tidligere danske uddannelser af en varighed på mindst 80 timer. DUN er opdelt på ni niveauer (3). Rapporten grupperer niveauerne til fire uddannelsesgrupper:

I. 0-3 år: Ingen erhvervsuddannelse (typisk ufaglært og specialarbejdere)
II. 4-5 år: Kort uddannelse (typisk faglærte og korte uddannelser for eksempel markedsføringsøkonom)
III. 6 år: Mellemlang videregående uddannelse (for eksempel bachelorer/ professionsuddannelser som sygeplejerske, folkeskolelærer)
IV. 7-8 år: Lang videregående uddannelse (eksempelvis ingeniører, jurister, økonomer).

Litteratur

1. Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel. Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011.

2. Dansk Branchekode 2003. Danmarks Statistik 2002.

3. DUN 2001. Danmarks Statistik 2002

KAPITEL 2

Uddannelsesniveau i Nordjylland

Et lavt uddannelsesniveau er ikke i sig selv sygdomsfremkaldende, men uddannelse kan blandt andet ses som en form for ressource, der giver adgang til bedre jobs, højere løn og flere muligheder og indflydelse. Gennem uddannelse og job opbygges relationer og netværk. Uddannelse er dermed via arbejde og indkomst medvirkende til at fastlægge bestemte normer og kulturer, som kommer til udtryk i eksempelvis sundhedsvaner både hos den enkelte, men også i kontakten til sundhedsvæsenet.

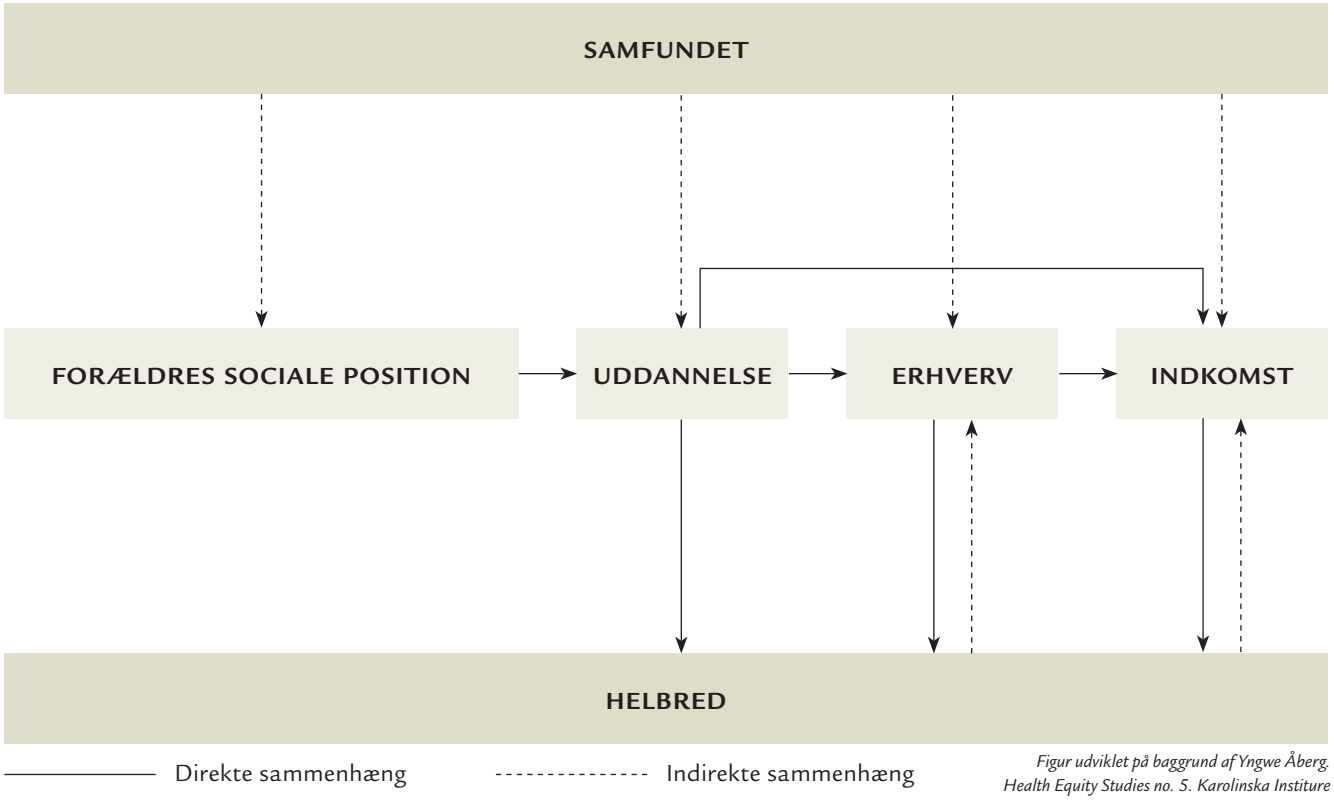
Som det fremgår af figur 2.1 udgør uddannelse en fundamental kilde til den sociale position, hvor uddannelse spiller en flertydig rolle. Udover en direkte sammenhæng med helbred, er uddannelse identitetsskabende, da uddannelse er relateret til arbejdsposition og dermed også indkomst.

Der vil dog altid være andre årsagssammenhænge, der kan have indflydelse, idet ens position på arbejdsmarkedet blandt andet også kan være påvirket af personens helbred og arbejdsevne (1). Alligevel er uddannelse en af de mest betydningsfulde indikatorer for ulighed i sundhed, hvorfor det også er den enkeltstående indikator, der oftest anvendes til at belyse ulighed (2).

Uddannelse og kompetence er i fokus i den nordjyske regionale udvikling, hvor det er visionen, at alle nordjyder skal have adgang til uddannelse og kompetenceudvikling. Målet er, at der i regionen skal gives mere uddannelse til flere, hvilket på sigt vil sikre vækst og udvikling.

I dette kapitel gives et indblik i, hvordan uddannelse fordeler sig i Nordjylland på kommune- og sogneniveau samt indenfor forskellige aldersgrupper.

FIGUR 2.1 Årsagsrelationer i forhold til social position og helbred



Figur udviklet på baggrund af Yngwe Åberg. Health Equity Studies no. 5. Karolinska Institute

Tabel 2.1 viser udviklingen af de fire uddannelsesgrupper for Region Nordjylland og hele landet de seneste seks år. Generelt har Region Nordjylland et lavere uddannelsesniveau end hele landet. Med uddannelse som indikator for ulighed, har Region Nordjylland med andre ord en større udfordring i forhold til ulighed end i landet som helhed.

TABEL 2.1 Udviklingen af de fire uddannelsesgrupper for Region Nordjylland og hele Danmark de seneste seks år. Procent

Befolkningens (16-69 år) højeste fuldførte uddannelse - opgjort per 1. oktober året før. Procent							
Region Nordjylland	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**forskel 06 -11**
Uden erhvervsuddannelse	37,0	36,4	35,9	35,6	35,0	34,4	-2,6
Kort uddannelse	46,8	47,0	47,1	47,0	47,2	47,5	0,7
Mellemlang videregående uddannelse	12,4	12,7	12,9	13,1	13,3	13,5	1,1
Lang videregående uddannelse	3,8	4,0	4,1	4,3	4,5	4,6	0,8
I alt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**0**
Hele landet							
Uden erhvervsuddannelse	32,9	32,4	32,0	31,9	31,5	31,1	-1,8
Kort uddannelse	47,1	47,0	46,9	46,7	46,6	46,5	-0,6
Mellemlang videregående uddannelse	14,0	14,3	14,5	14,6	14,9	15,1	1,1
Lang videregående uddannelse	6,0	6,3	6,6	6,8	7,0	7,3	1,3
I alt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**0**

Kilde: Danmarks Statistik

Som det fremgår af tabel 2.2, er der en højere forekomst af borgere uden erhvervsuddannelse blandt de 18-25-årige. Dette kan forklares med, at borgere i denne aldersgruppe endnu ikke har gennemført en uddannelse på grund af deres alder. Derudover viser tabellen en stigende andel borgere uden erhvervsuddannelse med stigende alder.

TABEL 2.2 Andel uden erhvervsuddannelse, procent (+/- angiver signifikans fra Region Nordjylland 2010)

		Forekomst	Signifikans	Antal
Total	Region Nordjylland	35,8		156.233
Mænd	18-25 år	53,0	+	14.591
	26-45 år	23,7	-	16.884
	46-65 år	28,3	-	21.332
	65+ år	48,7	+	21.203
	Alle	34,0	-	74.010
Kvinder	18-25 år	46,4	+	11.541
	26-45 år	17,9	-	12.226
	46-65 år	33,6	-	24.864
	65+ år	65,6	+	33.713
	Alle	37,7	+	82.344
Erhvervsstatus	Folkepensionist	59,3	+	50.077
	Efterlønsmodtager	38,7	+	5.897
	Førtidspensionist	62,9	+	13.655
	Sygedagpengemodtager	39,3		1.542
	Kontanthjælpsmodtager	63,4	+	6.911
	Arbejdsløs, ledighedsydl., fleksydelse mv	34,2		6.551
	Under uddannelse	46,0	+	5.816
	Øvrige uden for arbejdsstyrken	45,3	+	5.090
	Beskæftiget	23,7	-	60.944
Branche	Landbrug, skovbrug, fiskeri	43,0	+	5.024
	Råstofindvinding	30,6	-	213
	Industri	30,4	-	10.860
	Energiforsyning	13,8	-	167
	Vandforsyning og renovation	39,0	+	578
	Bygge og anlæg	26,4	-	4.494
	Handel	26,8	-	9.483
	Transport	40,0	+	4.423
	Hoteller og restauranter	40,3	+	2.775
	Information og kommunikation	10,0	-	644
	Finansiering og forsikring	8,9	-	576
	Ejendomshandel og udlejning	26,2	-	961
	Videnservice	11,2	-	1.020
	Rejsebureauer og rengøring	34,6		3.675
	Offentlig administration, forsvar og politi	14,0	-	2.088
	Undervisning	9,7	-	2.119
	Sundhed og socialvæsen	16,5	-	8.605
	Kultur og fritid	28,7	-	970
	Andre serviceydelser	27,9	-	1.629

Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registret

Tabel 2.3 viser, at på kommuneniveau har Aalborg og Rebild kommune signifikant lavere andel af personer end regionsgennemsnittet, der ikke har en erhvervsuddannelse. De øvrige kommuner ligger signifikant højere.

Figur 2.2 viser, at på sogneniveau er der en klar tendens til, at sogne omkring byer generelt har en lavere andel af personer uden erhvervsuddannelse.

TABEL 2.3 Andelen af personer uden erhvervsuddannelse fordelt på kommuner i Region Nordjylland 2010. Procent

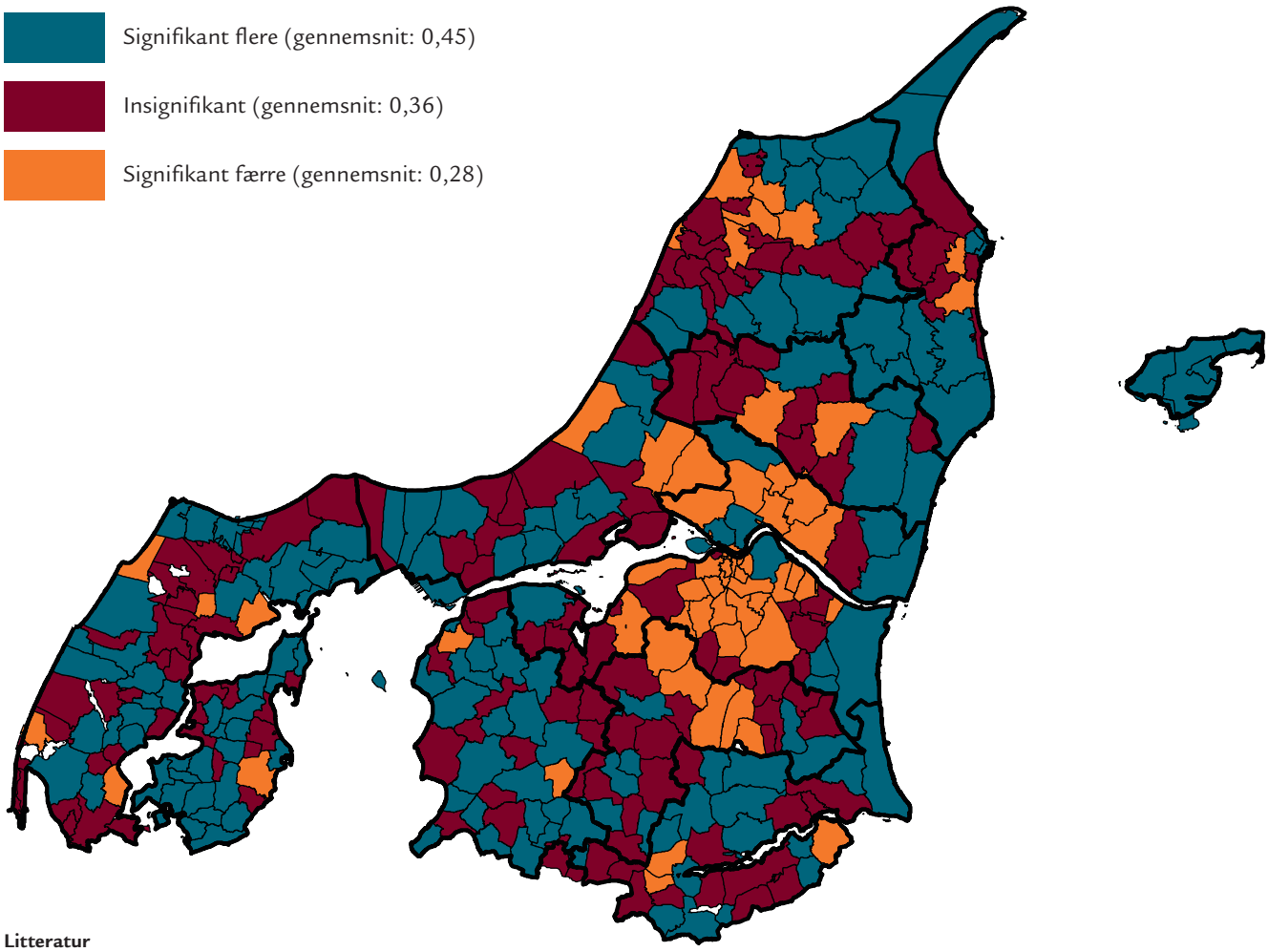
Kommune	Forekomst
Aalborg	30,1
Brønderslev	37,3
Frederikshavn	38,1
Hjørring	38,1
Jammerbugt	39,5
Læsø	47,2
Mariagerfjord	38,0
Morsø	44,1
Rebild	34,8
Thisted	40,1
Vesthimmerland	41,6
Region Nordjylland	35,8

Signifikant **færre** end i hele Region Nordjylland

Signifikant **flere** end i hele Region Nordjylland

Kilde: Danmarks Statistik, CPR-registret

FIGUR 2.2 Andel af borgere fra 18 år uden erhvervsuddannelse fordelt på sogneniveau i forhold til regionsgennemsnit på 0,36



Litteratur

1. Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel. Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011.

2. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. J Health Econ. 2010 Jan; 29(1):1-28. Epub 2009 Oct 31.

KAPITEL 3

Social ulighed i sundhedsvaner

Begrebet social ulighed i sundhedsvaner beskriver, hvorledes sundhedsvaner er fordelt afhængig af social position. Socialt dårligt stillede borgere har oftere mere uhensigtsmæssige sundhedsvaner sammenlignet med socialt bedre stillede borgere. Ønsket om at ændre sundhedsvaner adskiller sig også på tværs af uddannelsesniveau, hvor andelen, der ønsker at ændre sundhedsvaner stiger med uddannelsesniveau. Ulighed i sundhedsvaner falder sammen med forskel i sygelighed og dødelighed, og tabellerne i dette kapitel belyser inden for hvilke sundhedsvaner i Region Nordjylland, der er størst ulighed i sundhed opgjort på uddannelsesniveau (1). Analyserne er foretaget på baggrund af data fra Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010.

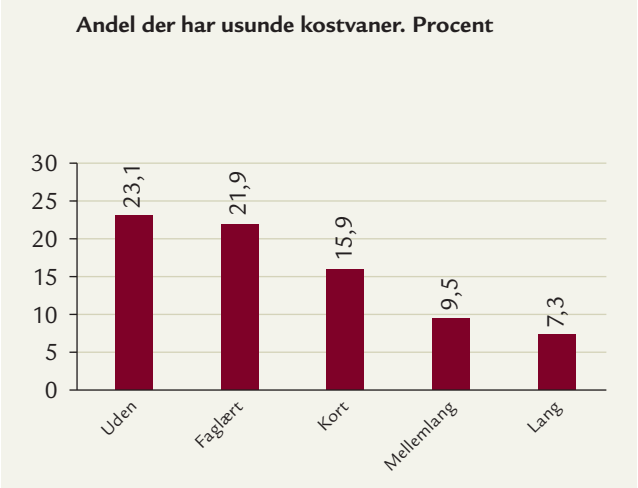
Ulighed i sundhedsvaner måles på de fire KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) samt overvægt BMI≥25. Personer fra og med 16 år er medtaget i KRAM-analyserne. I nogle tilfælde vil en borger have flere risikofaktorer, hvilket vil påvirke helbredet i højere grad end en enkelt risikofaktor alene. Dette belyses også i kapitlet. En risikofaktor betragtes som en eller flere uhensigtsmæssige sundhedsvaner såsom daglig rygning, et højrisikoforbrug af alkohol, inaktivitet, usunde kostvaner og BMI udenfor normalområdet.

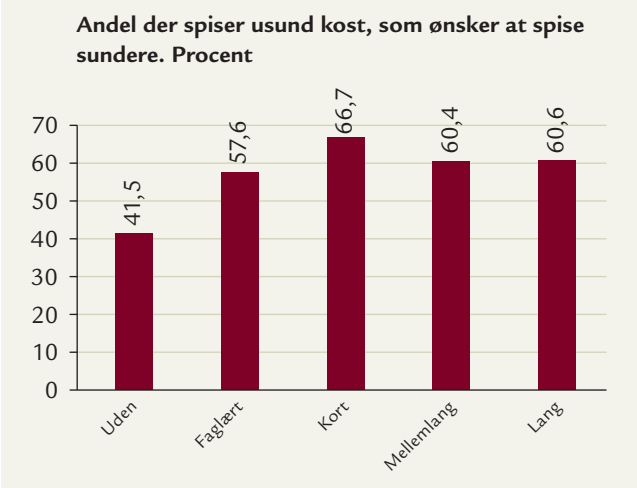
Til sidst i kapitlet vil KRAM-faktorerne samt overvægt blive sat i perspektiv i forhold til råd fra egen læge om ændring af sundhedsvaner.

3.1 Ulighed i KRAM-faktorerne

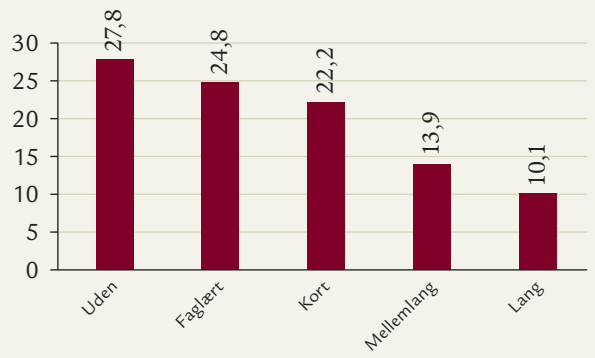
I figur 3.1 præsenteres andelen, der har uhensigtsmæssige sundhedsvaner til venstre mens andelen, der ønsker at ændre sundhedsvaner ses i kolonnen til højre. Stigende uddannelsesniveau medfører et fald i andelen af borgere med følgende uhensigtsmæssige sundhedsvaner: Usund kost, rygning, inaktivitet og overvægt. Så vidt det angår alkohol er billedet ikke så entydigt. Gruppen af borgere med en kort uddannelse ønsker i højere grad at spise sundere og at holde op med at ryge, hvorimod stigende uddannelsesniveau medfører en højere forekomst af borgere, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. I forhold til motivationen for ændringer af sundhedsvaner er den sociale ulighed ikke så mærkbar forskellig mellem uddannelsesgrupperne, som det gør sig gældende for selve sundhedsvanerne.

FIGUR 3.1 Fordelingen af nordjyske borgere fra og med 16 år på tværs af uddannelsesniveauer. Uligheden i sundhedsvaner ses i venstre kolonne, mens ønsket om ændring af sundhedsvaner ses i kolonne til højre.

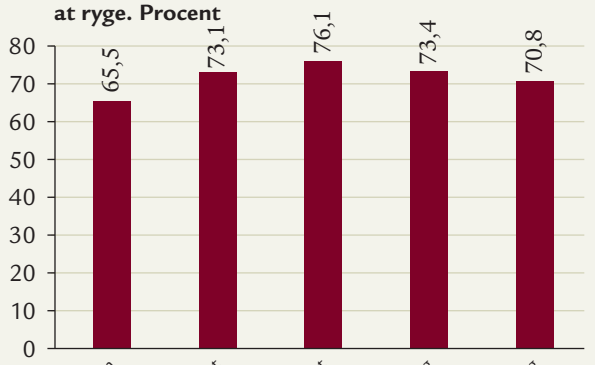




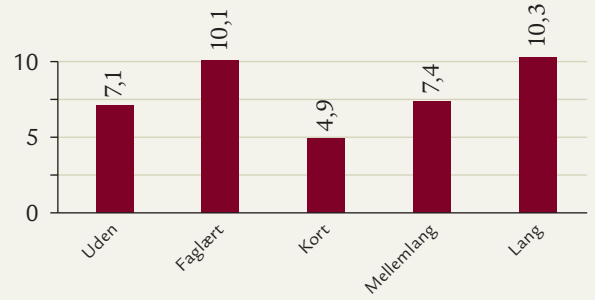
Andel der ryger dagligt. Procent



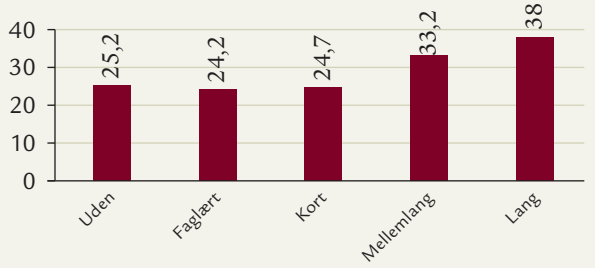
Andel dagligrygere, som ønsker at holde op med at ryge. Procent



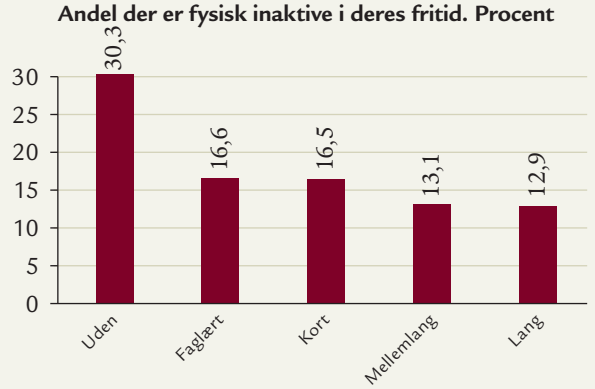
Andel der på en typisk uge har et højrisikoforbrug af alkohol (over 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd). Procent



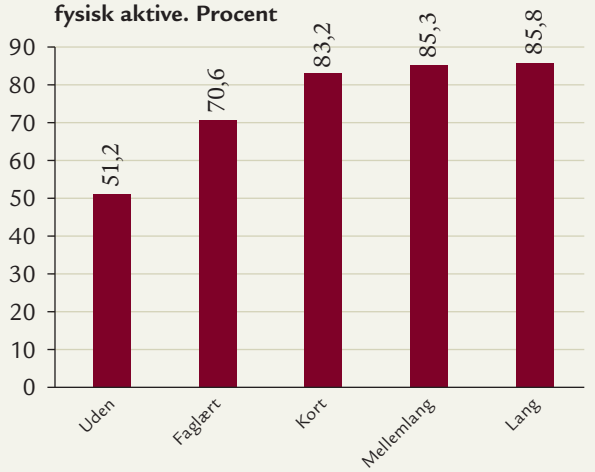
Andel med højrisikoforbrug af alkohol, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget. Procent



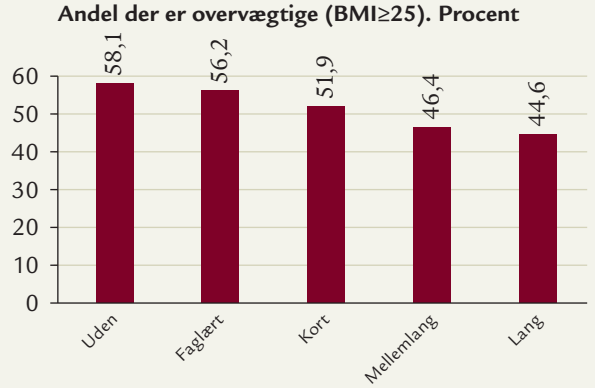
Andel der er fysisk inaktive i deres fritid. Procent



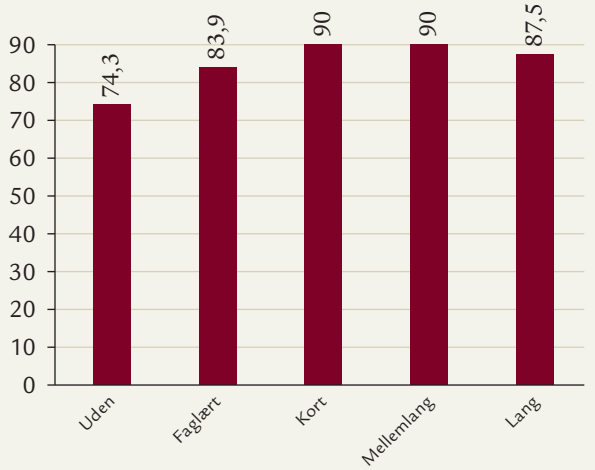
Andel af fysisk inaktive, som ønsker at være mere fysisk aktive. Procent



Andel der er overvægtige (BMI≥25). Procent



Andel overvægtige (BMI≥25), som ønsker at tabe sig. Procent



Kilde: Sundhedsprofil 2010

3.2 Ophobning af risikofaktorer

I forhold til den enkelte borger skal KRAM-faktorerne ikke ses isoleret, men i kombination. Ophobning af risikofaktorer belyser fordelingen af uhensigtsmæssige sundhedsvaner inklusiv BMI udenfor normalområdet.

Tabel 3.1 viser ophobningen af risikofaktorer. Risikofaktorer er defineret ud fra følgende:

- Ryger dagligt
- Højrisikoforbrug af alkohol (over 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd om ugen)
- Inaktiv i fritiden
- Usunde kostvaner
- BMI udenfor normalområdet (BMI≤18,5 eller BMI≥25)

De fem indikatorer sammenlægges for den enkelte borger, hvor tabel 3.1 viser ingen, en og to eller flere risikofaktorer. For Region Nordjylland som helhed er der 26,4 % af den nordjyske befolkning fra og med 18 år, svarende til 93.332 borgere, som har uhensigtsmæssige sundhedsvaner. 41,3 % af nordjyderne (146.008) kan bekræfte én risikofaktor, mens 31,8 % har to eller flere risikofaktorer.

Fordelt på uddannelse er der en klar graduering. 38,9 % af borgere uden erhvervsuddannelse er placeret i kategorien med 2 eller flere risikofaktorer, mens det kun er 15,6 % for borgere med lang videregående uddannelse.

TABEL 3.1 Ophobning af risikofaktorer for borgere fra og med 18 år. Procent

	Ingen	En	To eller flere	Total
Region Nordjylland	26,4	41,3	31,8	353.532
Ingen erhvervsuddannelse	21,4	39,4	38,9	112.973
Kort uddannelse	25,1	42,8	31,9	172.128
Mellemlang videregående	39,3	41,2	19,1	51.885
Lang videregående	40,0	43,9	15,6	17.689

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsprofil 2010

Af tabel 3.2 fremgår det, at der er signifikant flere mænd, folkepensionister, førtidspensionister, sygedagpengemodtagere, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse, der har to eller flere uhensigtsmæssige sundhedsvaner.

TABEL 3.2 Andel af borgere fra og med 18 år med to eller flere risikofaktorer. Procent (+/- angiver signifikans fra Region Nordjylland)

		Forekomst	Signifikans	Antal
Total	Region Nordjylland	31,8		112.423
Mænd	18-25 år	34,3	+	7.885
	26-45 år	35,8	+	22.045
	46-65 år	39,6	+	26.137
	65+ år	37,3	+	12.287
	Alle	37,2	+	68.354
Kvinder	18-25 år	24,6	-	4.967
	26-45 år	23,7	-	12.725
	46-65 år	26,5	-	16.103
	65+ år	31,1	+	10.987
	Alle	26,3	-	44.780
Uddannelse	Uden erhvervsuddannelse	38,9	+	44.271
	Kort uddannelse	31,9		55.209
	Mellemlang videregående	19,1	-	10.093
	Lang videregående	15,6	-	2.850
Erhvervsstatus	Folkepensionist	34,9	+	21.148
	Efterlønsmodtager	27,8	-	4.029
	Førtidspensionist	57,0	+	8.141
	Sygedagpengemodtager	48,4	+	1.086
	Kontanthjælpsmodtager	56,9	+	3.692
	Arbejdsløs, ledighedsydl., fleksydelse mv	43,1	+	6.580
	Under uddannelse	27,5	-	4.495
	Øvrige uden for arbejdsstyrken	32,8		2.668
	Beskæftiget	28,2	-	64.190
Branche	Landbrug, skovbrug, fiskeri	29,9	-	2.899
	Råstofindvinding	30,2		159
	Industri	36,0	+	11.058
	Energiforsyning	22,7	-	239
	Vandforsyning og renovation	37,7	+	509
	Bygge og anlæg	33,2	+	5.224
	Handel	31,2		10.434
	Transport	43,0	+	3.557
	Hoteller og restauranter	33,8	+	2.073
	Information og kommunikation	27,8	-	1.715
	Finansiering og forsikring	22,2	-	1.506
	Ejendomshandel og udlejning	30,5		962
	Videnservice	23,4	-	2.012
	Rejsebureauer og rengøring med mere	36,3	+	3.460
	Offentlig administration, forsvar og politi	21,2	-	2.756
	Undervisning	17,6	-	3.434
	Sundhed og socialvæsen	22,6	-	9.992
	Kultur og fritid	18,6	-	552
	Andre serviceydelser	25,8	-	1.202

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsprofil 2010

I tabel 3.3 og figur 3.2 ses procentdelen af borgere med to eller flere risikofaktorer på kommuneniveau. Det ses, at Aalborg kommune ligger signifikant under gennemsnittet med 30,1 procent. Mariagerfjord kommune, Morsø kommune, Thisted kommune og Vesthimmerland kommune har signifikant flere borgere med to eller flere risikofaktorer.

TABEL 3.3 Andelen af borgere med to eller flere risikofaktorer fordelt på kommuner i Region Nordjylland. Procent

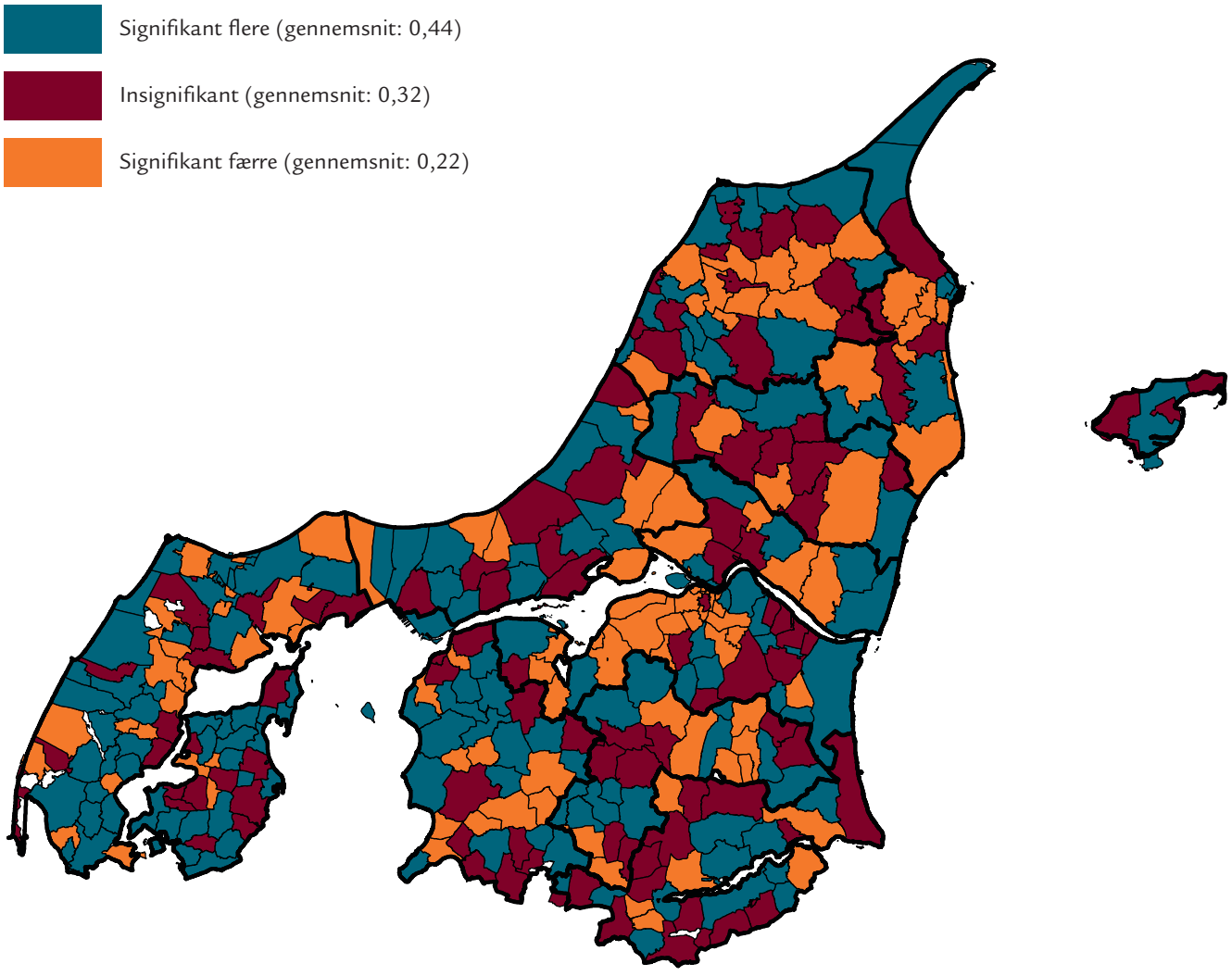
Kommune	Forekomst
Aalborg	30,1
Brønderslev	31,5
Frederikshavn	32,0
Hjørring	31,4
Jammerbugt	31,9
Læsø	33,1
Mariagerfjord	33,2
Morsø	37,5
Rebild	31,2
Thisted	35,3
Vesthimmerland	32,9
Region Nordjylland	31,8

Signifikant **færre** end i hele Region Nordjylland

Signifikant **flere** end i hele Region Nordjylland

Kilde: Sundhedsprofil 2010

FIGUR 3.2 Andel af borgere med to eller flere risikofaktorer på sogne i forhold til regionsgennemsnit på 0,32



3.3 Social ulighed i sundhedsvaner og rådgivning fra egen læge

En af sundhedsvæsenets roller er at sikre den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. I den forbindelse spiller den praktiserende læge en central rolle.

Tabel 3.4 belyser odds ratio for uhensigtsmæssige sundhedsvaner for borgere uden erhvervsuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Odds ratio i dette kapitel beskriver, i hvor stor udstrækning en sundhedsvane forekommer i gruppen uden erhvervsuddannelse i forhold til gruppen med lang videregående uddannelse. Eksempelvis viser tabellen, at der er 5,7 gange flere rygere blandt borgere uden erhvervsuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse, og odds ratio er dermed 5,7.

Spørgsmålet er nu om de borgere, der ryger dagligt har fået rådgivning af egen læge indenfor de sidste 12 måneder med henblik på at holde op med at ryge. Det ses i tabel 3.4, at selvom der er 5,7 gange flere borgere uden erhvervsuddannelse, der ryger i forhold til borgere med lang videregående uddannelse, har borgere uden erhvervsuddannelse kun fået råd fra egen læge med henblik på at holde op med at ryge 2,1 gange oftere i forhold til borgere med lang videregående uddannelse.

Omvendt forholder det sig for rådgivning i forhold til usund kost. Borgere uden erhvervsuddannelse spiser syv gange oftere usund kost end borgere med lang videregående uddannelse, og borgere uden erhvervsuddannelse modtager rådgivning fra egen læge med henblik på at ændre kostvaner 14 gange oftere end borgere med lang videregående uddannelse.

TABEL 3.4 Odds ratio for KRAM for borgere uden erhvervsuddannelse sammenholdt med borgere med lang videregående uddannelse. Køns- og aldersstandardiseret

Sundhedsvaner		Råd fra egen læge	
Daglig rygning	5,7*	Holde op med at ryge	2,1
Usund kost	7,0*	Ændre kostvaner	14,0*
Højrisikoforbrug af alkohol	0,9	Nedsætte sit alkoholforbrug	10,7*
Inaktivitet	2,0*	Dyrke mere motion	1,7
BMI over 25	2,1*	Tabe sig	2,2*

**= signifikant forskel*

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsprofil 2010

I højrisikoforbrug af alkohol er der ikke noget signifikant tegn på ulighed mellem borgere uden erhvervsuddannelse i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Til gengæld er der signifikant forskel på, om der modtages råd fra egen læge. Selvom borgere uden erhvervsuddannelse og borgere med lang videregående uddannelse ikke er signifikant forskellige i tilbøjeligheden til at have et højrisikoforbrug af alkohol, modtager borgere uden erhvervsuddannelse rådgivning fra egen læge om nedsættelse af alkoholforbrug 10,7 gange oftere end borgere med lang videregående uddannelse. Med andre ord: Hver gang en borger med en videregående uddannelse får at vide, at de bør nedsætte sit alkoholforbrug, er der knap 11 borgere uden erhvervsuddannelse, der får samme rådgivning. Dette på trods af, at der ikke er nogen nævneværdig forskel på de to grupper med hensyn til højrisikoforbrug af alkohol.

Litteratur

1. Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel. Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011.

KAPITEL 4

Social ulighed i kroniske sygdomme

Cirka en tredjedel af befolkningen har en eller flere kroniske sygdomme. For at sikre det sammenhængende patientforløb for kronisk syge borgere i Nordjylland, har region og kommuner indgået sundhedsaftaler om udvalgte diagnoser. Sundhedsaftalerne definerer hvilke tilbud en kronisk syg borger bør have, og hvilken sektor der skal give tilbuddet. Aftalerne handler også om tidlig opsporing, behandling og rehabilitering, samt om hvordan de kronisk syge borgere rustes til bedst muligt at tage vare på egen situation. Hensigten med dette kapitel er at synliggøre, i hvilke befolkningsgrupper og områder i regionen forekomsten af kroniske sygdomme er størst. Formålet er at tilvejebringe et grundlag for evt. at iværksætte socialt differentierede indsatser.

Kroniske sygdomme omhandler følgende områder: Hjerte-karsygdomme, kræftsygdomme, diabetes, osteoporose (knogleskørhed), gigtsygdomme, lungesygdomme, psykiatriske sygdomme, demens, alkoholmisbrugsrelaterede sygdomme, adipositas (fedme), allergiske og inflammatoriske sygdomme. Borgere, der har haft sygehuskontakt (ICD-10 kodet) eller købt receptpligtigmedicin (ATC kodet) til behandling af en sygdom inden for disse områder, vil i det følgende blive betragtet som kronikere (1).

Tabel 4.1 viser den procentvise forekomst af kroniske sygdomme på tværs af uddannelsesniveauer. Uligheden ses på tværs af uddannelsesniveauer, hvor andelen af borgere uden kroniske sygdomme er højest blandt borgere med lang videregående uddannelse og lavest ved borgere uden erhvervsuddannelse. Andelen af borgere med to eller flere kroniske sygdomme er højest i gruppen uden erhvervsuddannelse og lavest i gruppen med lang videregående uddannelse.

TABEL 4.1 Forekomsten af kroniske sygdomme fordelt på uddannelsesniveau. Procent

	Ingen kroniske sygdomme	En kronisk sygdom	To eller flere kroniske sygdomme
Uden erhvervsuddannelse	39,8	30,4	29,7
Kort uddannelse	54,1	28,2	17,7
Mellemlang videregående uddannelse	53,9	28,9	17,2
Lang videregående uddannelse	61,7	25,4	12,9

Kilde: PAS - 2010, Sygesikringsdata 2010, Danmarks Statistik

Tabel 4.2 viser forekomsten af kroniske sygdomme fordelt på køn og alder. Tabellen viser, at kvinder i højere grad har en eller flere kroniske sygdomme end mænd uanset aldersgruppe.

TABEL 4.2 Forekomst af kroniske sygdomme blandt mænd og kvinder fordelt på alder. Procent

	MÆND			KVINDER		
	Ingen kroniske sygdomme	En kronisk sygdom	To eller flere kroniske sygdomme	Ingen kroniske sygdomme	En kronisk sygdom	To eller flere kroniske sygdomme
18-25 år	81,8	15,7	2,6	72,8	22,3	5,0
26-45 år	72,7	20,7	6,6	63,5	26,8	9,7
46-65 år	47,1	31,8	21,1	40,4	34,6	25,0
65+ år	18,1	35,8	46,1	13,8	34,4	51,8

Kilde: PAS - 2010, Sygesikringsdata 2010, Danmarks Statistik

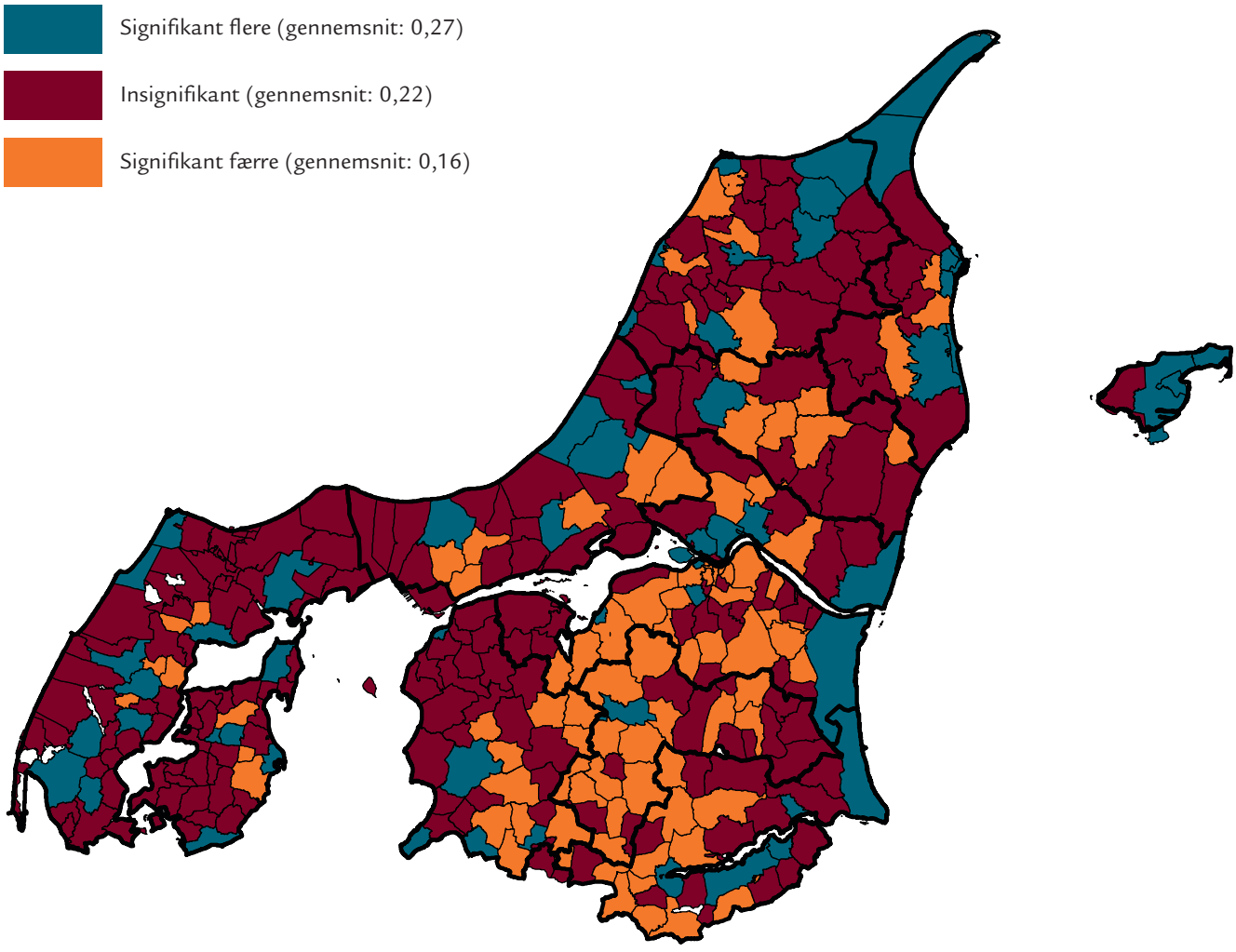
Tabel 4.3 og figur 4.1 viser forekomsten af to eller flere kroniske sygdomme i de nordjyske kommuner og fordelt på sogne. Andelen af borgere med to eller flere kroniske sygdomme er mindst i Aalborg og Rebild kommune. Omvendt har Læsø kommune den højeste forekomst. Tallene afspejler blandt andet den forskel, der er blandt kommunerne i relation til befolkningernes aldersmæssige sammensætning, og kan ikke tages som udtryk for, at borgere i Læsø kommune generelt er mere syge.

TABEL 4.3 Antal og procentdel af borgere blandt kommunerne i Region Nordjylland med to eller flere kroniske sygdomme.

	Antal	Procent
Aalborg	31.137	20,0
Brønderslev	6.087	22,3
Frederikshavn	11.853	24,2
Hjørring	11.921	23,1
Jammerbugt	6.580	22,1
Læsø	431	26,3
Mariagerfjord	7.097	21,9
Morsø	4.244	25,1
Rebild	4.281	20,0
Thisted	8.318	24,0
Vesthimmerland	6.689	23,1
Region Nordjylland	98.638	22,0

Kilde: PAS 2010, Sygesikringsdata 2010, Danmarks Statistik

FIGUR 4.1 Andel af nordjyske borgere fordelt på sogne fra og med 18 år med to eller flere kroniske sygdomme i forhold til regionsgennemsnittet på 0,22



Tabel 4.4 viser fordelingen af 11 kroniske sygdomme på tværs af uddannelsesniveauer. Det ses, at andelen af kronikere generelt falder med stigende uddannelsesniveau, når der ses bort fra allergi. Hjertekarsygdomme er det kronikerområde, der rammer flest borgere i Region Nordjylland. I denne diagnosegruppe er også de med forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Det ses eksempelvis at 42,4 % af borgere uden erhvervsuddannelse har en hjertekarsygdom, hvor tallet for borgere med lang videregående uddannelse er 19,7 %.

TABEL 4.4 Forekomsten af kronisk sygdom i Region Nordjylland på tværs af uddannelsesgrupper. Antal, procent i parentes

	Uden erhvervs-uddannelse		Kort uddannelse		Mellemlang videregående uddannelse		Lang videregående uddannelse		Total
Hjertekarsygdom	65.812	(42,4)	56.095	(27,7)	14.285	(25,8)	3.631	(19,7)	146.784
Kræft	4.704	(3,0)	4.177	(2,1)	1.238	(2,2)	334	(1,8)	10.814
Diabetes	10.414	(6,7)	7.746	(3,8)	1.639	(2,9)	472	(2,6)	21.170
Osteoporose	5.942	(3,8)	3.043	(1,5)	957	(1,7)	150	(0,8)	10.822
Gigtsygdomme	5.681	(3,7)	5.268	(2,6)	1.238	(2,2)	295	(1,6)	12.921
KOL/Astma	16.748	(10,8)	13.556	(6,7)	3.962	(7,1)	1.085	(5,9)	36.604
Psykiske lidelser	24.247	(15,6)	18.618	(9,2)	5.339	(9,5)	1.150	(6,2)	51.968
Demens	1.256	(0,8)	471	(0,2)	122	(0,2)	32	(0,2)	2.140
Alkoholmisbrug	2.044	(1,3)	1.730	(0,9)	332	(0,6)	86	(0,5)	4.369
Fedme	1.889	(1,2)	2.269	(1,1)	754	(1,3)	110	(0,6)	5.127
Allergi	24.940	(16,1)	30.283	(14,9)	9.365	(16,7)	2.956	(16,0)	69.828
Ingen kroniske sygdomme	61.832	(39,9)	109.751	(54,1)	30.235	(53,9)	11.408	(61,7)	221.013

Kilde: PAS 2010, Sygesikringsdata 2010, Danmarks Statistik

De nordjyske kommuner og Region Nordjylland har fokus på en række kroniske sygdomme via sundhedsaftalerne. Tabel 4.5 viser uligheden på de udvalgte fokusområder. Andelen af borgere, der har en af de kroniske sygdomme eller kombinationen af disse falder med stigende uddannelsesniveau, bortset fra diabetes, KOL og hjertekarsygdomme, hvor forekomsten er større blandt personer med kort uddannelse end blandt personer uden erhvervsuddannelse.

TABEL 4.5 Forekomsten af kroniske sygdomme og comorbiditet (flere samtidige sygdomme) blandt borgere i Region Nordjylland på tværs af uddannelsesniveau. Antal, procent i parentes

	Uden erhvervs-uddannelse		Kort uddannelse		Mellemlang videregående uddannelse		Lang videregående uddannelse	
Hjertekarsygdomme	25.652	(40,1)	26.897	(42,1)	6.874	(10,8)	1.841	(2,9)
Hjertekarsygdomme, diabetes	4.138	(47,4)	3.363	(38,5)	684	(7,8)	191	(2,2)
Hjertekarsygdomme, KOL/astma	3.440	(52,2)	2.202	(33,4)	514	(7,8)	131	(2,0)
Hjertekarsygdomme, psykiske lidelser	5.164	(47,4)	3.695	(33,9)	996	(9,1)	198	(1,8)
Hjertekarsygdom, diabetes, KOL/astma, psykiske lidelser	200	(62,1)	82	(25,5)	20	(6,2)	1	(0,3)
Diabetes	405	(30,7)	642	(48,6)	181	(13,7)	57	(4,3)
Diabetes, KOL/astma	34	(47,9)	26	(36,6)	9	(12,7)	0	(0)
Diabetes, psykiske lidelser	86	(47,5)	63	(34,8)	18	(9,9)	5	(2,8)
KOL/astma	3.386	(35,1)	4.341	(45,0)	1.282	(13,3)	393	(4,1)
KOL/astma, psykiske lidelser	652	(48,4)	483	(35,8)	145	(10,8)	30	(2,2)
Psykiske lidelser	6.940	(40,9)	6.884	(40,6)	2.091	(12,3)	497	(2,9)

Kilde: PAS 2010, Sygesikringsdata 2010, Danmarks Statistik

Litteratur

1. Sygehuskontakter og lægemiddelforbrug for udvalgte kroniske sygdomme i Region Nordjylland Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital (2007)

KAPITEL 5

Ulighed i kontakt til sundhedsvæsenet

Som indledningsvist beskrevet er årsagerne til social ulighed i sundhed komplekse, og der findes ingen entydige forklaringer. Danmark er et samfund, hvor der i princippet er fri og lige adgang for alle til de fleste af sundhedsvæsenets ydelser. Undtagelser herfra er dog, at der er brugerbetaling på eksempelvis tandlæge, visse former for fysioterapi, kiropraktik, medicin med videre.

Lige adgang betyder, at en borger skal tilbydes samme behandling for samme behov. De meget syge skal således have flere ydelser end de raske og mindre syge. Så lighed i adgang indebærer forskel i tilbud og kontakt. Udfordringen for sundhedsvæsenet er at sikre, at alle tilbud når ud til alle borgere, så sundhedsydelserne alene gives på baggrund af det sundhedsmæssige behov, og dermed også til de socialt lavere stillede.

Trods den lige adgang er der på nogle områder ikke lighed i brugen af sundhedsvæsenet, og der er heller ikke lighed i de resultater, befolkningen har i effekten af behandlingen – i form af helbredelse og bedre overlevelse. Det følgende vil vise nogle af de skævheder, der er i kontakten til det nordjyske sundhedsvæsen.

Forrige kapitel viser, at der er social ulighed i sundhedsvaner og sygdom. En ulighed som kom til udtryk ved, at jo mindre uddannelse borgerne har, jo mere uhensigtsmæssige sundhedsvaner og sygdom eksisterer der. Spørgsmålet er så, hvordan dette ser ud i forhold til kontakten til sundhedsvæsenet.

5.1 Kontakt til sundhedsvæsenet

Tabel 5.1 viser kontakten til sundhedsvæsenet på tværs af uddannelsesniveau for borgere fra og med 16 år. Overordnet ses det, at andelen, der besøger praktiserende læge og vagtlæge, falder med stigende uddannelsesniveau. Forklaringen herpå kan ligge i, at borgere uden erhvervsuddannelse i højere grad har langvarig sygdom, sygdoms- og helbredsproblemer samt bivirkninger efter langvarig sygdom som det fremgår af tabel 5.2. Det samme billede tegner sig ved indlæggelser og besøg på skadestuen. Andelen af borgere uden erhvervsuddannelse, der besøger tandlæge, er lavere end for de andre uddannelsesniveauer. Dette kan muligvis forklares med, at besøg ved tandlægen er brugerbetalt, og borgere uden erhvervsuddannelse har ikke de samme økonomiske ressourcer til tandlægeudgifter.

TABEL 5.1 Andel der har haft kontakt til sundhedsvæsenet inden for det seneste år blandt borgere fra og med 16 år fordelt på uddannelsesniveau. Procent

	Uden erhvervs-uddannelse	Faglært, studenter-eksamen	Kort uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Praktiserende læge (mindst fem gange)	41,8	28,5	31,7	28,9	17,9
Speciallæge	30,5	24,3	25,1	26,8	25,1
Vagtlæge	5,8	5,5	4,7	4,3	3,0
Tandlæge (alle over 18 år)	54,3	73,4	74,8	77,8	70,5
Sygehus (indlæggelse)	12,9	9,0	9,7	9,2	7,2
Skadestue	5,9	4,6	4,4	4,1	3,9

Kilde: Sundhedsprofil 2010

5.1.1 Helbredsproblemer

I tabel 5.2 vises odds ratio for helbredsproblemer samt lægebesøg for borgere uden erhvervsuddannelse sammenholdt med borgere med lang videregående uddannelse. Tabellen er alders- og kønsstandardiseret for borgere fra og med 18 år. I dette afsnit beskrives odds ratio for, hvor mange gange oftere borgere uden erhvervsuddannelse har helbredsproblemer, samt hvor mange oftere de besøger læge i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. For eksempel vil 1,8 borgere uden erhvervsuddannelse have langvarig sygdom, når én borger med lang videregående uddannelse har langvarig sygdom. Generelt set har borgere uden erhvervsuddannelse større risiko for at have langvarig sygdom, have sygdoms- og helbredsproblemer eller have bivirkninger efter tidligere sygdom end borgere med en lang videregående uddannelse. Trods dårligere sundhedsvaner og deraf følgende højere sygdomshyppighed i forskellige afskygninger, er kontakt til speciallæge mindre hyppigt for borgere uden erhvervsuddannelse end for borgere med lang videregående uddannelse. Således går 0,8 borgere uden erhvervsuddannelse til speciallæge, når én borger med lang videregående uddannelse gør det.

TABEL 5.2 Odds ratio for helbredsproblemer og lægebesøg for borgere uden erhvervsuddannelse sammenholdt med borgere med lang videregående uddannelse. Køns og aldersstandardiserede tal.

Helbredsproblemer		Har indenfor de sidste 12 måneder været hos:	
Langvarig sygdom	1,8*	Praktiserende læge	1,4*
Sygdom og helbredsproblemer	1,5*	Speciallæge	0,8*
Bivirkninger efter tidligere sygdom	1,5*	Købt receptpligtig medicin	1,7*

**: Signifikant forskel*

Kilde: Danmarks Statistik, Sundhedsprofil 2010

5.2 Medicinforbrug

Tabel 5.3 viser medicinforbrug fordelt på uddannelsesniveau. På tværs af alle grupper ses, at medicinforbruget falder med stigende uddannelsesniveau. Generelt viser tabellen, at andelen der har indtaget eller udleveret medicin falder med stigende uddannelsesniveau. I denne tabel er der i spørgsmålet om udlevering af forskellige former for medicin samt i spørgsmålet om udlevering af receptpligtig medicin kun taget højde for, at medicinen er blevet købt. Der er ikke taget højde for, om medicinen er blevet indtaget af den bruger, medicinen er udskrevet til.

TABEL 5.3 Medicinforbrug på tværs af uddannelsesniveau. Procent

	Uden erhvervs-uddannelse	Faglært, studenter-eksamen	Kort uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Andel der har taget håndkøbsmedicin gennemsnitligt 15-31 dage per måned inden for de seneste tre måneder.	23,3	14,3	16,1	11,0	8,0
Andel der har fået udleveret forskellige former for medicin inden for det seneste år.	49,2	27,6	28,6	25,5	16,3
Andel der har fået udleveret receptpligtig medicin svarende til et forbrug på et halvt år eller mere inden for det seneste år.	62,8	37,2	38,7	34,7	26,1

Kilde: Sundhedsprofil 2010

5.2.1 Defineret Døgn Dosis

I tabel 5.4 ses defineret døgndosis (DDD) per 1000 borgere fra og med 18 år angivet på fem forskellige medicingrupper. Disse medicingrupper er udvalgt idet borgere, der benytter disse medicintyper må formodes at have ringere trivsel. Man opgør medicinmængder i DDD, som angiver gennemsnitsdosis per døgn for en voksen person. WHO fastsætter DDD for medicin – for visse typer medicin er der ingen DDD angivelse.

I tabellen vises DDD per 1000 medicinbrugere, og den samme borger kan godt tage flere forskellige typer medicin. På tværs af alle medicintyper ses, at medicinforbrug falder med stigende uddannelsesniveau. Tallene i parentes er indekstal, der beskriver de procentvise ændringer fra lang videregående uddannelse mod ingen erhvervsuddannelse. Indekstallene viser således i hvor høj grad faldende uddannelsesniveau øger mængden af medicinindtag.

TABEL 5.4 Defineret Døgn Dosis (DDD) per 1000 borgere fra og med 18 år på udvalgte medicinområder fordelt på uddannelse 2009. Standardiseret for køn og alder

	ADHD-medicin		Sovemedicin/beroligende/angstdæmpende		Antidepressive og antipsykotisk		Smertestillende	
Region Nordjylland	1.894		11.893		30.170		18.933	
Uden erhvervsuddannelse	3.259	(1.398)	19.896	(284)	44.422	(215)	31.687	(506)
Kort uddannelse	685	(294)	9.708	(138)	29.923	(145)	16.248	(259)
Mellemlang videregående uddannelse	612	(262)	9.066	(129)	31.670	(153)	11.860	(189)
Lang videregående uddannelse	233	(100)	7.015	(100)	20.681	(100)	6.267	(100)

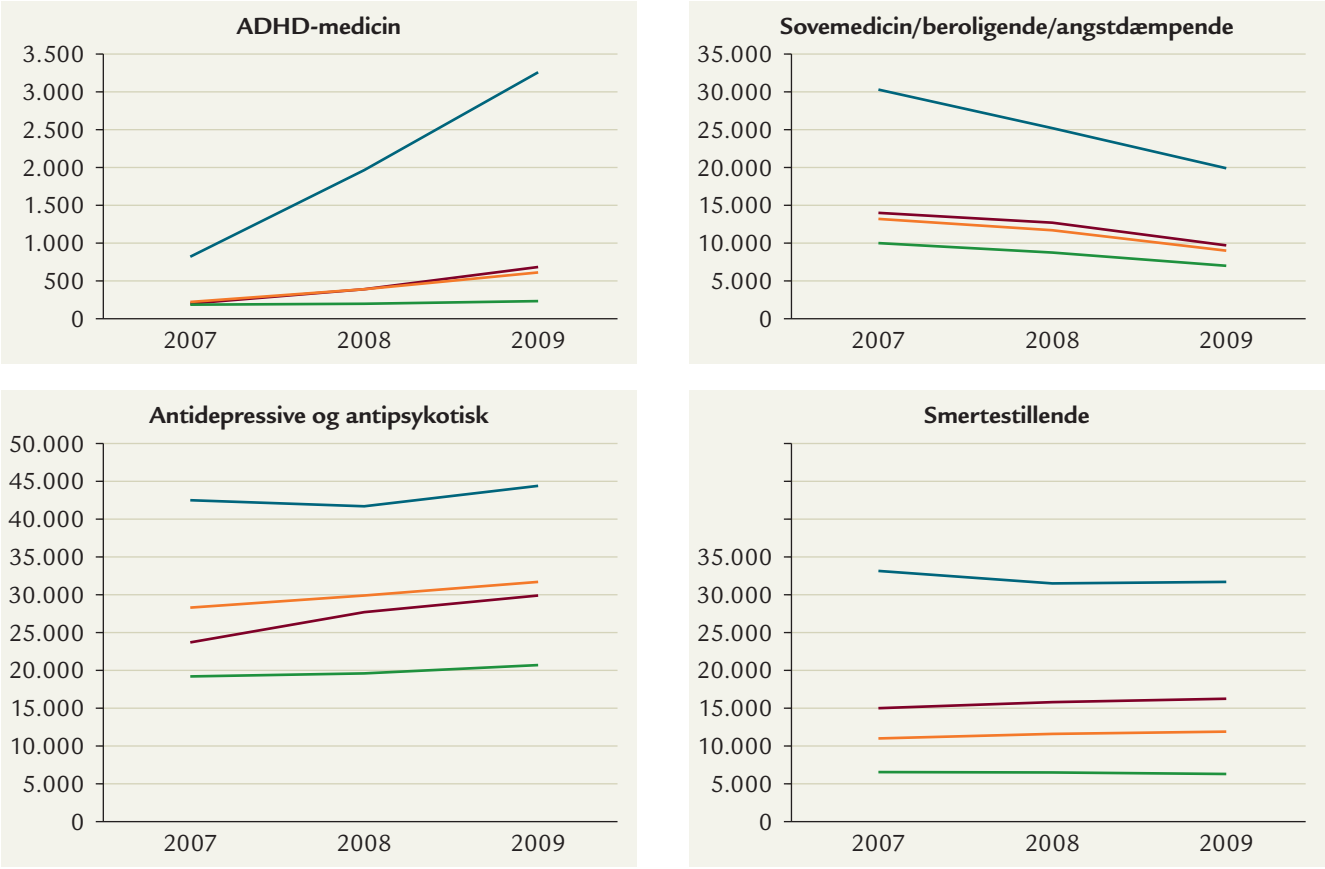
Kilde: Lægemiddelstyrelsens database over receptpligtigt medicinforbrug, Danmarks Statistik

5.2.2 Udviklingen i medicinforbrug og sygdomsforekomst

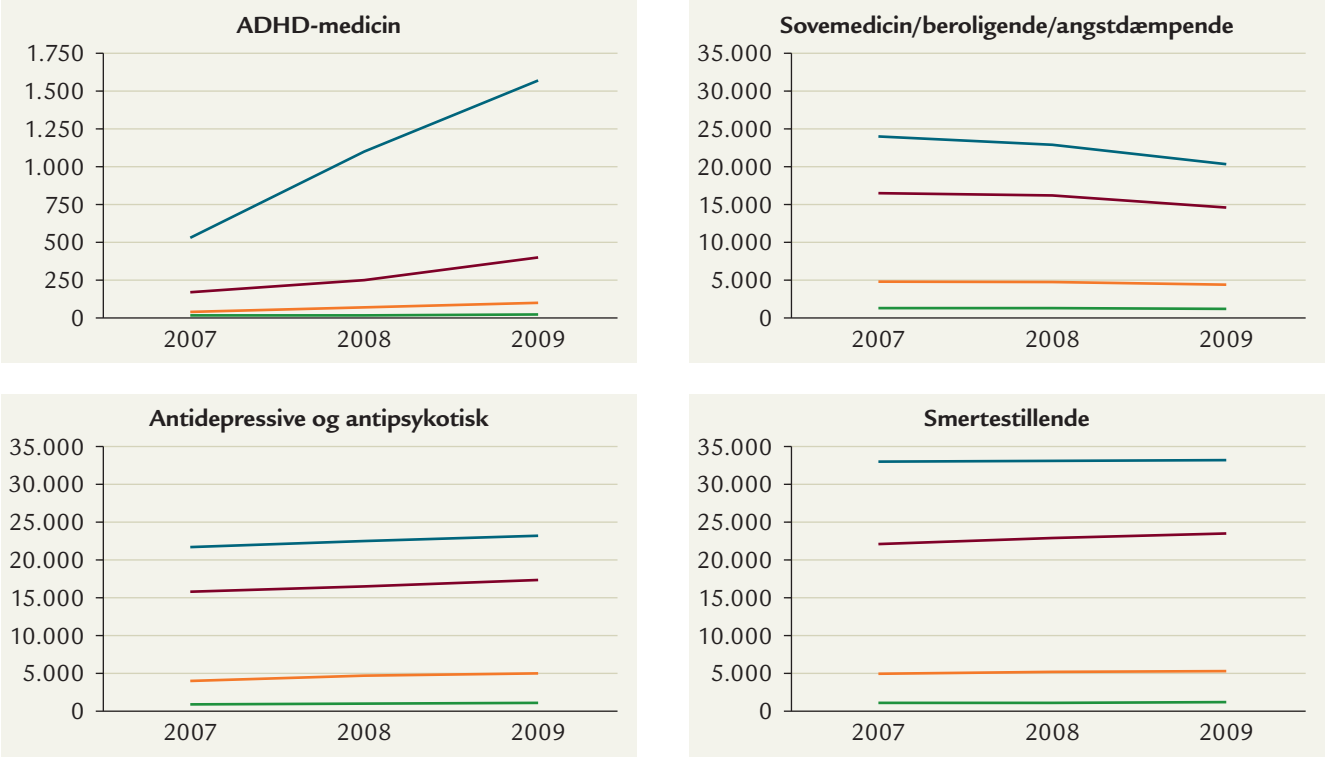
I figur 5.1 ses ændringen i forbruget af fire forskellige typer medicin over en periode på tre år fra og med 2007 til og med 2009. Figuren viser at forbruget af ADHD-medicin er steget gennem de tre år, og der ses også en stigning i forbruget af antidepressiver. Begge stigninger kan være forårsaget af det øgede fokus på behandlingen af borgere med ADHD og depression. Forbruget af smertestillende medicin er også steget. Forbruget af sovemedicin/beroligende/angstdæmpende er faldet markant over de tre år, hvilket kan være resultatet af Sundhedsstyrelsens vejledning om korrekt ordination af sovemedicin/beroligende/angstdæmpende i 2007 (2). Figuren viser desuden uligheden blandt uddannelsesniveauer, og her ses det, at højere uddannelsesniveau giver et lavere forbrug af medicin.

Selvom DDD er steget i løbet af årerne 2007-2009 kan man ikke af figur 5.1 se, om der reelt er flere personer, der tager medicinen eller om de personer, der allerede er tager mere medicin. Af figur 5.2 fremgår det, at antallet af ADHD patienter er steget fra 2007 til 2009, hvilket indikerer, at der er flere borgere, der tager ADHD-medicin. Det ser ud til, at faldet i antallet af borgere, der tager sovemedicin/beroligende/angstdæmpende er mindre end faldet i DDD i figur 5.1, hvilket antyder, at borgerne tager mindre sovemedicin/beroligende/angstdæmpende end tidligere. Antallet af borgere, der får antidepressiver er steget en smule, hvilket også fremgår af figur 5.1, og det må derfor antages, at flere borgere har behov for antidepressive, og forbruget samtidig passer med antallet af borgere. Det samme billede tegner sig for smertestillende.

FIGUR 5.1 **Udvikling i forbruget opgjort i DDD pr. 1000 brugere på 4 forskellige medicintyper – fordelt på forskellige uddannelsesniveauer.**



FIGUR 5.2 **Udvikling i antal borgere i behandling med 4 forskellige medicintyper – fordelt på forskellige uddannelsesniveauer.**



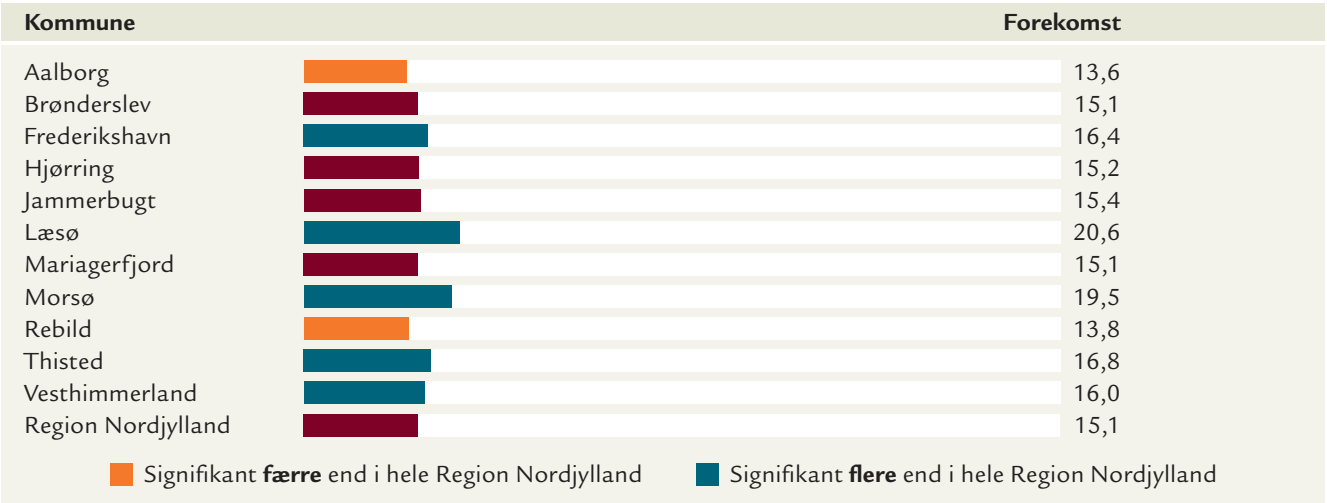
Uden erhvervsuddannelse Kort uddannelse
Mellemlang videregående uddannelse Lang videregående uddannelse

Kilde: Lægemiddelstyrelsens database over receptpligtigt medicinforbrug, Danmarks Statistik

5.2.3 Nordjyske borgeres forbrug af mere end 5 præparater

Figur 5.3 viser forekomsten af polyfarmaci i de nordjyske kommuner, som er angivet som den procentandel af borgere, der har fået ordineret mere end 5 forskellige typer medicin på et halvt år.

FIGUR 5.3 Forekomsten af polyfarmaci i 2009 blandt de Nordjyske kommuner. Procent



Kilde: Lægemiddelregisteret, Danmarks Statistik

I tabel 5.5 ses forekomsten af polyfarmaci på tværs af uddannelsesniveauer. Den angivne procentdel viser procentdelen inden for hvert uddannelsesniveau, hvor der er brugt mere end fem forskellige medikamenter i løbet af det sidste halve år. Det ses, at andelen af polyfarmaci falder med stigende uddannelsesniveau.

Andelen af borgere med polyfarmaci er primært kvinder og forekomsten stiger med alderen, som det ses i tabel 5.6. Ikke overraskende er det, at andelen, der tager medicin stiger med alderen, idet stigende alder ofte medfører flere sygdomme såsom hjerte-karsygdomme, diabetes, muskelskelet lidelser, forskellige kræfttyper og lignende. Det, at forekomsten af polyfarmaci er markant højere ved kvinder i forhold til mænd, kan muligvis forklares med, at kvinder i højere grad end mænd har kroniske sygdomme som vist i tabel 4.2.

TABEL 5.5 Forekomsten af polyfarmaci på tværs af uddannelsesniveau 2009. Procent

	Procent
Ingen erhvervsuddannelse	22,1
Kort uddannelse	11,0
Mellemlang videregående uddannelse	10,2
Lang videregående uddannelse	7,4

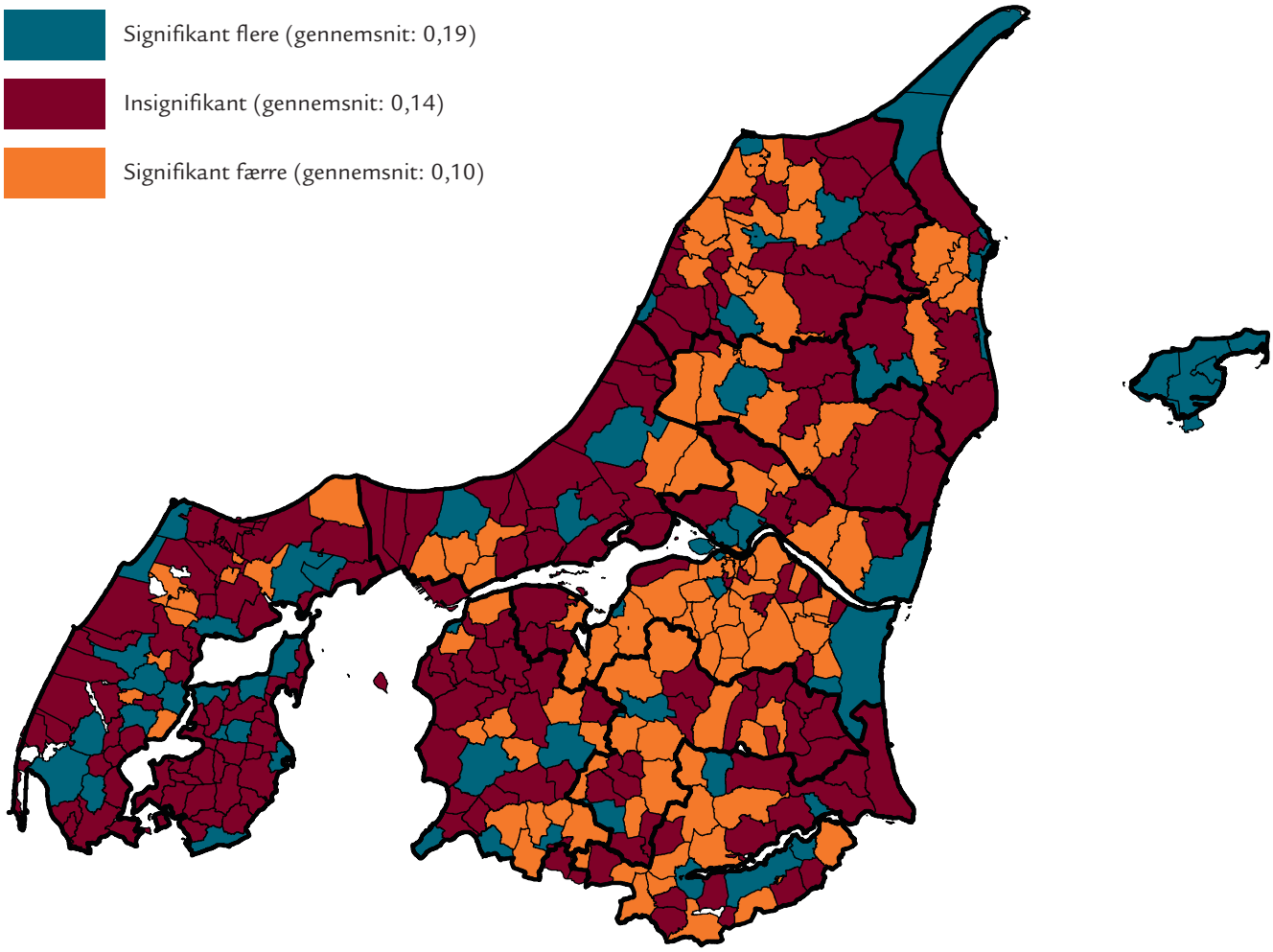
Kilde: Lægemiddelregisteret, Danmarks Statistik

TABEL 5.6 Forekomsten af polyfarmaci 2009 fordelt på køn og alder. Antal, i parentes er procent

	KØN	
Alder	Mænd	Kvinder
18-25 år	289 (0,99)	1.269 (4,82)
26-45 år	2.262 (3,06)	4.767 (6,78)
46-65 år	8.821 (11,42)	12.561 (16,67)
65+ år	14.386 (31,3)	24.014 (43,01)
Total	25.758	42.611

Kilde: Lægemiddelregisteret, Danmarks Statistik

FIGUR 5.4 Andel af nordjyske borgere fordelt på sogne fra og med 18 år med polyfarmaci i forhold til regionsgennemsnittet på 0,14



Kilder

1. Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital. Sygehuskontakter og lægemiddelforbrug for udvalgte kroniske sygdomme i Region Nordjylland. Rapport nr. 34.
2. http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2007/Laegemidl_afhaengsk_vejl07.aspx

KAPITEL 6

Ulighed i ulykker

Ligesom ved mange andre sundhedstilstande i Danmark findes der en skæv social fordeling i brug af skadestue efter en ulykke. Tilskadekomne med lavere erhvervsstatus, arbejdsløse samt underordnede funktionærer, anvender skadestuerne efter en ulykke i større omfang end tilskadekomne med højere erhvervsstatus, det vil sige overordnede funktionærer samt selvstændige. Dog er det uvist, hvorvidt denne skævhed er forårsaget af alvorligere ulykkesfrekvens eller blot en højere henvendelsestendens blandt de socialt dårligere stillede. Udover sociale indikatorer har omstændigheder som tilgængelighed og afstand til skadestuerne vist sig at være af betydning for henvendelsestendensen til skadestuen (1). En undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed, der belyser uddannelsesniveau og kontakt til skadestuen, som følge af en ulykke, viser, at den sociale ulighed i skadestuekontakten falder med alderen (2).

Ulykker har igennem længere tid været under større bevågenhed, nationalt såvel som internationalt. Som noget nyt belyses den formodede ulighed i skadestuekontakt efter en ulykke i Region Nordjylland. Eftersom emnet ikke tidligere er belyst fra regionens side, beskrives kapitlet indledningsvist med uddybende forklaringer.

Ulykker udgør et væsentligt folkesundhedsproblem og er en alvorlig samfundsbelastning for Danmark. Årligt konsulterer mere end 560.000 borgere landets skadestuer som følge af en ulykke, cirka 40.000 borgere indlægges, og cirka 2000 ulykker ender fatalt, hvilket bevirker, at ulykker er den primære årsag til for tidlig død for børn og voksne under 35 år (3). Konsekvenserne af ulykkesfrekvensen er omfattende og har for den tilskadekomne fysiske såvel som psykosociale følger i form af langvarige mén, fravær fra arbejdsmarkedet, nedsættelse af livskvalitet med mere. Otte procent af den danske voksne befolkning lever med varige følgevirkninger efter en ulykke (3).

Selvom forekomsten af ulykker, dokumenteret på baggrund af skadestuekontakt, taler for sig selv, er det væsentligt at være opmærksom på, at sygehusregistrets dækningsgrad svarer til cirka 40 % af den faktuelle ulykkesforekomst. Dermed er den reelle ulykkesforekomst langt højere end de officielle ulykkesstatistikker (3, 4), og ligeledes højere i Region Nordjylland end de forekomster, der beskrives i dette kapitel.

Den sociale ulighed i forekomsten af ulykker medfører potentiale for forebyggelse og interventioner. Der foreligger allerede god evidens for, at ulykker generelt kan forebygges. Vedvarende og tværsektorielle indsatser har vist sig effektive i forebyggelse af blandt andet trafikulykker, herunder lovgivning, påbud, oplysning, sikre veje med mere.

Samfundets nettoomkostninger i forbindelse med ulykker er generelt svære at opgøre. Dette skyldes, at der udover sygehusvæsenets behandlingsomkostninger, der estimeres til 2-2,5 mia. kr. årligt for hele Danmark, medfølger sekundære og betragtelig større udgifter blandt andet i form af genoptræning, medicintilskud, førtidspensionering, produktionstab med mere. En nyere dansk undersøgelse har for eksempel vist, at ulykker er årsag til 40 % af førtidspensioneringerne, blandt borgere der var arbejdsdygtige (3, 4). En reduktion af trafik-, hjemme- og fritidsulykker vil ud fra et økonomisk hensyn alene, medføre de største besparelser, uanset behandlings- eller samfundsomkostninger. Dertil kan lægges en reduktion af de personrelaterede mén for den tilskadekomne, samt en forhåbentlig reduktion af den sociale ulighed i ulykker (3, 4).

Ulykker, der har ført til skadestuekontakt, udgør i dette kapitel trafikulykker samt hjemme- og fritidsulykker og identificeres ud fra følgende:

- Førstegangshenvendelser til Aalborg Skadestue som følge af en ulykke for borgere fra og med 18 år i perioden 2009-2011. Det vil i princippet sige borgere fra alle kommuner i regionen samt et fåtal fra kommuner udenfor regionen. Da hovedparten af skadestuehenvendelserne efter en ulykke kommer fra borgere i Aalborg kommune (70 %), og da tilskadekomne fra øvrige kommuner, også går til andre skadesstuer, er tallene ikke et udtryk for det samlede antal skadestuehenvendelser i hele regionen.
- Figurer i kapitlet viser skadestuehenvendelser for borgere i Aalborg kommune, med henblik på repræsentative analyser. Social ulighed i skadestuekontakten undersøges på baggrund af den tilskadekomnes sidst fuldførte uddannelse. Det ville have været optimalt, at vise den sociale ulighed i skadestuekontakten efter en ulykke for hele Region Nordjylland. Dette har ikke været muligt grundet den registreringspraksis, der er på regionens øvrige skadestuer. Der er i regionen stor opmærksomhed på dette, så det fremadrettet bliver muligt, at generere data for hele regionen og de 11 nordjyske kommuner.
- Tabeller viser køn, alder og uddannelsesniveau per 1000 skadestuekontakt for samtlige borgere, der har henvendt sig på Aalborg Skadestue. Dermed vil tabellerne kunne sammenlignes horisontalt, og på den måde vil det stå

klart, inden for hvilke områder den forebyggende indsats med fordel kan iværksættes.
- Data er for årene 2009-2011 er summeret for at styrke datagrundlaget således, at det er muligt at foretage analyser på hvem der kommer til skade, hvor de kommer til skade samt, hvordan de kommer til skade.

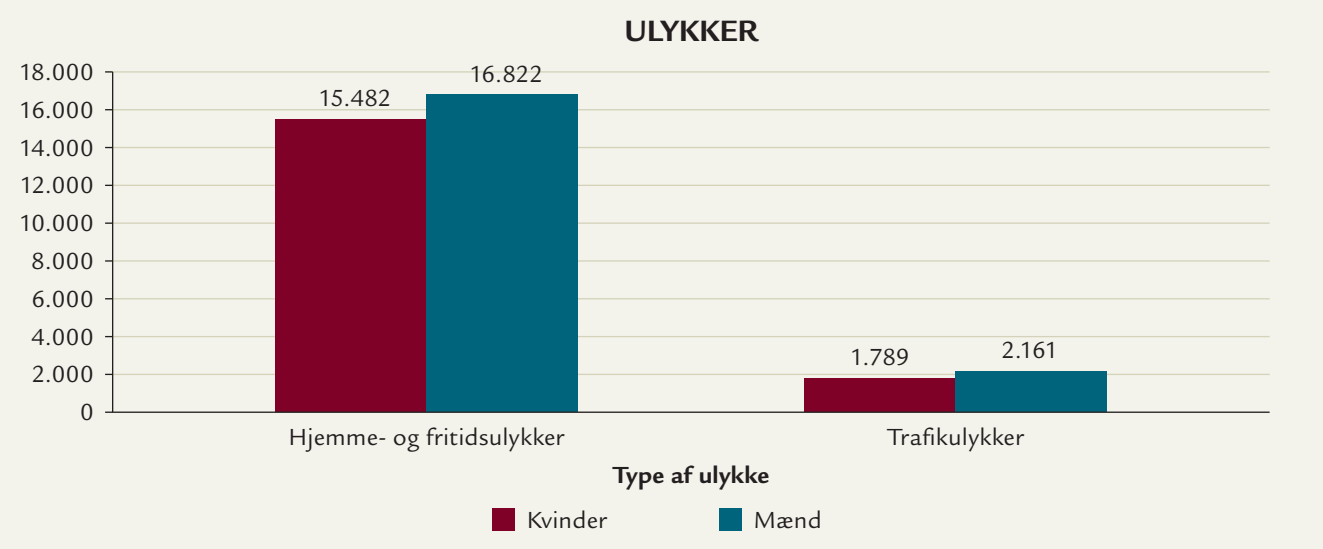
Definition

En *ulykke* refererer til en utilsigtet hændelse, karakteriseret ved en pludselig kraft eller påvirkning, som kan resultere i skade på kroppen. Selve *skaden* refererer til den fysiske skade, der opstår, når kroppen udsættes for en pludselig kraft (5).

6.1 Ulykkestendens og -type

I figur 6.1 afspejles ulykkefrekvensen for årene 2009-2011 med i alt 36.254 behandlingskrævende skadestuekontakter til Aalborg Skadestue, som følge af en trafikulykke eller hjemme- og fritidsulykke. Heraf opstår de hyppigste ulykker i hjemmet og fritiden og udgør 89 %, svarende til mere end 30.000 ulykker. Uanset ulykkestype har mænd generelt en højere ulykkesfrekvens end kvinder.

FIGUR 6.1 Skadestuekontakt efter en ulykke opgjort på type og køn for Aalborg Skadestues optageområde



Kilde: PAS 2009-2011

Nedenstående tabel 6.1 viser kommunefordelingen for Region Nordjyllands borgere, som følge af en trafikulykke eller hjemme- og fritidsulykke

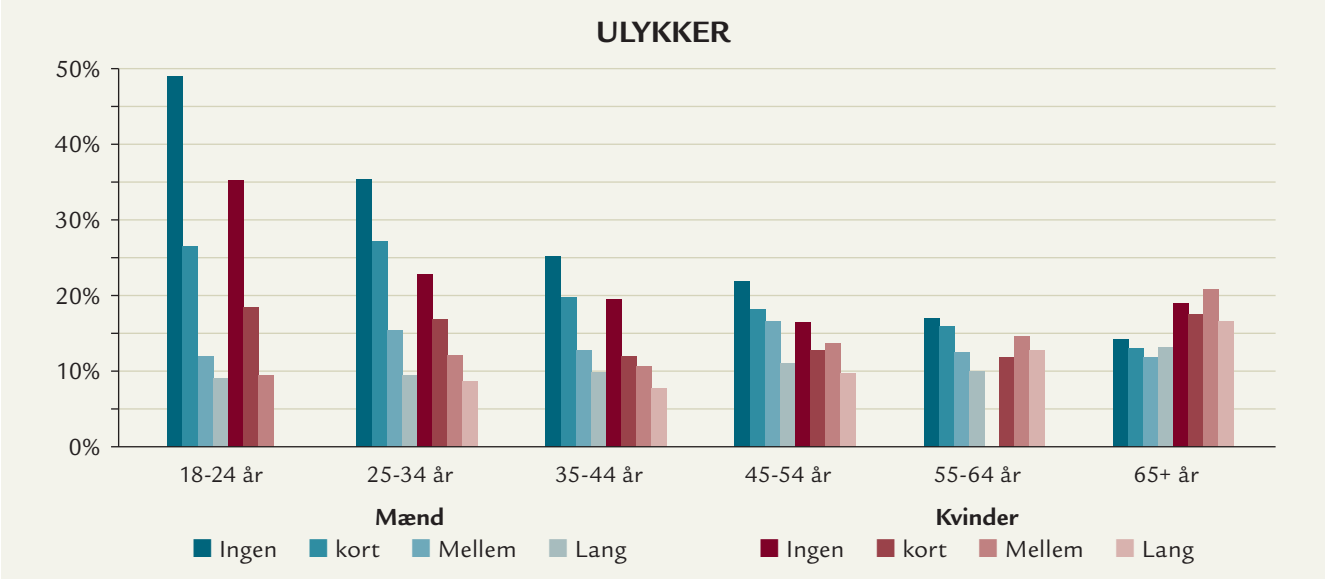
TABEL 6.1 Trafikulykker samt hjemme- og fritidsulykker fordelt på kommuner. Antal og Procent

Kommune	Hjemme- og fritidsulykker	Trafik	I alt i procent
Aalborg	22.905	2.495	70,1
Brønderslev	1.268	193	4,0
Frederikshavn	341	108	1,2
Hjørring	220	63	0,8
Jammerbugt	2.236	340	7,1
Læsø	18	2	0,1
Mariagerfjord	922	151	3,0
Morsø	26	10	0,1
Rebild	1.881	181	5,7
Thisted	70	18	0,2
Vesthimmerland	496	135	1,7
Andre kommuner	1.921	254	6,0
I alt	32.304	3.950	100

Kilde: PAS 2009-2011

Figur 6.2 afspejler, at borgere fra Aalborg kommune uden erhvervsuddannelse hyppigere kontakter Aalborg Skadestue, som følge af en ulykke, end borgere med et af de øvrige uddannelsesniveauer. Eksempelvis ses det, at ud af de 18-24 årige mænd uden erhvervsuddannelse, har knap 50 % været på skadestuen mindst én gang. I takt med et stigende uddannelsesniveau falder ulykkesfrekvensen for både mænd og kvinder. Der afspejler sig en ulighed i skadestuekontakten efter en ulykke blandt unge borgere. Unge mænd uden erhvervsuddannelse er fem gange hyppigere på skadestuen efter en ulykke (antal=2231) i modsætning til unge mænd med lang videregående uddannelse. Den sociale ulighed i ulykker udlignes markant med alderen.

FIGUR 6.2 Skadestuekontakt efter en ulykke fordelt på uddannelse for borgere i Aalborg kommune indenfor køn og alder. Procent



Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

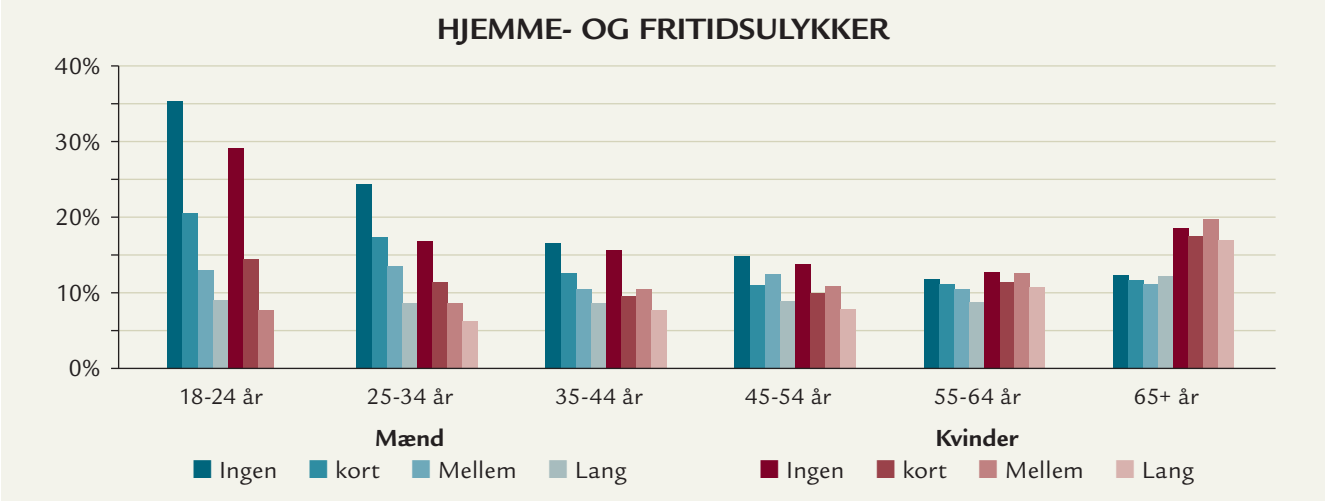
6.2 Hjemme- og fritidsulykker

Begrebet hjemme- og fritidsulykker dækker over en bred definition af ulykker eksempelvis sportsskader, fald i eget hjem, hundebid og meget andet.

I alt har 32.304 borgere i perioden kontaktet Aalborg Skadestue som følge af en hjemme- og fritidsulykke.

Af figur 6.3 fremgår det, at borgere uden erhvervsuddannelse generelt har en højere hyppighed af skadestuekontakter end borgere med lang videregående uddannelse. Den sociale ulighed i hjemme- og fritidsulykker er mest fremtrædende blandt de yngste, hvor blandt andet mænd uden erhvervsuddannelse tre gange oftere kontakter skadestuen grundet en hjemme- og fritidsulykke i forhold til mænd med en lang videregående uddannelse. Uligheden udlignes med alderen.

FIGUR 6.3 Hjemme- og fritidsulykker for borgere i Aalborg kommune fordelt på uddannelsesniveau indenfor køn og alder. Procent.



Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

6.2.1 Skademekanisme

I tabel 6.2 ses den påførte skade i forbindelse med en hjemme- og fritidsulykke. Uddannelsesniveauet har ikke betydelig indvirkning på den skade, som ulykken medfører. Indenfor hvert enkelt uddannelsesniveau er over hver fjerde ulykke forårsaget af et fald, der medfører et slag eller stød. De øvrige skader, der gør sig gældende er, uanset uddannelsesniveau, slag, snit og akut overbelastning.

Mænd besøger hyppigere skadestuen efter kontakt- og snitskader, end kvinder. Hyppigheden af faldulykker, der medfører et slag eller stød stiger med alderen, og udgør 784 skader blandt 1000 tilskadekomne kvinder i alderen 65+.

TABEL 6.2 Skaden efter en hjemme- og fritidsulykke for samtlige skadestuekontakter fordelt på køn, alder og uddannelsesniveau. Per 1000 hjemme- og fritidsulykke for hver aldersgruppe og uddannelsesniveau

		Akut overbelastning	Anden/uspecificeret skabemekanisme	El-, lys og anden energieffekt	Kemisk påvirkning	Kvælning	Slag/stød	Slag/stød pga. fald	Slag/stød pga. kontakt med genstand, person, dyr	Snit og anden mekanisk påvirkning af hud	Termisk påvirkning
	Alder										
Mænd	18-24	167	49	1	3	0	217	228	167	155	12
	25-34	166	44	1	4	0	208	248	147	172	10
	35-44	158	61	0	2	0	170	312	94	191	12
	45-54	135	54	1	2	1	138	374	85	202	9
	55-64	92	49	0	3	1	109	462	63	217	4
	65+	86	33	0	1	2	61	645	34	134	4
	Alle mænd	141	48	0	3	1	163	352	110	174	9
Kvinder	18-24	169	37	0	3	0	192	331	118	141	8
	25-34	173	36	2	3	1	175	350	107	144	11
	35-44	170	47	0	4	1	147	417	85	121	9
	45-54	150	40	0	3	1	110	511	67	111	6
	55-64	117	27	0	0	2	86	632	48	84	3
	65+	80	23	0	1	0	41	784	20	47	3
	Alle kvinder	133	33	0	2	1	114	544	67	99	6
Uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	129	38	0	3	1	132	467	91	132	8
	Kort uddannelse	146	43	0	2	0	147	411	94	148	8
	Mellemlang videregående	145	42	0	2	0	137	451	83	135	5
	Lang videregående	130	41	1	3	0	171	405	89	150	9
I alt pr 1000 skademekanisme		137	41	0	2	1	139	444	89	138	8

Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

Tabel 6.2 Skader efter en hjemme- og fritidsulykke

- I gennemsnit udgør faldulykker hver fjerde skadestuekontakt, uanset uddannelsesniveau
- 65-78 % af de ældre over 65 år kontakter skadestuen grundet et fald og generelle skader af slag/stød
- Akutte overbelastningsskader er hyppigst blandt unge

Tabel 6.3 viser skadesstedet forbundet med en hjemme- og fritidsulykke. Her ses det, at boligområdet er det hyppigste skadessted med over 500 forekomster pr. 1000 hjemme- og fritidsulykke. En stigende ulykkestendens opstår i boligområdet med alderen, og kvinder kontakter hyppigere skadestuen efter en ulykke i boligområdet end mænd. Boligområdet er det hyppigste skadested uanset uddannelsesniveau, men risikoen herfor falder med stigende uddannelsesniveau. Idræts- og sportsområder er blandt de unge mænd et lige så hyppigt skadested som boligområdet. Ud af 1000 skadestuekontakter har borgere med lang videregående uddannelse en højere ulykkesfrekvens i idræts- og sportsområdet i relation til borgere uden erhvervsuddannelse. Derimod er kontakt til skadestuen efter ulykker opstået i institutions-, offentlig administrations- og produktionsområder hyppigere blandt borgere uden erhvervsuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse

TABEL 6.3 Skadested i forbindelse med hjemme- og fritidsulykker for samtlige skadestuekontakter fordelt på køn, alder og uddannelsesniveau for årene 2009-2011. Per 1000 hjemme- og fritidsulykke for hver aldersgruppe og uddannelsesniveau.

		Transportområde	Bolig område	Produktions- og værkstedsområde	Butiks-, handels- og erhvervsområde	Institutionsområde og offentlig administration	Idræts- og sportsområde	Forlystelses- og parkområde	Fri natur	Hav- og søområde	Andet og ikke specificeret skadested
	Alder										
Mænd	18-24	42	359	20	18	43	330	56	80	4	49
	25-34	44	432	22	11	14	292	39	94	5	46
	35-44	48	509	25	12	12	176	27	136	6	49
	45-54	56	591	20	12	11	113	14	121	7	55
	55-64	48	656	18	22	10	45	12	141	4	44
	65+	48	741	14	11	19	20	3	100	4	39
	Alle mænd	47	517	20	14	21	193	30	106	5	47
Kvinder	18-24	53	457	11	26	54	202	57	95	3	42
	25-34	47	558	10	20	31	150	39	94	3	49
	35-44	49	577	8	17	22	123	22	135	2	46
	45-54	55	653	9	25	12	61	15	133	4	33
	55-64	64	665	8	32	15	27	10	138	5	36
	65+	50	779	7	25	26	9	5	70	2	27
	Alle kvinder	53	634	8	25	28	86	23	103	3	37
Uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	51	605	17	21	34	112	26	88	3	42
	Kort uddannelse	48	542	14	19	17	172	27	112	5	44
	Mellemlang videregående	53	562	9	16	16	154	17	133	5	35
	Lang videregående	46	523	8	13	8	188	17	153	6	40
I alt pr 1000 skadested		50	573	14	19	25	142	27	105	4	42

Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

Tabel 6.3 Skadested i forbindelse med en hjemme- og fritidsulykke

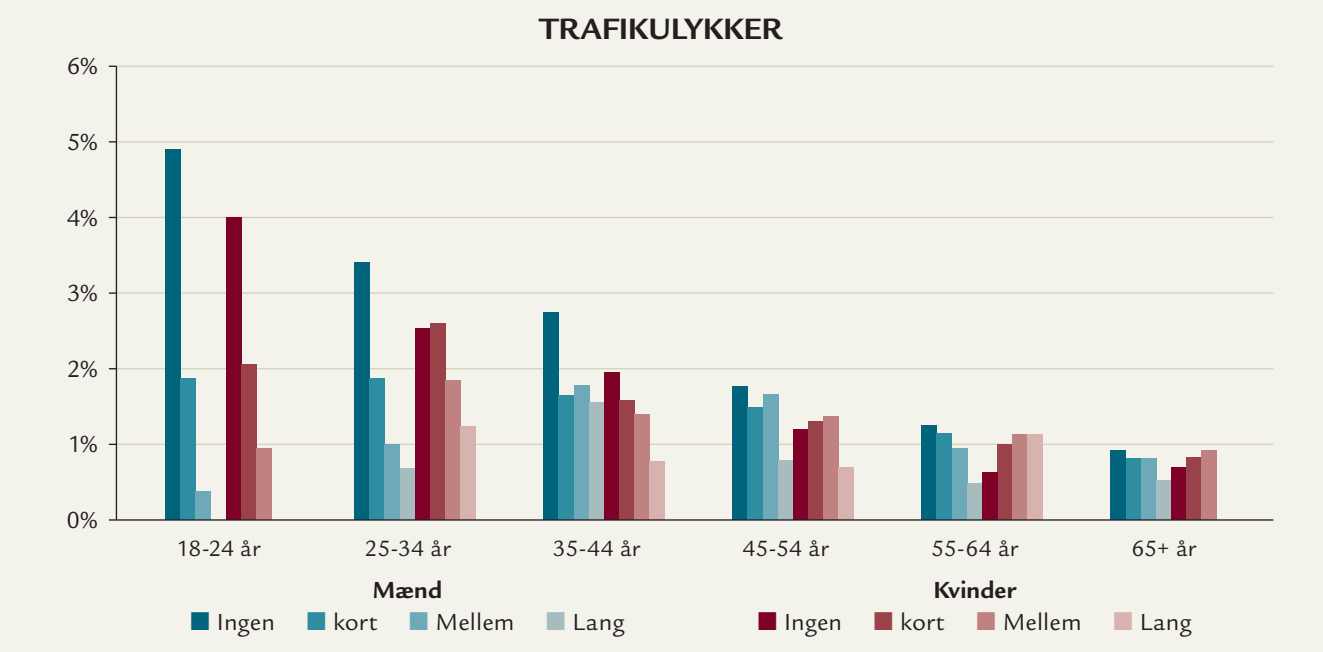
- Boligområdet er det hyppigste skadested
- Hyppigheden af skader i boligområde stiger med alderen og udgør mere end halvdelen af skadestederne for de ældre
- De unge mænd kommer lige så hyppigt på skadestuen efter en ulykke i idrætsområder som ved en ulykke opstået i boligområdet
- Borgere uden erhvervsuddannelse kommer i større omfang på skadestuen efter ulykker opstået i institutions-, offentlig administrations- og produktionsområder sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse
- Borgere med lang videregående uddannelse kommer hyppigere på skadestuen efter en ulykke opstået i idræts- eller frinaturområder.

6.3 Trafikulykker

Trafikulykker dækker over ulykker sket i et offentligt tilgængeligt trafikområde med minimum ét involveret køretøj. Soloulykker, fald i bus samt fodgængere med en involveret modpart er dermed inkluderet i denne definition. Cykelulykker sket i skoven, indkørsler med videre defineres ikke som en trafikulykke, men er i stedet inkluderet i hjemme- og fritidsulykker. Transport i forbindelse med arbejde samt til og fra arbejde er inkluderet i trafikulykker. Trafikulykkerne udgør 11 % af de samlede skadestuekontakter, svarende til cirka 4000 borgere i alt, der har været involveret i en trafikulykke.

Figur 6.4 synliggør en social ulighed i skadestuekontakten efter en trafikulykke blandt de unge borgere uanset køn. Borgere uden erhvervsuddannelse kommer oftere på skadestuen som følge af en trafikulykke i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Den sociale ulighed i skadestuekontakten efter en trafikulykke er tydeligst blandt mænd under 34 år, der kommer tre til fem gange oftere på skadestuen (18-34-årige uden erhvervsuddannelse og kort uddannelse, antal=301). Uligheden i trafikulykker mindskes med alderen.

FIGUR 6.4 Skadestuekontakt efter en trafikulykke fordelt på uddannelse for borgere i Aalborg kommune indenfor køn og alder.



Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

Tabel 6.4 viser, at for samtlige trafikulykker der fører til skadestuekontakt, er risikoen for ulykker i personbil højst, hvilket er gældende for alle aldersgrupper og begge køn. Bilulykker udgør mere end 50 % af de samlede trafikulykker (antal=2189) og har den højeste forekomst blandt unge i alderen 18-24 år, hyppigst blandt mænd (antal=371), (antal kvinder=305). Hyppigheden af ulykker i personbil falder med alderen, hvorimod risikoen for skadestuekontakt, hvor den tilskadekomne er til fods og på cykel svagt stiger i takt med alderen.

Ud af 1000 trafikulykker har borgere med lang videregående uddannelse som de eneste en større hyppighed af cykelulykker end ulykker i personbil. Ulykker på knallert/scooter/MC er hyppigst blandt dem uden erhvervsuddannelse.

TABEL 6.4 Trafikulykker fordelt på transportmiddel for den tilskadekomne fordelt på køn, alder og uddannelsesniveau. Per 1000 trafikulykke for hver aldersgruppe og uddannelsesniveau

		Anden transport*	Cyklist	Fodgænger	Knallert/ Scooter/MC	Personbil
	Alder					
Mænd	18-24	27	176	21	176	599
	25-34	35	188	28	199	551
	35-44	40	233	19	243	466
	45-54	61	239	35	232	432
	55-64	50	337	25	243	347
	65+	11	354	69	177	389
	Alle mænd	37	227	28	207	500
Kvinder	18-24	15	253	23	77	633
	25-34	30	187	27	70	686
	35-44	30	167	17	53	733
	45-54	20	299	59	71	551
	55-64	18	289	90	24	578
	65+	54	349	96	24	476
	Alle kvinder	25	243	41	60	630
Uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	31	148	30	199	592
	Kort uddannelse	37	263	35	121	544
	Mellemlang videregående	12	328	44	53	563
	Lang videregående	26	461	35	35	443
I alt pr 1000 transportmiddel		32	234	34	141	559

**Anden transport omfatter bus, lastbil, varevogn samt uspecificerede transportmidler.*

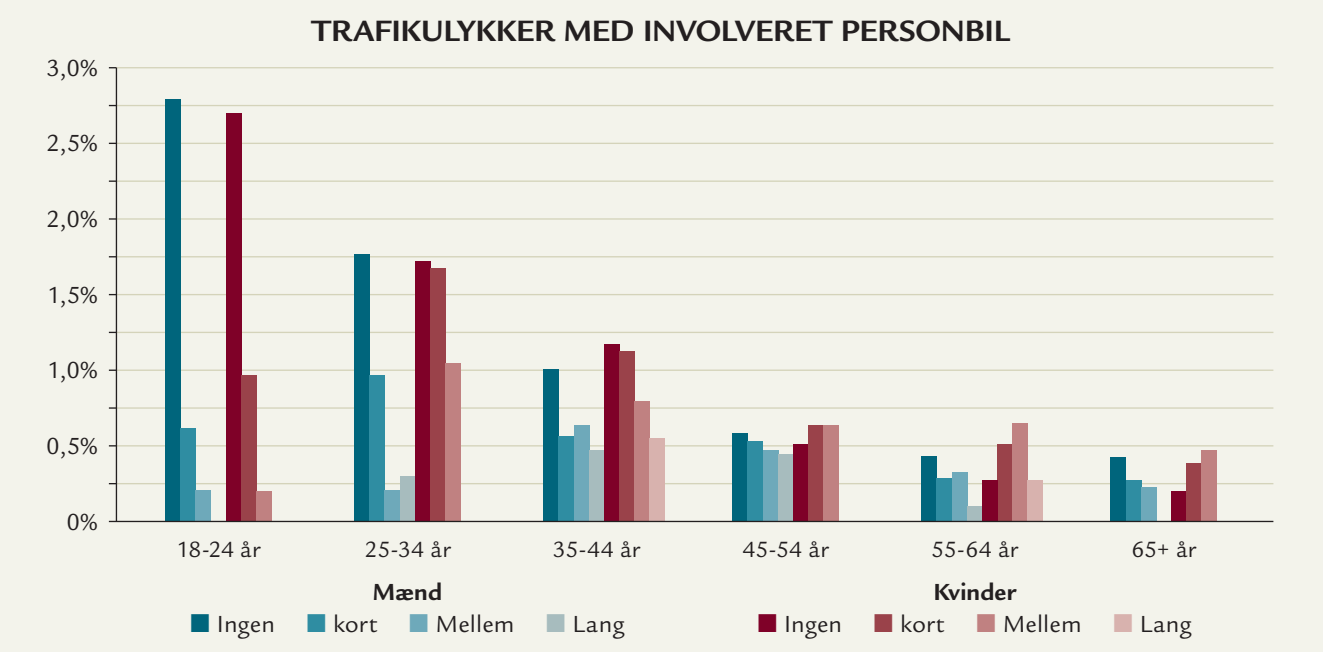
Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

Tabel 6.4 Trafikulykker og transportmiddel

- Mere end halvdelen af skadestuekontakterne efter en trafikulykke involverer personbiler
- Hyppigheden af trafikulykker i personbil falder med alderen
- Hyppigheden af fodgængerulykker samt cykelulykker stiger med alderen
- Cirka hver sjette ulykke blandt borgere uden erhvervsuddannelse er sket i forbindelse med personbil
- Borgere med lang videregående uddannelsesniveau kommer lige så hyppigt ud for en trafikulykke på cykel som i personbil
- Ulykke på knallert/scooter/mc er hyppigere blandt borgere uden erhvervsuddannelse

Figur 6.5 afspejler en mindre social ulighed i bilulykker blandt borgere i Aalborg kommune, der udlignes med alderen.

FIGUR 6.5 Skadestuekontakt efter en trafikulykke med personbiler fordelt på uddannelse for borgere i Aalborg kommune indenfor køn og alder.



Kilde: PAS 2009-2011, Danmarks Statistik

KAPITEL 6

Litteratur

1. Lauersen B, Frimodt-Møller B "Sociale forskelle i brug af sundhedsvæsenet i forbindelse med ulykker". Ugeskrift for læger 167(17) 1855-8 2005
2. "Særanalyser" Statens Institut for Folkesundhed 2012
3. Lauersen B, Møller H "Forebyggelse af ulykker". Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2008
4. Lauritsen, J , Kidholm K, Skov O, Nørgård L "Økonomisk dækningsgrad og gennemsnitlige omkostninger ved hospitalsbehandlet tilskadekomst" Ugeskrift for læger 164/44 2002.
5. Nomesko. "Nomesco classification og External Causes og Injuries". V. 3.1. 2003

KAPITEL 7

Ulighed i sundhed og økonomi

I det foregående er social ulighed i sundhed belyst gennem en række indikatorer. Dette kapitel fokuserer på, hvad uligheden betyder for den kommunale og regionale økonomi. En betydning som hidtil har været underbelyst.

Den kommunale betragtning er desuden interessant, fordi kommunerne har mulighed for at påvirke de strukturelle rammer, herunder borgernes levevilkår, og muligheder for at udvikle og fastholde en god sundhed. Udover at være medfinansierende på sundhedsområdet, er kommunerne også via varetagelsen af det sociale område finansierende i forhold til udgifterne til en række overførelsesindkomster i form af blandt andet sygedagpenge. Udbetaling af sygedagpenge er ofte en afledt effekt af kontakten til sundhedsvæsenet, og det er derfor interessant at få belyst, hvordan uligheden forholder sig på henholdsvis den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet og udgifter til sygedagpenge.

Kapitlet belyser, hvor stor en gennemsnitlig udgift per borger regionerne havde i 2010. De kommunale og regionale udgifter vedrørende den sekundære sundhedssektor er beregnet ud fra DRG og DAGS. Dertil kommer udgifterne til den primære sundhedssektor, hvor Region Nordjyllands egne sygesikringsdatabaser anvendes. Kommunernes udgifter til sygedagpenge er beregnet ud fra DREAM databasen fra Arbejdsmarkedsstyrelsen, som opgør de enkelte ydelser i dage. Dagene omregnes via gennemsnitstakster til kroner. Udgifterne vedrørende sygedagpenge er derfor et cirka estimat og ikke det eksakte beløb, som kendes i kommunerne.

Tabel 7.1 viser regionens og kommunernes udgifter i 2010 til sundhedsområdet eksklusiv psykiatrien samt udgifter til sygedagpenge for nordjyske borgere fra og med 18 år. De forrige kapitler viste, at den sociale ulighed målt på tværs af uddannelsesniveau hænger sammen med forskellige adfærdsmønstre med hensyn til sundhedsvaner og med forskelle i kontakten til sundhedsvæsenet. Borgere uden erhvervsuddannelse har eksempelvis oftere uhensigtsmæssigt sundhedsadfærd, samt højere forekomst af eksempelvis kroniske sygdomme og dermed også en højere forekomst i kontakten til sundhedsvæsenet. Denne større kontakt kommer til udtryk økonomisk, da borgere uden erhvervsuddannelse koster regionen knap dobbelt så meget i sundhedsudgifter i forhold til borgere med lang videregående uddannelse. Samtidig er de kommunale sundhedsudgifter for borgere uden erhvervsuddannelse dobbelt så høje som sundhedsudgifterne for borgere med lang videregående uddannelse. De samme borgere uden erhvervsuddannelse har som følge heraf også et højere træk på den kommunale andel af sygedagpenge. For borgere uden erhvervsuddannelse drejer det sig om knap 4.000 kr. i gennemsnit for 2010 mod lidt over 2.000 kr. for borgere med en lang videregående uddannelse. Bemærkelsesværdigt er det dog, at borgere med kort uddannelse koster knap 5.000 i gennemsnit i sygedagpenge.

TABEL 7.1 Regionale og kommunale sundhedsudgifter samt kommunale sygedagpengeudgifter for nordjyske borgere fra og med 18 år

		Antal borgere	Kommunale sundhedsudgifter, gns*	Kommunale sygedagpenge, gns*	Regionale sundhedsudgifter, gns*
Total	Region Nordjylland	454.169	2.365	4.251	13.584
Mænd	18-25 år	29.201	882	2.664	4.537
	26-45 år	73.988	1.073	5.137	5.799
	46-65 år	77.236	2.044	5.192	12.955
	65+ år	45.958	4.418	0	27.292
	Alle	226.383	2.059	3.794	12.441
Kvinder	18-25 år	26.309	1.573	2.582	7.218
	26-45 år	70.279	2.102	7.638	10.442
	46-65 år	75.361	2.496	6.196	14.478
	65+ år	55.837	4.137	0	23.959
	Alle	227.786	2.670	4.705	14.718
Uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	156.354	2.955	3.763	17.077
	Kort uddannelse	204.586	2.044	4.948	11.805
	Mellemlang videregående uddannelse	56.636	2.103	4.554	11.941
	Lang videregående uddannelse	18.830	1.581	2.190	8.872
	Samlede udgifter Region Nordjylland, mio. kr.		1.074	1.931	6.169

*= gennemsnit

Kilde: DAG og DAGS 2010, Sygesikringsdata 2010, DREAM 2010, Danmarks Statistik

Tabel 7.2 og 7.3 viser udgifterne for de fire uddannelsesniveauer på kommuneniveau. Trods forskellige uddannelsesniveauer mellem kommunerne viser samtlige kommuner samme tendens på både sundheds- og socialområdet nemlig, at udgifterne falder for borgere uden erhvervsuddannelse til borgere med lang videregående uddannelse. For sygedagpenge er uligheden dog ikke så markant, da borgere med kort og mellemlang uddannelse har højere gennemsnitlige udgifter til sygedagpenge.

TABEL 7.2 Gennemsnitlige udgifter pr borger fra og med 18 år for den kommunale andel til sundhedsområdet fordelt på kommuner og uddannelse, eksl. Psykiatri, kroner

	Uden erhvervs-uddannelse	Kort uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Aalborg	2.910	1.969	2.000	1.410
Brønderslev	2.962	1.924	2.096	1.381
Frederikshavn	3.049	2.207	2.300	1.955
Hjørring	3.001	2.118	2.158	2.049
Jammerbugt	2.741	2.042	2.082	1.655
Læsø	2.299	1.863	2.537	859
Mariagerfjord	3.120	2.101	2.192	1.740
Morsø	2.939	2.131	2.022	2.095
Rebild	2.928	1.847	1.996	1.614
Thisted	2.916	2.139	2.242	1.866
Vesthimmerland	3.054	2.072	2.325	1.959
Region Nordjylland	2.955	2.044	2.103	1.581

Kilde: DRG og DAGS 2010, Sygesikringsdata 2010, DREAM 2010, Danmarks Statistik 2010

TABEL 7.3 Gennemsnitlige udgifter pr borger fra og med 18 år for sygedagpenge for de nordjyske kommuner fordelt på kommuner og uddannelse, kroner

	Uden erhvervs-uddannelse	Kort uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Aalborg	3.953	4.456	4.457	2.162
Brønderslev	3.172	5.239	4.320	1.965
Frederikshavn	3.786	5.170	4.686	2.049
Hjørring	3.951	5.293	5.146	1.877
Jammerbugt	3.953	5.438	4.316	2.621
Læsø	1.948	4.453	4.179	1.298
Mariagerfjord	3.803	4.916	4.147	1.692
Morsø	3.176	5.599	3.635	2.947
Rebild	3.556	4.959	4.378	2.888
Thisted	3.808	5.035	4.559	1.762
Vesthimmerland	3.513	5.473	5.489	3.080
Region Nordjylland	3.763	4.948	4.554	2.190

Kilde: DRG og DAGS 2010, Sygesikringsdata 2010, DREAM 2010, Danmarks Statistik 2010

Tabel 7.4 og 7.4.1 viser udgifterne for de 11 kroniske sygdomme samt de kombinationer af kroniske sygdomme som kommunerne og Region Nordjylland samarbejder omkring. Trods store forskelle mellem de enkelte kroniske sygdomme er samme tendens stort set gældende. Udgifterne falder jo højere uddannelsesniveauet er. Hvad angår comorbiditet (flere samtidige sygdomme) er billedet dog ikke så entydigt.

TABEL 7.4 Gennemsnitlige udgifter per borger fra og med 18 år for den kommunale andel til sundhedsområdet fordelt på kronikergrupper, eksklusive psykiatri. Kroner

	Uden erhvervs-uddannelse	Kort uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Hjertekarsygdomme	4.746	3.953	3.750	3.682
Kræft	14.283	14.958	13.966	13.140
Diabetes (sukkersyge)	5.889	5.120	4.705	4.613
Osteporose (knogleskørhed)	7.359	6.830	6.247	7.432
Gigt	8.131	6.582	7.123	6.620
KOL/astma	5.606	4.049	3.274	2.706
Psykiske lidelser	5.581	4.704	3.155	3.706
Demens	6.383	7.699	6.333	6.589
Alkohol	6.753	5.866	5.437	5.295
Adipositas (fedme)	8.717	7.245	7.487	4.926
Allergi	4.372	3.043	2.976	2.449
Comorbiditet (flere samtidige sygdomme)				
Diabetes, psykiske lidelser	5.727	3.890	2.836	3.325
Diabetes, hjertekarsygdomme	3.543	3.259	3.156	3.109
Hjertekarsygdomme, psykiske lidelser	4.568	4.341	4.033	4.678
KOL/astma, psykiske lidelser	3.254	3.192	2.304	2.500
KOL/astma, diabetes	2.573	2.836	1.427	-
KOL/astma, hjertekarsygdomme	4.169	3.522	2.925	3.168
KOL/astma, hjertekarsygdomme, diabetes, psykiske lidelser	8.321	7.291	5.487	6.443
Ingen kroniske sygdomme	1.024	899	1.098	821

Kilde: DRG og DAGS 2010, Sygesikringsdata 2010, DREAM 2010, Danmarks Statistik 2010

TABEL 7.4.1 Gennemsnitlige udgifter per borger fra og med 18 år for den regionale andel til sundhedsområdet fordelt på kronikergrupper, eksklusive psykiatri. Kroner

	Uden erhvervs-uddannelse	Kort uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Hjertekarsygdomme	28.829	24.897	23.924	22.529
Kræft	98.591	104.179	93.353	86.912
Diabetes (sukkersyge)	37.297	35.056	32.798	30.585
Osteporose (knogleskørhed)	46.534	45.752	45.049	49.406
Gigt	56.224	45.202	50.111	44.955
KOL/astma	36.224	26.945	21.787	17.105
Psykiske lidelser	33.650	29.922	26.568	22.238
Demens	40.099	49.203	50.180	43.040
Alkohol	41.318	36.557	35.903	30.945
Adipositas (fedme)	52.804	43.104	40.712	26.625
Allergi	24.070	17.217	16.607	13.556
Comorbiditet (flere samtidige sygdomme)				
Diabetes, psykiske lidelser	41.591	21.750	15.870	18.517
Diabetes, hjertekarsygdomme	22.124	21.923	22.009	23.049
Hjertekarsygdomme, psykiske lidelser	25.904	27.619	24.153	25.101
KOL/astma, psykiske lidelser	20.252	21.137	16.789	17.317
KOL/astma, diabetes	16.840	18.219	8.671	-
KOL/astma, hjertekarsygdomme	27.079	23.604	20.155	18.079
KOL/astma, hjertekarsygdomme, diabetes, psykiske lidelser	55.624	56.183	49.215	34.265
Ingen kroniske sygdomme	4.520	4.133	4.040	5.066

Kilde: DRG og DAGS 2010, Sygesikringsdata 2010, DREAM 2010, Danmarks Statistik 2010

Tabel 7.5 viser de gennemsnitlige udgifter til sygedagpenge fordelt på de samme kronikergrupper. Generelt er udgifter til sygedagpenge høje for psykiske lidelser, og den sociale ulighed er nærmest udvisket og i mange tilfælde omvendt. Eksempelvis er de gennemsnitlige udgifter til sygedagpenge for borgere med psykiske lidelser cirka 7.500 kr. for borgere uden erhvervsuddannelse, mens beløbet er over 11.000 kr. for borgere med lang videregående uddannelse.

TABEL 7.5 Gennemsnitlige udgifter pr. borger fra 18 år for sygedagpenge for de nordjyske kommuner fordelt på uddannelse og kronikergrupper, kroner

	Uden erhvervs-uddannelse	Kort uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Hjertekarsygdomme	2.756	5.228	4.959	2.926
Kræft	5.508	14.287	14.021	8.539
Diabetes (sukkersyge)	3.017	6.245	5.012	4.974
Osteporose (knogleskørhed)	1.138	3.449	4.104	1.330
Gigt	5.964	11.518	10.418	4.681
KOL/astma	3.563	6.123	5.752	2.851
Psykiske lidelser	7.578	15.853	16.752	11.083
Demens	104	1.815	2.500	969
Alkohol	9.652	14.446	16.926	9.355
Adipositas (fedme)	9.785	13.065	10.707	7.095
Allergi	3.568	5.719	5.592	2.383
Comorbiditet (flere samtidige sygdomme)				
Diabetes, psykiske lidelser	11.413	25.540	24.194	56.800
Diabetes, hjertekarsygdomme	2.749	4.161	3.269	1.665
Hjertekarsygdomme, psykiske lidelser	5.223	12.019	14.322	8.177
KOL/astma, psykiske lidelser	10.001	20.241	18.197	20.100
KOL/astma, diabetes	7.941	13.385	3.500	.
KOL/astma, hjertekarsygdomme	2.112	3.900	3.528	2.405
KOL/astma, hjertekarsygdomme, diabetes, psykiske lidelser	4.173	8.470	9.125	0
Ingen kroniske sygdomme	3.141	3.220	2.579	1.397

Kilde: DRG og DAGS 2010, Sygesikringsdata 2010, DREAM 2010, Danmarks Statistik 2010

Den videre proces:
Som indledningsvis nævnt er denne rapport det første bidrag i forhold til at kortlægge social ulighed i sundhed i Nordjylland. Den videre proces er:

- Rapporten fremlægges på Sundhedskoordinationsudvalgets statuskonference foråret 2012, med henblik på at få politiske pejlemærker i forhold til det videre arbejde.
- Faglig følgegruppe for Forebyggelse og Sundhedsfremme og Styregruppen for Sundhedsprofil udarbejder herefter faglige anbefalinger til mulige socialt differentierede indsatser.
- Sundhedskoordinationsudvalget drøfter medio 2012 de faglige anbefalinger, og træffer evt. beslutning om mulige tværsektorielle indsatser.

REGION NORDJYLLAND