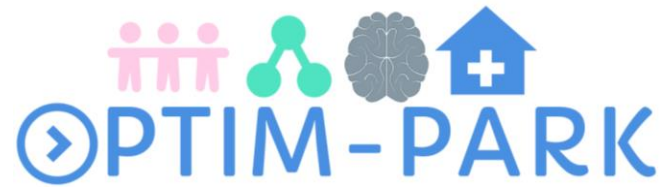


# Karakteristika hos sårbare/udsatte befolkninger i fire europæiske lande vedrørende sundhedskompetence og brug af sundheds- og sociale ydelser

Tove Lise Nielsen, Naja Benigna Kruse, Anita Haahr



## Formålet med OPTIM-PARK

At etablere en acceptabel og realiserbar intervention for parkinsonramte og deres pårørende i Danmark, Norge, Spanien og Storbritannien

Med særligt fokus på at optimere brugen af ressourcer og systemer i de deltagende lande

Og særligt fokus på sårbare/udsatte befolkningsgrupper og områder

Dette review undersøgte karakteristika hos sårbare/udsatte befolkningsgrupper, herunder deres sundhedskompetencer og brug af sundheds- og socialydelser i Danmark, Norge, Spanien og Storbritannien



## Data indsamling og udarbejdelse af 4 nationale rapporter

- Materialet var hovedsageligt offentlige rapporter
- Retningslinjer, typologier og skabeloner til systematisk søgning og dokumentation.

## Samlet, tværnational kvalitativ indholdsanalyse på de nationale rapporter

- Data and teoridrevne koderammer, valideret gennem en peer review proces
- Indholdsanalyse (NVIVO)
- Løbende korrespondance og indhentning af yderligere materiale ved behov

## Rapportering

- Narrativ rapport med tabeller/oversigter
- Feedback fra deltagere
- Endelig rapport/artikel

# Resultater





## Gennemgående faktorer af betydning for helbred

- Fattigdom
- Lavt uddannelsesnivea
- Lav beskæftigelsesgrad
- Alder
- Social isolation
- Diskrimination og dårlig adgang til sundhedsydelser



## Karakteristika hos sårbare/udsatte populationer

- At have indvandrerstatus og/eller anden etnisk baggrund
- At være ældre
- At være socialt sårbar grundet multiple stressorer
- At leve med varige funktionsnedsættelser
- At være omsorgsperson



# Indvandererstatus /anden etnisk baggrund

- **Sproglige udfordringer**
- **Manglende viden om social- og sundhedssystemer og services**
- **Diskrimination i sundhedssystemet: mangel på tolkebistand, uhensigtsmæssige kommunikationsmønstre, udelukkelse fra hjælp**
- **Manglende tillid til social- og sundhedssystemet**
- Kulturelle og religiøse barrierer mod at bruge sundhedssystemet
- Lavere niveau af sundhedskompetencer
- Bruger social- og sundhedssystemer sjældnere og mindre effektivt
- Dårligere adherence mht. ordinerede/anbefalede behandlinger
- Ældre mennesker og kvinder er mere sårbare





- **Specielt sårbare ældre findes blandt mennesker, der bor i depriverede områder, blandt mennesker med komplekse problemer og blandt beboere på plejehjem**
- **Ikke alle har lige adgang til sundhedsydelser og andre services**
- **E-kompetencer (computer og internet brug) er dårligere end i resten af befolkningen**
- Ofte udsat for sygdomme, nedsat funktionsevne, afhængighed af andre, kronisk ensomhed, manglende mulighed for deltagelse i betydningsfulde aktiviteter
- Ældre kvinder er mere bebyrdede end ældre mænd
- Udækkede behov for specialiseret behandling
- Lavere sundhedskompetencer findes blandt ældre med færre års skolegang/uddannelse



## Socialt sårbare grundet multiple stressorer

- **Forsinkelser ifm at søge om hjælp giver forsinkelser af diagnosticering, større brug af akut-tjenester og større behov for sekundær og tertiær pleje**
- **Lav grad af sundhedskompetencer, besvær med at navigere i sundhedsvæsenet**
- **Føler sig dårligt modtaget af sundhedsprofessionelle**
- **Har lav tillid til social- og sundhedssystemet**
- Lavt uddannelsesniveau, lav indtægt, for høje boligudgifter, familieforpligtelser og social isolation
- Social eksklusion og marginalisering
- Kvinder er de dårligst stillede
- Mange mangler E-kompetencer



# Mennesker med varige funktionsnedsættelser

- **Når folk har dårligt mentalt helbred, overses tit problemer med social isolation og fysisk helbred**
- **Funktionsnedsættelser og sygdom kan gøre det svært at bruge teknologi, hvilket kan give udfordringer ifm adgang til pleje og anden hjælp**
- **Institutionaliserede mennesker kan føle sig specielt isolerede og opleve manglende mulighed for deltagelse i betydningsfulde aktiviteter efter eget valg**
- Lav indkomst, dårligere udsigt til beskæftigelse
- Nogle bor på plejehjem, inkl. mennesker i palliative forløb, mennesker med demens og mennesker i avancerede stadier af Parkinsons sygdom
- Diskrimination og dårlig adgang til sundhedsydelser har negativ effekt på sundheden
- Forsinkelser i medicinering under indlæggelser grundet manglende viden blandt professionelle



- **Er ofte forhindret i at tage sig af egne sociale og sundhedsmæssige behov pga. uflexible åbningstider, omkostninger, ventetider og transportproblemer**
- **Nogle grupper af omsorgspersoner oplever specifikke barrierer (fx i minoritetssamfund eller blandt immigranter, som ikke kender til eksisterende services)**
- **Ældre omsorgspersoner kan møde aldersdiskriminerende attitude, medens unge omsorgspersoner ofte ikke anerkendes af de professionelle**
- Manglende anerkendelse i sundhedsvæsenet af deres omsorgsgiverrolle, behov og problemer
- Besvær med 'råbe sundhedsvæsenet op'
- Føler sig marginaliseret og overset, når de kæmper for at opnå nødvendig støtte
- Ulønnede omsorgspersoner er dårligt stillede ifm adgang til uddannelses-ressourcer



Faktorer associerede med problematisk interaktion mellem personer og social- og sundhedsvæsenets støttesystemer

- Sundhedskompetence
- Livsstil
- Sociale problemer
- Kommunikation med systemer og professionelle
- Adgang til hjælp og kvalitet af den modtagne hjælp

Faktorerne er identificeret på person- og samfundsniveau



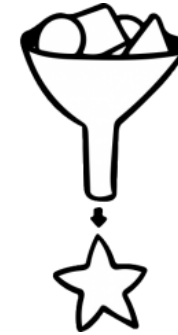
## Personlige faktorer, der hæmmer sårbare gruppers adgang til social- og sundhedsydelser

- Sproglige barrierer
- Psykosociale barrierer
- At bo på institution
- At have problemer med borger/indvanderer/flygtningestatus
- Lav indkomst
- Afhængighed af sociale ydelser
- Arbejdsløshed / underbeskæftigelse
- Mangel på E-kompetencer (computer og internet brug)
- Kort skolegang
- Praktiske problemer med at opsøge sundhedsvæsenet



## Omgivelsesmæssige faktorer, der hæmmer sårbare gruppers adgang til social- og sundhedsydelser

- Ulighed i adgang til services
- Uhensigtsmæssig organisering af services
- Kulturelt usensitive services, præget af stigma og diskrimination
- Dårlig modtagelse hos myndighederne: Behov tages ikke alvorligt
- Mangel på professionelle kompetencer blandt social- og sundhedsprofessionelle
- Services, der opkræves brugerbetaling for
- Manglende eller besværliggjort adgang til uddannelse
- Geografiske forhold: forskelle i tilbud, socialt belastede områder, store socioøkonomiske forskelle, fysiske afstande til tilbud



- Resultaterne understreger behovet for at være ekstra årvågen for at bygge bro mellem sårbare/dårligt stillede befolkningsgrupper og sundhedsvæsenet og de sociale systemer
- Der skal udvikles tilgange, der retter sig mod sundhedskompetencer, adgang til serviceydelser og kommunikation mellem borgere, systemer og fagpersoner på alle niveauer





## Betydning for ergoterapeutisk praksis, uddannelse og forskning

### Praksis

- Udelukker vi udsatte borgere gennem vores fokus, organisering, informationsveje og kommunikationsform?  
**Er vi selv en del af problemet?**

### Uddannelse

- Brug studerendes erfaringer med udsatte grupper. Øg deres interkulturelle kompetencer. Fokuser på særlige løsninger til særligt udfordrede målgrupper, på **occupational justice** og på **social justice**.

### Forskning

- Hvordan vi opnår **mere inkluderende tilbud** til sårbare befolkningsgrupper?
- Desuden skal der fokus på, at disse grupper også skal **indgå som deltagere** i vores øvrige forskningsprojekter. Vær bl.a. opmærksom på, at snævre inklusionskriterier (fx mht. sprog), ekskluderende dataindsamlingsmetoder (fx webbaseret spørgeskema), som let udelukker de mest udsatte fra at deltage.

## Characteristics of vulnerable/disadvantaged populations in four European countries regarding health literacy and use of health and social care services. A document analysis.

Tove Lise Nielsen<sup>1,2</sup>, Anita Haahr<sup>1,3</sup>, Naja Benigna Kruse<sup>1,2</sup>, Ellen Gabrielsen Hjelle<sup>4,5</sup>, Line Kildal Bragstad<sup>4,5</sup>, Ana Palmar-Santos<sup>6</sup>, Maria Victoria Navarta-Sánchez<sup>6</sup>, Azucena Pedraz-Marcos<sup>6</sup>, Sandra Bartolomeu Pires<sup>7</sup>, Helen C Roberts<sup>8</sup>, Mari Carmen Portillo<sup>7</sup>.

### Authors' institutional affiliations

<sup>1</sup> Research Centre for Health and Welfare Technology, Programme for rehabilitation, VIA University College, Aarhus, Denmark.

<sup>2</sup> Department of Occupational Therapy in Aarhus, VIA University College, Aarhus, Denmark

<sup>3</sup> Department of Public Health, Nursing and Healthcare, Aarhus University, Denmark

<sup>4</sup> University of Oslo, Norway, Department of Nursing Science and Research Center for habilitation and rehabilitation services and models (CHARM), Oslo, Norway.

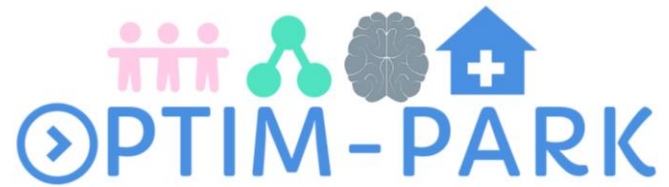
<sup>5</sup> Oslo Metropolitan University, Department of Occupational Therapy, Prosthetics and Orthotics, Oslo, Norway

<sup>6</sup> Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería, Madrid, Spain.

<sup>7</sup> NIHR Applied Research Collaboration Wessex. School of Health Sciences, University of Southampton United Kingdom.

<sup>8</sup> NIHR Applied Research Collaboration Wessex. Faculty of Medicine, University of Southampton, United Kingdom.

??  
?



**Optimisation of community resources and systems of support  
to enhance the process of living with Parkinson's Disease: a  
multi-sectoral intervention**