

Social ulighed i sundhed

Der mangler ensretning, kontinuitet og transparens i dokumentationen af den sociale ulighed i sundhed.

Den manglende systematik gør det svært at vide, hvor og hvordan der skal sættes ind mod den ulighed, der reproduceres i sundhedsvæsenet.

Der er brug for en langt mere ambitiøs tilgang til arbejdet med den sociale ulighed i sundhed – og en mere ambitiøs brug af den data, som allerede indsamles i dag.



Der er social ulighed i sundhed i Danmark. Rigsrevisionen har dokumenteret, at patienter, der bor alene, har kort uddannelse og lav indkomst, får dårligere behandling på hospitalerne end dem, der har flere ressourcer. Det er på trods af, at patienterne fejler det samme og derfor som udgangspunkt har samme behandlingsbehov (Rigsrevisionen 2019). I en undersøgelse fra 2016 gennemført af Mandag Morgen giver 53 procent af danskerne udtryk for, at man som patient er nødt til selv at insistere for at få den rette behandling og de rette undersøgelser (Mandag Morgen & TrygFonden 2016:17). Det skaber en forhandlingssituation, der falder lettere og mere naturligt for nogle end for andre. Mennesker med en psykisk sygdom har udsigt til at dø 15-20 år før restbefolkningen, og i en betydelig andel af tilfældene kan overdødeligheden tilskrives fysiske sygdomme, som patienterne ikke får tilstrækkelig behandling for (Nordentoft et al. 2015). Også i Kræftens Bekæmpelse har man for nylig påvist, at der er social ulighed i alle dele af kræftforløbet: I diagnosticering, behandling, chancen for overlevelse og i tilbuddene om rehabilitering (Olsen, Kjær & Dalton 2019).

DANSKE PATIENTERS ANBEFALING:

1. Indfør en social variabel i kvalitetsarbejdet.
2. Gør social ulighed i sundhed til en del af det nationale kvalitetsprogram.
3. Saml og udbred bedst tilgængelig viden om effektive indsatser.
4. Stil krav om systematisk brugerinddragelse.



DANSKE PATIENTER

De nævnte eksempler er blot få ud af mange undersøgelser, som viser, at sociale og økonomiske faktorer – som for eksempel uddannelsesbaggrund, indkomst og civilstatus – har betydning for patienters adgang til og udbytte af behandling i det danske sundhedsvæsen.

Undersøgelserne bidrager med vigtig viden på et komplekst felt, men langt størstedelen af dem er projekt-bårne. De begrænser sig derfor til enkelte diagnoser, enkelte hospitalsafdelinger og afgrænsede tidsperioder. Det betyder, at dokumentationen af den sociale ulighed i sundhed i Danmark er uden kontinuitet og ensretning. Det bliver derfor uklart, hvordan uligheden udvikler sig fra år til år, ligesom det er svært at vide, hvor man skal sætte ind i praksis.

Handling kræver viden, og der er behov for et løbende fokus på social ulighed i sundhed i det lokale og nationale kvalitetsarbejde, hvis uligheden skal mindskes. Det kalder på en langt mere systematisk tilgang til, hvordan vi indsamler viden – herunder, at der løbende bliver målt og monitoreret på udviklingen.

Danske Patienter foreslår følgende tiltag, som kan skabe incitament til og mulighed for læring og forbedring:

1. Regeringen, Danske Regioner og KL indfører en social variabel i det rutinemæssige kvalitetsarbejde. Ved systematisk at koble data om socioøkonomiske forhold til øvrige kvalitetsindikatorer får både klinikere og beslutningstagere et løbende indblik i, hvem der har bedst adgang til ydelser, hvem der får mest udbytte af ydelser, og hvordan udviklingen ser ud lokalt og nationalt. Det skaber transparens og grundlag for udvikling af sundhedssystemet.

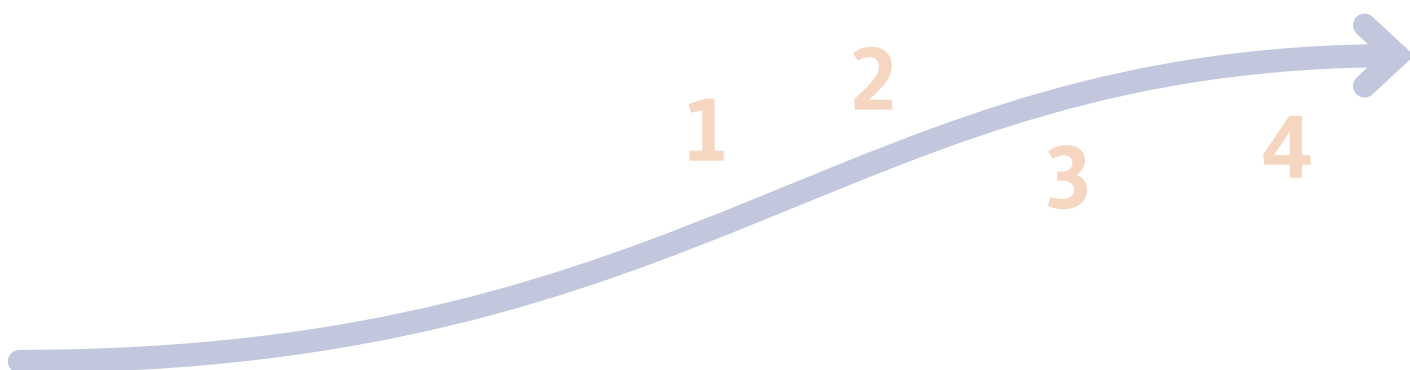
Ulighed i sundhed: En kompleks størrelse

Ulighed i sundhed er en kompleks problemstilling, som går langt ud over sundhedsvæsenets rammer. Indretningen af uddannelsessystemet, arbejdsmarkedet og boligmarkedet har ligeledes stor betydning for forskelle i befolkningens helbredstilstand.

Problemet bliver således ikke løst med sundhedspolitiske indsatser alene, men man kan stadig opnå store gevinster ved at målrette indsatser i sundhedsvæsenet.

Danske Patienter beskæftiger sig primært med den del af uligheden, som sundhedsvæsenet er med til at (re)producere.

2. Data om social ulighed i sundhed afrapporteres på aggregeret niveau som led i det nationale kvalitetsprogram, så der bliver sat fokus på området og skabes incitament til forbedring af indsatser.
3. Myndighederne etablerer fora, hvor bedst tilgængelige viden om social ulighed i sundhed (både forskningsresultater og praksiserfaringer) indsamles og bredes ud til sundhedsvæsenets aktører.
4. Regeringen, Danske Regioner og KL sikrer systematisk inddragelse af patienter og pårørende i de enkelte behandlingsforløb. Brugerinddragelse kan skabe et mere patientcentreret sundhedsvæsen, der i højere grad møder patienternes behov og præferencer – og systematisk inddragelse af alle patienter kan have positiv effekt på den sociale ulighed i sundhed.



1 Indfør en social variabel i kvalitetsarbejdet

Al erfaring viser, at kvaliteten på et område forbedres, når der laves løbende monitoreringer af indsatser, som ledelser og myndigheder skal forholde sig til. Det er oplagt at sætte den erfaring i spil og lave systematiske målinger af, hvordan den sociale ulighed i sundhed udvikler sig.

Data om hvem, der modtager behandling, og hvilken behandling de modtager, indsamles allerede i vid udstrækning. Oplysningerne bruges i forskningsprojekter, men på grund af juridiske barrierer kan data om patienters socioøkonomiske forhold ikke integreres i det rutinemæssige kvalitetsarbejde. Uden tilgængelig og opdateret viden om udviklingen er det svært at tilrettelægge indsatser, som har effekt de rigtige steder. Det er et problem, hvis vi skal gøre os forhåbninger om at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

Danske Patienter mener, at vi i Danmark skal være langt mere ambitiøse med den data, vi har til rådighed. Derfor foreslår vi, at regeringen stiller krav om en social variabel i det rutinemæssige kvalitetsarbejde – både i kommunalt og regionalt regi. Ved systematisk at koble data om socioøkonomiske forhold til øvrige kvalitetsindikatorer får både klinikere og beslutningstagere et løbende indblik i, hvilke indsatser der virker, og hvordan udviklingen ser ud lokalt og nationalt. Det gælder selvfølgelig for alle dele af sundhedsvæsenet – også almen praksis og kommunerne, hvor der i dag ikke indsamles tilstrækkeligt data om behandlingskvalitet. Derfor skal der presses på for, at disse data stilles til rådighed, så den sociale variabel kan måles for hele behandlingsforløbet.

Forslaget kræver, at Folketinget vedtager en ændring af reglerne om anvendelse af socioøkonomiske data. I dag kan data om for eksempel uddannelse, indtægt og tilknytning til arbejdsmarkedet kun tilgås som led i afgrænsede forskningsprojekter, og oplysningerne må ikke anvendes til kvalitetsudvikling eller til initiativer, der er målrettet patientsikkerhedsarbejdet.

Anvendelsen af socioøkonomiske data skal foregå på aggregeret og ikke-personhenførbart niveau.

2 Gør social ulighed i sundhed til en del af det nationale kvalitetsprogram

I forlængelse af ovenstående bør regeringen tage initiativ til, at data om social ulighed i sundhed i aggregeret form bliver en inkorporeret del af det nationale kvalitetsprogram.

Målingen af den sociale ulighed skal følges tæt og være offentligt tilgængelig, hvis der skal ske en udvikling. Ved at sætte fokus på udviklingen, som man gør i kvali-

tetsprogrammet, sikrer vi, at det bliver et ledelsesmæssigt fokus at implementere initiativer, som kan mindske den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen, Scheele & Little isf. Elling 2015:22).

3 Saml og udbred bedst tilgængelig viden om effektive indsatser

Social ulighed i sundhed er en kompleks problemstilling, og det er ikke ligetil at planlægge indsatser, som kan nedbringe uligheden.

Meget tyder på, at der både er kulturelle og strukturelle barrierer for, at alle patienter får den behandling, de har behov for (se for eksempel Diderichsen 2011, Pedersen 2018, Olsen et al. 2019, Jønsson et al. 2019, Nyholm et al. 2018).

Undersøgelser blandt sundhedsprofessionelle viser, at personalet mangler tid, kompetencer og mulighed for at planlægge forløb mere fleksibelt, hvis de skal kunne tilrettelægge behandlingen på en måde, der tager hensyn til den enkelte patients forudsætninger og behov (Brorholt 2016, Lægeforeningen 2018). Den brede opbakning til Alliancen mod ulighed i sundhed - hvor Danske Patienter også deltager - viser, at der er vilje og lyst til at gøre en indsats. Men rammerne tillader det ikke altid.

Sundhedsvæsenets reproduktion af social ulighed i sundhed

Det vides ikke med sikkerhed, hvad der gør, at nogle har bedre forudsætninger for at få et ordentligt udbytte af mødet med sundhedsvæsenet end andre. En række studier indikerer dog, at der både er strukturelle og kulturelle barrierer.

Strukturelle barrierer relaterer sig til spørgsmål om organisering: Det fragmenterede behandlingsforløb og de knappe ressourcer i sundhedsvæsenet stiller krav til patienter og eventuelle pårørende om, at de selv skal finde hoved og hale i deres forløb. Brugerbetaling på visse behandlingstyper kan også ses som en ulighedsskabende faktor.

Kulturelle barrierer relaterer sig til spørgsmål om sociale interaktioner, kommunikation og frygt for stigmatisering: Vigtige emner bliver ikke altid adresseret – hverken af patienten eller de sundhedsprofessionelle. Der foreligger dog ikke meget viden om, hvad der sker i mødet mellem læge og patient.

I forlængelse heraf vil det være en uheldig brug af ressourcer, hvis hver hospitalsafdeling, hver kommune og hver praktiserende læge selv skal opfinde indsatser, som potentielt kan mindske uligheden. Derfor skal der systematisk samles viden om, hvordan forskellige indsatser i sundhedsvæsenet virker – ligesom der skal gøres en indsats for, at den viden bliver udbredt og anvendt flere steder.

Danske Patienter opfordrer til, at der laves en vidensbank om social ulighed i sundhed, og at der på tværs af regioner og kommuner oprettes fora om ulighed. Det kan for eksempel være i form af permanente lærings- og kvalitetsteams.

Ved at gøre viden mere tilgængelig bliver det lettere for behandlingsstederne at implementere nye tiltag og udbrede ny viden blandt personalet. Der vil selvfølgelig være behov for lokal tilpasning af initiativerne, men der vil stadig være god mulighed for læring og erfaringsudveksling.

Vidensbanken skal samle viden om best practice baseret på erfaringer fra hele landet – desuden forskningsresultater og lignende fra de mange vidensmiljøer, der beskæftiger sig med social ulighed i sundhed. Vidensbanken skal desuden følge de indsatser, der sættes i gang som følge af monitoreringen (forslag 1 og 2), for at identificere lokale tiltag med effekt og potentiale for udbredelse.

4 Stil krav om systematisk brugerinddragelse

Der er stor forskel på, hvordan mennesker sætter deres viden om (egen) sundhed i spil i mødet med sundhedsvæsenet. Undersøgelser peger på, at patienter, der bor alene og har en kort uddannelse, eller som befinder sig i en sårbar situation, ofte har svært ved at italesætte, forstå og bruge oplysninger om deres helbred (Maindal & Vinther-Jensen 2016; Olsen, Kjær & Dalton 2019; Jønsson et al. 2019). Det kan få stor betydning for behandlingsforløbet, både i forhold til diagnosticering og i forhold til patienternes evne til at følge den igangsatte behandling (compliance).

Brugerinddragelse kan være en måde at få den enkelte patients viden, behov og ressourcer aktivt inkluderet i behandling og pleje, så denne kan målrettes til den enkelte patient.

Der er ofte blevet stillet spørgsmålstejn ved, om brugerinddragelse øger eller mindsker den sociale ulighed i sundhed. En gennemgang af litteraturen, som ViBIS har foretaget i 2019, peger på, at systematisk inddragelse af alle patienter kan mindske uligheden. Metoden fælles beslutningstagning øger signifikant outcome for sårbare grupper, og systematisk anvendelse af metoden må derfor antages at reducere social ulighed i sundhed.

På den baggrund anbefaler Danske Patienter, at regeringen arbejder for at gøre brugerinddragelse til en fast og systematisk del af sundhedsvæsenets praksis. Det kræver, at der på lovgivningsniveau stilles krav om inddragelse af patienter og pårørende i tilrettelæggelse af behandlings-, pleje- og rehabiliteringsforløb, og at sundhedspersonale (både i kommuner og regioner) uddannes og oplæres i relevante metoder. Det kræver endvidere, at der er mere fleksible muligheder for at tilrettelægge forløb, så de kan tilpasses til den enkelte patient.

Litteratur

Brorholt G. (2016): Bedre brugerinddragelse kræver mere end gode intentioner. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/bedre-brugerinddragelse-kræver-mere-end-gode-intentioner-7843/>

Diderichsen F, Andersen I & Manuel C. (2011): Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen.

Diderichsen F, Scheele CE & Little IG. (2015): Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience. København: Københavns Universitet

Jønsson ABR, Guassora AD, Freil M & Reventlow S. (2019): What the doctor doesn't know: Discarded patient knowledge of older adults with multimorbidity. *Chronic Illness*.

Lægeforeningen (2018): Investér i sundhed.

Mandag Morgen & TrygFonden (2016): Sundhedsvæsenet – ifølge danskerne.

Nordentoft M, Krogh J, Lange P & Moltke A. (2015): Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for Forebyggelse.

Nyholm N, Halvorsen I, Mygind A, Christensen U & Kristiansen, M. (2018): Diversity in cancer care: exploring social categories in encounters between health care professionals and breast cancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, bind 32, nr. 3, s. 1108-1117

Olsen MH, Kjær TK & Dalton SO. (2019): Social Ulighed i Kræft i Danmark. Hvidbog. Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning.

Pedersen, PV. (2018): Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Rigsrevisionen (2019): Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene.

