

Ulighed i sundhed

Baggrundsnotat



DANSKE PATIENTER

Oktober 2019

Indhold

1	Ulighed i sundhed – hvorfor er det vigtigt?	3
	Læsevejledning	5
2	Introduktion til begreberne	6
	Hvad taler vi om?	6
	Hvem taler vi om?	6
	Hvornår opstår uligheden?	8
	Hvad er der ulighed i?	9
	Hvordan måler man social ulighed i sundhed?	9
3	Eksempler på ulighed i sundhed i Danmark	11
	Geografiske forskelle	13
4	Sundhedsvæsenets betydning for social ulighed i sundhed	14
	Formelle og strukturelle barrierer for lige behandling	14
	Uformelle og kulturelle barrierer	16
5	Inddragelse og ulighed	18
6	Litteratur	19

Ulighed i sundhed

Baggrundsnotat

© Danske Patienter, Oktober 2019

Udarbejdet af: Johanne Kure

Kompagnistræde 22, 1. sal, 1208 København K

info@danskepatienter.dk

www.danskepatienter.dk

Grafisk Produktion: Peter Dyrvig Grafisk Design

1 Ulighed i sundhed – hvorfor er det vigtigt?

Social¹ ulighed i sundhed er et nærmest evigtgyldigt fokusområde i den sundhedspolitiske debat.

I 1999 blev social lighed i sundhed for første gang gjort til et erklæret politisk mål, og siden har det stået på skiftende regerings *to-do-lister* at sikre lige vilkår for sundhed i hele befolkningen (Larsen et al. 2018:346). Mens der kan være forskellige perspektiver på indkomstulighed og dets effekter og gavn for samfundet, er der relativt stort enighed om, at social ulighed i sundhed ikke er til gavn for nogen (Daniels et al. 2000).

Social ulighed i sundhed fører til forværring af symptomer og dårligere helbred for de patienter, der ikke får den optimale behandling. Det er ikke kun uacceptabelt for den enkelte, men også for samfundet, da sygdom er en økonomisk belastning. Dårligt helbred sætter ofte en stopper for den enkeltes bidrag til produktiviteten i – og udviklingen af – samfundet og medfører store udgifter til behandling. For eksempel vurderes det, at op mod 90 procent af udgifterne til førtidspension kunne undgås, hvis alle borgere i alderen 30-64 år havde samme sundhedstilstand som borgere med en lang eller mellemlang uddannelse (Danske Regioner 2017:13). Samtidig er godt helbred en grundlæggende forudsætning for det enkelte menneskes frihed til at leve det liv, det har lyst til. Det er formentlig de to væsentligste grunde til, at en reduktion af den socialt betingede ulighed i sundhed bliver anskuet som et centralt politisk mål.

Der vil altid være forskel i borgernes helbredstilstande, når man sammenligner individer med hinanden – blandt andet på grund af forskelle i gener og sundhedsadfærd. Derfor er ulighed i sundhed ikke et problem i sig selv. Problemet opstår, når forskellene kan genfindes som systematiske uligheder² mellem befolkningsgrupper opdelt efter socioøkonomiske kriterier³. Når vi taler om social ulighed i sundhed, adresserer vi ikke blot forskelle mellem grupper, men de uretfærdige og undgåelige forskelle, som er betinget i strukturelle og samfundsmæssige forhold – og som samtidig er unødvendige, fordi de ikke gavner nogen (Diderichsen 2006:32).

1 *Social* skal forstås bredt og betegner en større gruppe af socioøkonomiske faktorer (for eksempel uddannelse, indkomst, geografi, erhverv, køn og etnicitet).

2 Uligheden kan både være i forhold til eksponering af risikofaktorer, i forekomst af sygdom og dødelig samt i konsekvenser af sygdom. De forskellige dimensioner uddybes i kapitel 2.

3 Der findes en lang række faktorer, som kan danne baggrund for de grupperinger, befolkningen inddeles i – herunder for eksempel uddannelse, indkomst og sociale relationer. Målemetoden har stor betydning for, hvordan uligheden kommer til udtryk. Dette vil blive uddybet i kapitel 2.

Det skandinaviske velfærdsparadoks

En væsentlig del af interessen for ulighed i sundhed kan tilskrives det misforhold, man ser mellem økonomisk og helbredsmæssig lighed i Danmark.

Som hovedregel kan der ses en positiv sammenhæng mellem økonomisk og helbredsmæssig lighed: De samfund, der har den mest ligelige fordeling af økonomiske goder, har også den mest ligeligt fordelte forekomst af dødelighed. Det gælder bare ikke for Danmark.

Her har vi på trods af stor økonomisk omfordeling, skattefinansierede sundhedsydelser og en udtalt ambition om et sundhedsvæsen med let og lige adgang for alle, ikke formået at gøre bugt med de systematiske forskelle i dødelighed. Misforholdet er blevet døbt *the Scandinavian Welfare Paradox of Health* i den internationale litteratur (Diderichsen, Andersen & Manuel 2011:5).

Når man diskuterer social ulighed i sundhed sker det primært inden for det sundhedspolitiske felt, men problemet er langt mere komplekst og skal ses i et bredere livsforløbs- og samfundsperspektiv (se figur 1 på side 8). Både skolepolitik, boligpolitik, arbejdsmarkedspolitik, socialpolitik og sundhedspolitik har betydning for, hvordan vores liv og helbred udvikler sig. Samtidig er det vigtigt at understrege, at forholdet mellem social position og sundhedstilstand kan gå begge veje – pressede sociale forhold kan således lede til sygdom og vice versa (Vedsted 2017:35).

På trods af mange års forskning på området har man ikke et fuldt overblik over faktorerne bag den sociale ulighed i sundhed, men der er identificeret en række årsager til – og mulige indsatser, der kan mindske – uligheden (Diderichsen 2019:4). Det er dem, der vil blive fremhævet i dette notat. Notatet giver et overblik over den vigtigste viden på området.

Danske Patienter beskæftiger sig primært med den del af uligheden, som produceres eller forstærkes i mødet mellem patient og sundhedsvæsen (svarende til determinant 11 i figur 1). Vi behandler kort den geografiske ulighed i sundhed (kapitel 3), men fokuserer ellers på den sociale dimension af uligheden.

Læsevejledning

Efter dette indledende afsnit følger en kort introduktion til, hvordan ulighed i sundhed kan forstås. De væsentligste begreber – *social, ulighed* og *sundhed* – bliver defineret og diskuteret.

I kapitel 3 giver vi et overblik over, hvordan ulighed i sundhed kommer til udtryk i det danske sundhedsvæsen. Her refererer vi til nogle af de mest centrale undersøgelser af fænomenets udbredelse i Danmark.

Kapitel 4 har fokus på, hvordan sundhedsvæsenet med sin struktur og kultur er med til at forstærke en allerede eksisterende samfundsulighed.

I det afsluttende kapitel gives en kort gennemgang af konklusionerne i en litteraturgennemgang om samspillet mellem ulighed og brugerinddragelse, som Danske Patienters Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har foretaget i 2019. Hele litteraturgennemgangen kan findes på www.vibis.dk.



2 Introduktion til begreberne

“Man får forskellige resultater, afhængig af hvordan man inddeler en given befolkning, og af hvordan man måler dens sundhed. Men stort set lige meget, hvordan man gør det, viser det sig, at de, der befinder sig lavest i hierarkiet, har den ringeste sundhed. Afhængig af den måde, man vælger at inddele befolkningen på, får man forskellige grader af ulighed. Det betyder også, at man bliver tilbøjelig til at se forskellige årsager (...) Sandheden er givetvis, at rigtig mange forskellige konkrete forhold har betydning for den sociale ulighed i en befolknings sundhedstilstand.”

Signild Vallgård, professor ved Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet (Vallgård 2018).

Hvad taler vi om?

Social ulighed i sundhed er et fænomen, hvor der er systematiske forskelle i sygdomstilstand, behandling og konsekvenser af sygdom mellem (grupper af) borgere i samfundet, og hvor denne forskel er betinget af socioøkonomiske faktorer – herunder for eksempel uddannelse, indkomst og geografi. At forskellene er systematiske vil sige, at de forbliver stort set uforandrede, selvom de enkelte individer går ind og ud af grupperne over tid. Det er et strukturelt problem, der skal tackles systematisk og strukturelt i samfundet og i sundhedsvæsenet – og ikke udelukkende i forhold til det enkelte individ. Desuden er det et statistisk fænomen, som ikke direkte påvirker den enkelte borgers risiko for udvikling af sygdom eller konsekvenserne af et sygdomsforløb.

Hvem taler vi om?

Man kan se på ulighed i sundhed som forskellen mellem de dårligst stillede borgere og den generelle befolkning eller som en gradvis forskel i hele befolkningen.

- **Dikotomi:** Her betragter man sundhedstilstanden for en gruppe – for eksempel *socialt udsatte* – som har et helbredsproblem, eller som er særligt belastet af sygdom. Gruppen ses typisk i forhold til resten af befolkningen. Med denne anskuelse kigger man populært sagt på det, man kalder *sundhedskløften*.
- **Gradient:** Her betragter man helbredstilstanden for hele befolkningen og ser på, hvordan helbredstilstanden er fordelt blandt *alle* grupper i hele samfundet. Det gør man for eksempel ved at se på (forskellen i) forekomsten af kroniske sygdomme hos folk med henholdsvis kort, mellemlang og lang videregående uddannelse.

Når man ser på dikotomien, ser man uligheden som et problem for en udsat gruppe og ikke som noget, der har med hele samfundet at gøre (et residual-/randproblem). Man ser ikke, at problemet måske findes i hele samfundet. Det kan man til gengæld stille skarpere på, hvis man ser ulighed som en gradient betinget af årsager, der karakteriserer hele samfundet. Men med denne tilgang kan man risikere at overse problemer, der har særlig betydning for de mest udsatte. De to metoder kan således belyse forskellige aspekter af problemet med ulighed i sundhed.

Som regel ses den gradvise forskel som et politisk ansvarsområde, mens kløften mellem to dele af samfundet oftere betragtes som et problem, hvor en del af ansvaret ligger hos det enkelte individ (Vallgård 2006: 23f).

Hvem er de sårbare patienter?

Social ulighed i sundhed er et statistisk fænomen, som i og for sig er uafhængigt af de individer, som udgør de respektive grupper, befolkningen inddeles i. Derfor risikerer man meget let at påføre enkeltpersoner problemer, de ikke har (eller omvendt at overse udfordringer, de måske har), når man omtaler problemer og løsninger, der har med social ulighed at gøre – simpelthen fordi der bliver opstillet nogle forventninger til og forestillinger om, hvem der er *sårbar*, og hvem der er *ressourcestærk*. På samme måde opstår der let en "dem og os"-retorik, når man snakker ulighed, udsathed og sårbarhed.

Man ser det for eksempel på strukturelt niveau, hvor der iværksættes særlige tiltag målrettet "sårbare", og hvor man laver opsøgende indsatser på baggrund af statistiske beregninger af, hvem der er i risiko for at blive "udsat". Men man ser det også i de sundhedsprofessionelles møde med det enkelte menneske, hvor man risikerer at påføre og fratage patienter sårbarhed ud fra en forhåndsbetragtning af, hvem de er, eller hvilken gruppe de tilhører.

Sårbarhed kan komme og gå, særligt i de svære situationer som patienter eller pårørende ofte befinder sig i. Derfor er det vigtigt, at mødet mellem sundhedsvæsenet, de sundhedsprofessionelle og brugerne tager udgangspunkt i den enkeltes situation nu og her – og at vi holder os til de statistiske betragtninger, når vi snakker om social ulighed i sundhed som et statistisk fænomen.

Hvornår opstår uligheden?

Der er mange forhold, der har indflydelse på den enkeltes sundhedstilstand, og man kan derfor ikke pege på én enkeltstående faktor, som er skyld i, at der er social ulighed i sundhed. Finn Diderichsen med flere opstiller 12 determinanter, som i et livstidsperspektiv alle kan have indflydelse på social position, helbred, sygdom og konsekvenser heraf (se boksen figur 1).

Allerede i begyndelsen af livet udsættes børn for forskellige faktorer, som i større eller mindre grad vil få indflydelse på deres sociale position og på deres helbred. Udviklingen stopper ikke der, men fortsætter langt ind i voksenlivet, hvor blandt andet tilknytning til arbejdsmarkedet, sundhedsadfærd og sociale relationer – som alle er forment af barn- og ungdommen – får betydning for udvikling af sygdom.

Mange af de forhold, som statistisk set har betydning for sundhedstilstanden, bliver grundlagt tidligt i livet, og på den måde er store dele af den sociale ulighed betinget af forhold, som ikke kan reguleres med sundhedspolitiske tiltag. Måden vores arbejdsmarked, boligmarked, skole- og uddannelsessystem med mere er indrettet på har stor indflydelse på uligheden i sundhed.

FIGUR 1

12 determinanter for social ulighed i sundhed

a Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred

1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
2. Skolegang – uafsluttet skolegang
3. Segregering og socialt nærmiljø

b 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

c Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser

11. Sundhedsvæsenets rolle
12. Det ekskluderende arbejdsmarked

Fra Diderichsen, Andersen & Manuel 2011:42

Selvom det er en sammenhængende dagsorden, beskæftiger Danske Patienter sig primært med den ulighed, der opstår eller forstærkes inden for sundhedsvæsenets rammer. Vi ser på, hvordan socioøkonomiske forhold påvirker patienters adgang til sundhedsvæsenets ydelser, og hvad det har af betydning for behandlingsresultaterne og efterforløbet (målt på for eksempel overlevelse, tilknytning/tilbagevenden til arbejdsmarkedet og henvisning til rehabilitering).

Hvad er der ulighed i?

Social ulighed i sundhed forekommer i flere dimensioner. Jævnfør Diderichsen, Andersen & Manuel (2011:17ff) kan den socialt ulige fordeling både findes i:

- **Eksponering** for risikofaktorer og vilkår med betydning for udvikling af sygdom, for eksempel arbejdsforhold, miljøfaktorer og levekår.
- **Forekomst** af sygdom og dødelighed, for eksempel spædbarnsdødelighed, forventede leveår med godt helbred og stadium af sygdom ved diagnose.
- **Konsekvenser** af sygdom, for eksempel død før 70 år, fastholdelse af arbejde og effekter af behandling.

De tre dimensioner hænger sammen og påvirker hinanden, da eksponering og forekomst er forudsætninger for konsekvenserne. Det oversættes ikke 1:1, men kan akkumuleres over livstid.

Hvordan måler man social ulighed i sundhed?

På samme måde som ulighed (jævnfør afsnit 2.2) kan opgøres på forskellige måder, kan også *social* og *sundhed* defineres og måles på forskellig vis. Hvordan man gør begreberne op får selvsagt betydning for, hvordan den sociale ulighed i sundhed fremstår – og endvidere for, hvilke løsninger der tegner sig (Vallgård 2006:15).

Forståelse og beskrivelse af det *social* indebærer, at man kategoriserer befolkningen i grupper. Valg af kategorier har betydning for, hvilke forskelle man ser, og hvor store forskellene er. I forlængelse heraf rummer valgene forestillinger om, hvilke årsagssammenhænge og løsninger der er (ibid.:17). Der er for eksempel forskel på, hvad man finder, afhængig af om man inddeler folk efter køn, etnicitet, uddannelse, indkomst eller noget femte. Nogle kategorier hænger tæt sammen og kan bruges som proxy-variable. For eksempel kan indkomst og uddannelse hænge sammen, men gør det ikke altid – ligesom etnicitet og indtægt kan hænge sammen, men ikke altid gør det. Kategoriseringen kan være mere eller mindre stabil over tid. Man skal måske være udsat for sociale forhold i længere tid, før de påvirker sundheden, nogle kategorier er mere påvirkelige af konjunkturer i samfundet (for eksempel indtægt eller beskæftigelsesstatus), mens andre igen er mere stabile over tid, for eksempel uddannelse. Endelig kan det være

vanskeligt at vide, om folk er syge, fordi de er fattige, eller fattige, fordi de er syge (helbredsbetiget selektion). Dette komplicerer kategorisering og måling af social ulighed i sundhed. Uanset hvordan man opgør *det sociale*, er der forskelle i sundhed mellem grupperne (ibid.:18).

Begrebet *sundhed* dækker over rigtigt mange forskellige ting. Det dækker over behandlingsformer, forekomst af sygdom, outcome af behandling og meget andet. Når man i dag måler på ulighed i sundhedstilstanden, måler man oftest på sygelighed og dødelighed, men der kan også være ulighed i behandlingspraksis og konsekvenserne af sygdom (for eksempel i forhold til den syges tilknytning til arbejdsmarkedet). Hvordan man vælger at måle på sundhedstilstanden hænger således sammen med, hvordan man definerer og forstår *sundhed* – og hvad der er tilgængeligt at måle. Der er forskel i tallene afhængig af, om man ser på dødelighed, sygelighed, dødelighed før 70-årsalderen, hospitalsindlæggelser, selvrapporeret helbred eller sygefravær. Det betyder både noget for, hvordan man ser problemets størrelse, og hvordan man tænker at handle på det.



3 Eksempler på ulighed i sundhed i Danmark

Vi ved fra en lang række af forskningsartikler og enkeltstående undersøgelser, at der er social ulighed i sundhed – målt på en masse forskellige måder (jævnfør forrige kapitel). Der foretages imidlertid ingen systematisk monitorering af uligheden over tid i Danmark. Det skyldes formentlig, at det er en teknisk øvelse, som kræver en række valg og fravalg af data og proxyer (Diderichsen, Andersen & Manuel 2011:30-38).

Det er derfor svært at give et endegyldigt svar på, hvor stor den sociale ulighed i sundhed er. I stedet har vi samlet tal fra en række undersøgelser, som på hver deres måde tegner et billede af, hvor omfangsrigt problemet er.

Sundhedsprofilundersøgelserne⁴, som siden 1987 har indsamlet viden om danskernes sundheds- og sygelighedsniveau, er en af de primære kilder til at påvise forekomst af og udvikling i de systematiske forskelle i befolkningens helbredstilstand. Den seneste rapport viser blandt andet, at:

- **andelen af borgere med dårligt fysisk helbred falder med stigende uddannelsesniveau** fra 27,8 procent blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4 procent blandt personer med en lang videregående uddannelse (Jensen et al. 2018:5).
- **andelen af borgere med dårligt mentalt helbred er markant hos de lavere uddannede** – blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (17,2 procent) samt blandt arbejdsløse (28,5 procent), førtidspensionister (33,1 procent) og andre uden for arbejdsmarkedet (36,7 procent) (ibid.).
- **der er en stærk sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal risikofaktorer** (usund kost, rygning, stort alkoholforbrug, svær overvægt samt manglende fysisk aktivitet). Risikofaktorerne har hver for sig betydning for sundheden, og risikoen for at få en række sygdomme stiger betydeligt, når flere risikofaktorer er til stede på samme tid. Andelen med to eller flere risikofaktorer falder med stigende uddannelsesniveau (ibid.:7f).

⁴ De tidligere SUSY-undersøgelser, som siden 2010 er udgivet under navnet Den Nationale Sundhedsprofil. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) på SDU har forestået alle undersøgelserne.

- **andelen af danskere med langvarig sygdom falder med stigende uddannelsesniveau** med en forskel på knap 20 procentpoint mellem personer med en grundskoleuddannelse som højest gennemførte uddannelsesniveau (48,4 procent) og personer med en lang videregående uddannelse (26,9 procent) (ibid.:31).
- **forekomsten af multisygdom er stærkt knyttet til sociale forhold.** Multisygdom (forekomsten af to eller flere kroniske sygdomme) ses både tidligere i livsforløbet og oftere hos personer med lavere social position (ibid.:39; Vedsted 2017:37). For eksempel er det 20 procent af de 40-44-årige med en lav social position, der lever med multisygdom, mens andelen for de socialt bedst stillede er 10 procent. Det har konsekvenser for gruppens gennemsnitlige levetid og for kvaliteten heraf (stress, smerter, lav livskvalitet og dårligt socialt netværk) (Vedsted 2017:36f).

Disse tal påviser den sociale gradient – altså, at sundhedstilstanden statistisk set falder med faldende social position. De viser også, at gradienten både gør sig gældende i forekomst af risikofaktorer (som ofte er livsstilsbetingede), forekomst af sygdom – somatisk såvel som psykisk – og forekomst af multisygdom.

Parallelt med sundhedsundersøgelserne blandt den generelle befolkning har Statens Institut for Folkesundhed siden 2007 gennemført undersøgelser af udsatte borgeres⁵ helbred. Den seneste rapport konkluderer, at der over de seneste 10 år ikke er sket ændringer i sundhedstilstandsforskellen mellem de dårligst stillede borgere og den generelle befolkning (Ahlmark et al. 2018:11). Således viser undersøgelsen, at der stadig er en overrepræsentation i forekomsten af langvarige sygdomme (63 versus 34 procent) og i antallet af personer, som har været meget nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige inden for de seneste 14 dage (27 versus 6 procent). Desuden har en større andel af de dårligst stillede borgere en uhenigtsmæssig sundhedsadfærd (på stort set alle parametre) sammenlignet med den generelle befolkningsgruppe (ibid.). Tallene viser også, at andelen af svarpersoner med dårlige sociale relationer er langt større blandt socialt udsatte end i befolkningen generelt (ibid.:137).

Kræftens Bekæmpelse kan med deres hvidbog fra 2019 konkludere, at der er social ulighed gennem hele kræftforløbet – fra forekomst over diagnosticering til behandling, rehabilitering, overlevelse og efterforløb (for eksempel i forhold til senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet). Den sociale ulighed er til stede, både når man anskuer kræftforløbet ud fra en dikotomisk tilgang og en gradient-tilgang.

5 Social udsathed er et flydende begreb, som ikke er klart afgrænset eller let defineret. Betegnelsen dækker over mange forskellige livssituationer og typer af sociale problemer. Centralt for forståelsen af socialt udsathed er, at det drejer sig om en ophobning af dårlige levekår og manglende deltagelse på en række centrale samfundsområder såsom eksklusion fra arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet, økonomisk fattigdom, dårlige boligforhold, manglende faglig eller politisk deltagelse, få sociale aktiviteter og få fritidsaktiviteter. I SUSY-undersøgelsen er socialt udsatte defineret som brugere af herberger, forsorgshjem, væresteder, varmestuer, natcaféer, botilbud og andre sociale tilbud til socialt udsatte mennesker (Ahlmark et al. 2018:13f).

Med udgangspunkt i fremskrivninger af befolkningens sundhedsadfærd – især i forhold til rygning – vurderes det, at uligheden fortsat vil stige (Olsen, Kjær & Dalton 2019).

Rigsrevisionen udgav i januar 2019 en undersøgelse af behandlingskvalitet og ikke-begrundede forskelle heri. På baggrund af en monitorering gennemført af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), hvor man følger efterlevelsen af de kliniske retningslinjers behandlingsindikatorer for hjertesvigt, KOL, apopleksi og hoftenære lårbensbrud, er det blevet belyst, hvilken behandling patienter med samme behandlingsbehov, men forskellig social position, modtager. Undersøgelsen viser – som hos Kræftens Bekæmpelse – at patientens socioøkonomiske baggrund har betydning for, i hvor høj grad deres behandling lever op til de kliniske retningslinjer. Undersøgelsen viser blandt andet, at de værst stillede patienter i mindre omfang fik opfyldt alle relevante procesindikatorer sammenlignet med de bedst stillede patienter inden for alle fire sygdomsområder. Forskellene blev ikke reduceret i årene 2007-2016, men steg derimod for to af områderne (hjertesvigt og lårbensbrud).

De to sidstnævnte undersøgelser kigger på udvalgte sygdomme. Dokumentationen er ikke ligeså solid for andre sygdomme. Sundhedsprofilundersøgelserne indikerer, at udfordringerne ikke er enestående for de her nævnte sygdomme, men en gennemgang af prioritering mellem forskellige sygdomme, gennemført af Etisk Råd, viser, at kvaliteten af den enkeltes behandling i høj grad afhænger af, hvilken sygdom man lider af (Det Ethiske Råd 2018).

Geografiske forskelle

Geografisk ulighed i sundhed skyldes flere forhold og er blandt andet tæt knyttet til nogle af de faktorer, som også har betydning for den sociale ulighed. Larsen med flere (2018) beskriver, hvordan der via boligmarkedet sker en geografisk sortering af befolkningen i forhold til indkomst, og at uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder på samme måde påvirker den geografiske fordeling af befolkningen. Beboerne i socialt belastede lokalområder udsættes gennemgående for større helbredsrisici fra omgivelserne end andre. De negative sundhedsmæssige effekter af lav social position og usunde omgivelser forstærke hinanden i nogle lokalområder.

De geografiske forskelle i behandlingstilbud kan ligeledes risikere at forstærke den generelle samfundsulighed, da kun nogle patienter har ressourcer til – og mulighed for – at flytte efter de gode behandlingstilbud.



4 Sundhedsvæsenets betydning for social ulighed i sundhed

Det danske sundhedsvæsen bygger på et ideal om lige adgang til sundhedstilbud som en del af velfærdssamfundskontrakten, og let og lige adgang til sundhedsvæsenet er det bærende princip i sundhedsloven. Lige adgang til sundhedsvæsenet er dog ikke ensbetydende med et lige stort forbrug af sundhedsvæsenets ydelser for patienter med samme behov – og i endnu mindre grad ensbetydende med lige behandling eller lige outcome af behandling.

Samspillet mellem patient og sundhedsvæsen er vigtigt i forhold til udfaldet – eller konsekvensen – af den sygdom, man har. Her er faktorer som tidligere erfaringer, forventninger om hjælp, viden om symptomer og viden om, hvad sundhedsvæsenet kan tilbyde, vigtig. Desuden spiller patientens uddannelse, sociale status, sproglige evner og sociale netværk en afgørende rolle.

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.

Formelle og strukturelle barrierer for lige behandling

Sundhedsvæsenet er formet ud fra billedet af en *ideal patient*, som forstår de rette indgange, forstår sygdomme, hvordan henvisninger fungerer, hvilke rettigheder der findes og umiddelbart kan imødekomme de krav, der stilles. Sundhedsvæsenets organisering er derfor afgørende for outcome af behandlingen. Her spiller blandt andet ventetider, kapacitet og brugerbetaling også en rolle.

På den baggrund nævnes sundhedsvæsenet ofte som en del af årsagen til, at der er ulighed – både geografisk og organisatorisk. Geografisk, fordi der er kommet længere til de specialiserede behandlingstilbud – især i yderområderne.

Brugerbetaling i sundhedsvæsenet

Enkelte ydelser i det danske sundhedsvæsen er finansieret via brugerbetaling. Det kan være med til at reproducere den sociale ulighed – ikke bare i sundhed, men i et bredere samfundsperspektiv. Det gælder for eksempel ved brugerbetaling på tandlægebesøg.

SUSY UDSAT-undersøgelsen fra 2017 viser, at kun 45 procent af de udsatte borgere har været til tandlæge inden for det seneste år (Ahlmark et al. 2018:124). Dårlig mundhygiejne betegnes ofte som en barriere, der blandt andet forringer muligheden for at være på arbejdsmarkedet og for at opbygge et socialt netværk. Derfor er det en udfordring for de, der ikke har råd til tandlægeregningen. Der er en ekstra udfordring for patienter med kroniske sygdomme, da mange typer medicin giver mundtørhed, som kan føre til caries, tandkødsbetændelse med mere.

Brugerbetalingen har således nogle sociale og arbejdsmarkedsmæssige konsekvenser, der risikerer at bidrage til en social deroute, som nogle patienter med svære symptomer oplever i forvejen.

Organisatorisk, fordi de fragmenterede behandlingsforløb og knappe ressourcer stiller større krav til patienter og eventuelle pårørende om, at de selv skal holde styr på deres forløb.

For eksempel viser en undersøgelse, at socialt udsatte med somatisk sygdom oplever en indirekte og strukturel diskrimination i deres møde med hospitalet. Pedersen (2018:12) skriver, at: *“Strukturelle forhold, såsom sundhedsvæsenets organisering, hospitalsvæsenets specialisering, fragmentering og manglende omsorg for det hele menneske, samt hospitalspersonalets pressede arbejdsbetingelser bidrager til en øget diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte”*. Det konkluderes, at selvom disse strukturelle forhold gælder for hele befolkningen, synes de at ramme den socialt udsatte patient hårdest.

I en undersøgelse gennemført af Lægeforeningen i 2018⁶ svarer 59 procent af de adspurgte sygehuslæger, at patienter med lav sundhedskompetence ville få mere nytte af behandlingen, hvis tilbuddene blev tilrettelagt på en anden måde.

Der kan også identificeres nogle strukturelle og geografiske forskelle, som kan udgøre en barriere for den lige adgang. For eksempel er antallet af speciallæger per indbygger markant lavere i Region Nordjylland end i Region Hovedstaden på trods

6 Undersøgelsens omfang er ukendt, da data ikke er publiceret, men blot refereres i Lægeforeningen (2018).

af, at sygdomsbyrden er større i det nordjyske⁷ (Sundheds- og Ældreministeriet 2018; Jensen et al. 2018:Tabel 3.1.2 og 2.1.1). I forlængelse heraf ses der stor forskel på adgangen til – og kvaliteten af – forskellige forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringstilbud på tværs af regioner og (især) kommuner. Det ses for eksempel på epilepsiområdet, hvor der geografisk set er stor forskel på, hvor mange der hvert år diagnosticeres med sygdommen, selv når der korrigeres for forskelle i indbyggertal, alder og sociale forhold. Diagnosen er vigtig for, at patienterne kan få den rigtige hjælp, men tallene tyder på store variationer i den diagnostiske håndtering. Nyreforeningen fortæller, at der er stor forskel i ventetid på transplantation af en nyre afhængig af, om man bor øst eller vest for Storebælt. Der er således markant dårligere chance for transplantation – og dermed overlevelse – hvis man er bosat på Sjælland og Lolland-Falster. På hjerneskadeområdet er der identificeret store forskelle på kvaliteten i de rehabiliteringstilbud, patienterne bliver givet, afhængig af hvilken kommune de er bosat i.

Uformelle og kulturelle barrierer

Patientens ressourcer og forudsætninger for at begå sig i sundhedsvæsenet – i kombination med den sundhedsprofessionelles vurdering af patienten – spiller en stor rolle for, hvilket udbytte den enkelte får i mødet med sundhedsvæsenet.

Olsen, Kjær & Dalton (2019) skriver, at sociale faktorer – blandt andet uddannelse, sambostatus og etnicitet – har betydning for, hvordan den enkelte er i stand til at fortolke og formidle symptomer, kommunikere med sundhedsprofessionelle og forstå budskaber om sundhed og sygdom. Også Friis et al. har beskæftiget sig med denne evne til at omsætte og italesætte information om (eget) helbred – den såkaldte *sundhedskompetence*. I en artikel fra 2015 beskriver de, at mennesker med langvarige sygdomme har sværere ved at forstå sundhedsinformation og indgå i interaktion med sundhedsprofessionelle end den resterende befolkning. Denne tendens er større for mennesker med mere end én sygdom. De beskriver også, at mennesker med lavt uddannelsesniveau har et lavere sundhedskompetenceniveau end mennesker med længere uddannelse. Det understreger vigtigheden af, at de sundhedsprofessionelle tilpasser kommunikationen og kompleksitetsniveauet fra patient til patient, så der ikke er information, der går tabt undervejs.

Der foreligger ikke meget viden om, hvad der sker i det konkrete møde mellem patient og sundhedsprofessionel. Der findes dog undersøgelser, som indikerer, at tilpasning af kommunikation og information til den enkelte ikke altid finder sted. Den sociale interaktion mellem patient og sundhedsprofessionel får betydning for patientens outcome af mødet med sundhedsvæsenet – ligeledes gør den sundhedsprofessionelles antagelser (nogle gange forudindtagede) om patienten.

7 Målt på selvvurderet helbred samt forekomsten af langvarig sygdom i de to regioner.

Pedersen (2018:10) skriver, at hendes undersøgelse af socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet ikke viser tegn på systematisk, intentionel diskrimination og stigmatisering af de socialt udsatte. Undersøgelsen dokumenterer dog, hvordan nogle socialt udsatte i deres møde med sundhedsvæsenet oplever situationer, hvor de udsættes for stempeling, stereotypificering, stigmatisering og diskrimination.

På samme måde viser en ph.d.-afhandling om ældre borgere med multisygdom, lavt uddannelsesniveau og lav indkomst (Jønsson 2018), at disse borgere oplever at blive behandlet dårligere end andre patienter. De fortæller, hvordan de undlader at sige ting til lægen, som kunne være vigtige i forhold til valget af den rette behandling, fordi de føler, at oplysningerne er irrelevante eller vil få dem til at fremstå usikre. Ifølge afhandlingen skal der udvikles metoder til inddragelse, som kan frembringe den viden, de ældre med multisygdom selv frasorterer, hvis man skal undgå, at multisygdom blandt ældre fører til ulighed.

Nyholm med flere (2018) har observeret, at interaktionen mellem patienter og sygeplejersker i en travl hverdag på en brystkræftafdeling blev formet af medarbejdernes mere eller mindre bevidste kategorisering af patienterne som værende enten ressourcestærke eller sårbare. Det skete ud fra nogle prædefinerede 'kasser' som blandt andet civilstatus, bopæl og etnicitet. De patienter, der blev kategoriseret som ressourcestærke, fik oftere deres rehabiliteringsbehov opfyldt end de sårbare patienter, selvom de sårbare patienter faktisk havde større behov for en god rehabiliteringsindsats – blandt andet på grund af mere komplekse situationer. På den måde får den umiddelbare opfattelse af patienterne, blandt andet vurderet på sociale ressourcer, betydning for, hvilken opfølgende behandling patienterne tilbydes. Det kan i sidste ende føre til, at ikke alle patienter får det behandlings-tilbud, de fagligt set burde have.

Kræftens Bekæmpelse refererer i deres hvidbog om social ulighed i behandling af kræft til flere undersøgelser, som har observeret ulighed i, hvor lang tid der går, fra patienten henvender sig med symptomer på kræft hos lægen, til diagnosen stilles og behandlingen begynder. Her får udsatte patienter oftere en dårlig behandling (Olsen, Kjær & Dalton 2019). Det kan tyde på, at der er forskelle i interaktionen mellem patient og sundhedsprofessionel afhængig af socioøkonomiske faktorer.

Endelig er der en risiko for, at den eksisterende sundhedsdiskurs kan være med til at opretholde den sociale ulighed i sundhed. Olsen, Kjær & Dalton (2019:39) henviser til et dansk studie, hvori det konkluderes, at den nuværende sundhedsdiskurs, som opfordrer individet til at være proaktivt og tage ansvar for egen sundhed, i højere grad vinder genklang hos personer med høj socioøkonomisk position. Diskursen opstiller krav og forventninger, som er svære at efterleve blandt personer med lav socioøkonomisk position. Det påpeges, at disse forskelle i sundhedspraksis ikke er anerkendt i de offentlige sundhedskampagner, og at man ignorerer socioøkonomiske forskelle i, hvilke muligheder man har for at forandre, håndtere, mestre eller tilpasse sig.

5 Inddragelse og ulighed

Der er bred enighed om, at inddragelse af patienter skaber et mere patientcentreret sundhedsvæsen, der i højere grad afspejler patienternes behov og præferencer (ViBIS 2019b). Det er dokumenteret, at metoden fælles beslutningstagning bidrager til, at patienter opnår et højere vidensniveau, er mere afklarede om deres præferencer, og at de er mere aktive i beslutningsprocessen og mere præcise i deres risikopfattelse (ViBIS 2019c; Stacey et al. 2017). På udvalgte områder er der vist gavnlig effekt på behandlingskvalitet. Når det kommer til brugerinddragelses relation til den sociale ulighed i sundhed er der imidlertid større uenighed og usikkerhed (fx Coylewright et al. 2014).

Flere aktører i sundhedsvæsenet udtrykker bekymring for, om inddragelse primært kommer ressourcestærke patienter til gavn og muligvis øger uligheden i sundhed (ViBIS 2018). Rationalet bag denne bekymring er, at de mest ressourcestærke patienter typisk har bedre forudsætninger for at blive inddraget. Argumentet er, at hvis det kun er de mest ressourcestærke patienter, der inddrages, og hvis det kun er enkelte sundhedspersoner, der inddrager, er der risiko for, at uligheden i sundhed øges (Christiansen 2015).

Omvendt peger rationalet bag inddragelse på, at inddragelse – hvis det er organiseret og implementeret systematisk i hele systemet, så *alle* patienter bliver mødt i deres individuelle behov og præferencer – potentielt mindsker uligheden i sundhed. Det skyldes, at behandling og pleje på den baggrund i højere grad kan målrettes til den enkeltes behov, ressourcer og kompleksitet (Coulter 2011). Hvis inddragelse sker systematisk, vil alle typer af patienter opfordres til at udtrykke behov og præferencer. På den måde er det ikke kun de ressourcestærke patienter, der får adgang til og gavn af individuelt tilpasset behandling og pleje.

Danske Patienters Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har i 2019 foretaget en afdækning af litteraturen om brugerinddragelse og ulighed (ViBIS 2019a). Der er generelt sparsom viden på feltet, men reviews af effekterne ved brug af metoden fælles beslutningstagning viser, at hvis patienter inddrages systematisk – så *alle* patienter får mulighed for at blive inddraget – vil det formentlig gavne de sårbare patienter mere og dermed have potentiale til at mindske den sociale ulighed i sundhed. Det gælder især, hvis indsatserne i sundhedsvæsenet målrettes patienternes sundhedskompetenceniveau.

Organisatorisk inddragelse af sårbare patienter kan give en stemme til de mennesker, der normalt ikke medvirker i beslutningsprocesser. Det kan føre til positive forandringer. Det kræver dog en nøje planlagt proces og en facilitering af samarbejdet, hvor man tager højde for patienternes situation og ressourcer.

6 Litteratur

- Ahlmark N, Sørensen I, Davidsen M & Ekholm O. (2018): *SUSY Udsat 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Christiansen SL. (2015): *Paradoks: Inddragelse kan øge uligheden i sundheden*. København: Sygeplejersken. 2015 (12): 28-29.
- Coulter A. (2011): *Engaging patients in healthcare*. Open University Press.
- Coylewright M, Branda M, Inselman JW, Shsh N, Hess E, LeBLanc A, Montori VM, Ting HH. (2014): *Impact of sociodemographic Patient Characteristics on the Efficacy of Decision Aids – Patient-Level Meta-Analysis of 7 Randomised Trails*. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014 7;360-367.
- Danske Regioner (2017): *Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering*. København.
- Det Etske Råd (2018): *Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen*. København.
- Diderichsen F. (2006): *Ulighed i sundhed – et skæringspunkt mellem etik, epidemiologi og politik*, i Vallgård, S & Koch, L. (Eds.) (2006): *Forskel og lighed i sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Diderichsen F, Andersen I & Manuel C. (2011): *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Diderichsen F. (2019): Præambel, i Olsen MH, Kjær TK & Dalton SO (2019): *Social Ulighed i Kræft i Danmark*. Hvidbog. Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning.
- Friis K, Lasgaard M, Osborne RH & Maindal HT. (2015): *Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: A population survey of health literacy 29 473 Danish citizens*. *B M J Open*, 6(1), 1-10
- Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O & Christensen AI. (2018): *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København: Sundhedsstyrelsen
- Jönsson ABR. (2018): *Aging with Multimorbidity. Illness and Inequity in Everyday Life*. København: Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet.
- Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE & Friis K. (2018): *Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for regioner og kommuner (Bind 1)*. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland.
- Lægeforeningen (2018): *Investér i sundhed*.

- 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.
- 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*. København.
- Vallgård S. (2006): *Hvad er social ulighed i sundhed? – om kategoriseringers betydning*, i Vallgård, S & Koch, L. (Eds.) (2006): *Forskel og lighed i sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Vallgård S. (2018): *Professor til Cepas: I taler uligheden væk fremfor at forholde jer til den*. Altinget:Sundhed, 22. november 2018. <https://www.alinget.dk/sundhed/artikel/professor-til-cepas-i-taler-uligheden-vaek-fremfor-at-forholde-ger-til-den>
- Vedsted P. (2017): *Social ulighed i multisygdom*, i Frølich A, Olesen F & Kristensen, I. (Eds.): *Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng*.
- ViBIS (2018): *MANIFEST for brugerinddragelse*. København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet
- ViBIS (2019a): *Brugerinddragelse og ulighed*. København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet.
- ViBIS (2019b): *Effekter af individuel brugerinddragelse – hvad siger litteraturen?* København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet.
- ViBIS (2019c): *Organisatorisk brugerinddragelse – hvorfor?* København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. (2017): *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)*. Cochrane Database for Systematic Reviews.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2018): *Lægedækning i hele Danmark. Status på lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning*.
- Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O & Christensen AI. (2018): *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. Tabel 3.1.2 og tabel 2.1.1. København: Sundhedsstyrelsen.