



ULIGHED I SUNDHED
2021

Social ulighed i sundhed kan bekæmpes



LÆGEFORENINGEN





INTRODUKTION

Den nuværende ulighed i sundhed er uacceptabel

Social ulighed i sundhed¹ er et væsentligt problem i Danmark. Hvis man har kort uddannelse eller lav indkomst, så har man en større risiko for både fysisk og psykisk sygdom end resten af befolkningen. Og hvis man bliver syg, er konsekvenserne værre og overlevelseschancerne dårligere end for dem, der har en lang uddannelse og en høj indkomst (3,4).

Dårligt helbred forringer livskvaliteten og friheden til at leve det liv, man sætter pris på (5). Ulighed i sundhed handler derfor ikke kun om helbred. Det handler også om, at nogle grupper – som konsekvens af en social position – har reduceret livskvalitet og dårligere mulighed for at leve de liv, de ønsker sig.

Den form for ulighed i sundhed er uacceptabel. Formålet med lægers virke er at fremme sundhed og livskvalitet, og ”lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige” (6) er et fundamentalt element i de principper, vi lever efter (7). Derfor er kampen imod ulighed i sundhed en bunden opgave for læger, og vi ved heldigvis allerede meget om, hvordan den kan løses (8).

Reduktion af ulighed i sundhed kræver tidlige indsatser – først og fremmest uden for sundhedsvæsenet

Læger skal gå forrest i kampen mod ulighed i sundhed. Både når vi møder patienterne, og når vi er med til at bestemme, hvordan sundhedsvæsenet skal indrettes.

Vi skal blive bedre til at adressere alle patienters behov

og bruge vores kræfter dér, hvor behovet er størst, snarere end dér, hvor patienterne har de rette kompetencer og betingelser for at kunne spørge efter hjælp.

Meget ansvar ligger altså hos læger, men uligheden opstår ofte længe før, borgeren får kontakt med sundhedsvæsenet. Derfor er der behov for flere indsatser, som kan give alle børn en god start på livet, uden fattigdom og med trivsel i skolen og i hjemmet, hvilket er en forudsætning for sunde og mindre sygdomsramte liv. Sidst men ikke mindst, skal vi fastholde fokus på den strukturelle forebyggelse. Samfundsstrukturer skal være rammesættende for mere sundhed og mindre sygdom. Det skal for eksempel være både dyrere og mere besværligt at blive afhængig af tobak og alkohol i Danmark, hvorimod det skal være nemmere og billigere at leve og spise sundt.

Formålet med denne politik

Med denne politik vil Lægeforeningen pege på initiativer på samfundsniveau, i sundhedsvæsenet og hos lægen, som kan reducere uligheden i sundhed og bidrage til:

- at alle borgere behandles ligeværdigt og prioriteres lige højt, uanset social position.
- at sundhedsniveauet særligt bliver løftet i de grupper, hvor uligheden rammer hårdest.

¹ I denne politik har Lægeforeningen fokus på social ulighed i sundhed, forstået som ulighed i sundhed mellem grupper defineret primært gennem uddannelseslængde og indkomst. Der findes mange andre former for ulighed i sundhed, herunder fx at personer med psykisk sygdom oftere rammes af somatisk sygdom end resten af befolkningen (1). Mange af de tiltag, vi anbefaler i denne politik, vil også reducere den ulighed i sundhed, som personer med psykisk sygdom i dag oplever, og yderligere forslag til forbedringer for denne gruppe kan ses i Lægeforeningens psykiatriudspil (2)



Overblik over forslag til reduktion af social ulighed i sundhed:

NØDVENDIGE INDSATSER PÅ SAMFUNDSNIVEAU

1. Forebyg ulighed i sundhed med en folkesundhedslov
2. Styrk børns muligheder for at leve et godt og sundt liv uden fattigdom
3. Gør sundhedsskadelige varer dyrere og sund kost billigere
4. Styrk trykke rammer for fysisk aktivitet
5. Giv sårbare nye børnefamilier en målrettet indsats fra svangreomsorgen og sundhedsplejen
6. Giv alle børn mulighed for at afslutte skolen med et godt fagligt fundament
7. Styrk borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet gennem et tættere samarbejde mellem læge, sundheds- og socialforvaltning
8. Tilpas digitale løsninger efter borgerens kompetencer og adgangsmuligheder
9. Styrk forskning i, hvordan vi bedst bekæmper ulighed i sundhed

NØDVENDIGE INDSATSER I SUNDHEDSVÆSENET

10. Brug den patientansvarlige læge og støttepersoner til at reducere frafald fra forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb
11. Reducér brugerbetaling for sundhedsydelse
12. Reducér egenbetaling af medicin, og gør tilskudssystemet enklere
13. Sørg for lægedækning i områder, hvor behandlingsbehovet er størst
14. Koordinér og tilpas sundheds- og socialydelser til patienter med multisygdom
15. Tilpas adgang til sundhedsvæsenet for de borgere, der ikke selv er opsøgende

NØDVENDIGE INDSATSER I LÆGENS MØDE MED PATIENTEN

16. Udvid lægens mulighed for at tilbyde tilpassede patientforløb til grupper med særlige behov
17. Styrk lægens kompetencer til at møde alle patienter



NØDVENDIGE INDSATSER PÅ SAMFUNDSNIVEAU

1.

Forebyg ulighed i sundhed med en folkesundhedslov

Personer med kortere uddannelse oplever mere sygdom, mærker større konsekvenser af sygdom og dør tidligere end personer med længere uddannelse. Uligheden starter tidligt, allerede inden fødsel, og forstærkes gennem hele livet af faktorer som familie-, skole-, bolig- og arbejdsmarkedsforhold. Sundhedsvæsenet ser ofte først konsekvenserne, når personen – typisk i voksenalderen – har udviklet alvorlige sundhedsproblemer, og der er det svært at ændre fundamentale forudsætninger for et sundt liv uden sygdom (9).

Hvis uligheden skal reduceres, er det derfor afgørende at arbejde ud fra et forebyggelsesperspektiv på tværs af

sektorer, myndigheder og politikområder. Det kan en folkesundhedslov facilitere (10). Med en folkesundhedslov i Danmark vil målet om lighed i sundhed blive løftet op på den politiske dagsorden og sikre et tværgående ansvar. Et godt helbred er ikke kun et mål i sig selv, men også et middel til et bedre uddannelsesforløb og indsats på arbejdsmarkedet, så også derfor er en folkesundhedslov relevant på mange politikområder. Endelig bør en folkesundhedslov bidrage til at eliminere den børnefattigdom, som vi ved er skadelig for børns helbred på både kort og lang sigt (11).



2.

Styrk børns muligheder for at leve et godt og sundt liv uden fattigdom

Fattigdom i barndommen² rammer oftest de børn, der har forældre med ingen eller kort uddannelse (11). Disse børn har dårligere forudsætninger for at leve et godt og sundt liv sammenlignet med andre børn, idet fattigdom i barndommen har konsekvenser for helbred, uddannelse og indkomst. Børn, der lever i fattigdom, har oftere brug for ekstra støtte, da de udsættes for faktorer, der i betydelig grad påvirker børns liv negativt. Det gælder f.eks. at bo i et udsat boligområde eller at være barn af en forælder, der er arbejdsløs, straffet eller lider af psykisk sygdom (11).

De sociale ydelser i Danmark bør have et mindstniveau og indrettes, så ingen børn vokser op i fattigdom. Sideløbende skal der igangsættes indsatsér, der styrker børns muligheder for at leve et godt og sundt liv. Indikatorer som for tidlig fødsel, lav fødselsvægt samt højt sygefravær og psykiske symptomer i skolealderen øger

risikoen for dårlig trivsel og miljø i barndommen (12). Disse indikatorer – som er overrepræsenteret blandt børn fra familier med lav indkomst – kan og skal derfor opspores, så relevante tilbud kan igangsættes (13). For at styrke børns muligheder for at leve et godt og sundt liv skal der være mere systematik omkring svangreomsorgens tilbud, herunder at de bliver mere opsøgende og fastholdende – særligt over for mødre med kort uddannelse. Der skal sendes automatiske påmindelser ud på børneundersøgelser og vaccinationer på den platform, familien selv ønsker (f.eks. på sms), og der skal allerede under graviditetens begyndelse tilbydes målrettede forældrestøtteprogrammer til de familier, der har brug for ekstra støtte. Derudover er der også behov for målrettede indsatsér i daginstitutioner og skoler for at forbedre kognitive, sociale og motoriske færdigheder hos de sårbare børn.

² Børnefattigdom er defineret som en husstandsindkomst <50% af medianindkomsten (11)



3.

Gør sundhedsskadelige varer dyrere og sund kost billigere

Der er stor ulighed i sundhedsadfærd³ i Danmark. Sundhedsadfærd stod i 2017 for ca. 1/3 af sygdomsbyrden, hvor personer med kort uddannelse ryger mere, tager mere skade af rygning, har et mere skadeligt alkoholforbrug og en lavere fysisk aktivitet sammenlignet med personer med lang uddannelse (15).

Strukturel forebyggelse skal derfor opprioriteres, idet der er stærk evidens for, at adfærdsinterventioner ift. pris, markedsføring og tilgængelighed både er effektive og reducerer uligheden i sundhed (16). Der skal ske ændringer på følgende områder:

- **Tobak og nikotin:** Hæv prisen på tobak til 90 kr. pr. pakke, og hæv prisen på alle øvrige tobaks- og nikotinprodukter tilsvarende. Gør rygestopmedicin gratis. Håndhæv aldersgrænsen for køb af tobak og nikotin. Omfat e-cigaretter af rygeloven.
- **Alkohol:** Hæv aldersgrænsen for salg af alle typer alkohol til 18 år. Indfør minimumspriser pr. genstand. Udfas alkohol på ungdomsuddannelserne.
- **Kost:** Gør fødevarer såsom fisk, frugt og grønt billigere, og produkter med højt indhold af fedt, salt og sukker dyrere. Begræns saltindholdet i færdigretter og fastfood via lovgivning.

³ Ved sundhedsadfærd forstås: "En adfærd, som patienter og andre borgere bevidst eller ubevidst udviser, og som påvirker deres livsstil og dermed deres sundhed" (14)



4.

Styrk trygge rammer for fysisk aktivitet

Der er social ulighed i adgang til natur og grønne områder (17). Personer med kort uddannelse og lav indkomst bor oftere i udsatte boligområder, hvor der er mangel på grønne områder, legepladser samt gang- og cykelstier. Adgangen til natur og grønne områder har betydning for både børn og ældres fysiske aktivitetsniveau (17). Jo færre grønne områder, jo mindre motion dyrkes (18), hvilket har konsekvenser for børns motoriske og kognitive udvikling samt såvel børn som voksnes risiko for overvægt, livsstilssygdomme og dårlig mental sundhed.

Der er evidens for, at adgang til grønne områder, boldbaner, cykelstier m.m. i lokalområdet kombineret med

information, lokale kampagner og gratis fritidstilbud, får flere til at være fysisk aktive og kan bidrage til mindre ulighed i sundhed (17,19). I byplanlægningen skal kommunerne inddrage dette aspekt, sådan at der i såvel nye som ældre boligområder med en større repræsentativ andel af udsatte borgere etableres rammer, der fremmer fysisk aktivitet i form af gang, løb og cykling. Ud over gode fysiske rammer bør samarbejdet mellem kommunerne og det lokale foreningsliv udvikles for at gøre fysisk aktivitet lettilgængeligt og gratis i nærområdet. Herudover bør fysisk aktivitet i form af leg, sport eller anden fysisk aktivitet også være faste, daglige elementer i daginstitutioner, fritidsordninger og skoler.



5.

Giv sårbare nye børnefamilier en målrettet indsats fra svangreomsorgen og sundhedsplejen

Barnets sundhed og udvikling i fosterperioden og under de første leveår er knyttet til forældrenes sociale position, herunder særligt forældrenes uddannelseslængde (12). Sammenhængen ses eksempelvis i forhold til vaccinedækning, hvor moderens uddannelseslængde har betydning for, om barnet deltager i det danske børnevaccinationsprogram. Det er især moderens trivsel, der har indflydelse på barnets trivsel: Mødre med kort uddannelse har højere risiko for at være fysisk, psykisk og socialt sårbare, hvilket øger risikoen for utilstrækkelig udvikling og trivsel hos barnet og dermed øget risiko for sundhedskomplikationer senere i barnets liv (20).

Kommuner og regioner skal derfor tilbyde sårbare familier med små børn og ikke mindst familier, der lever i fattigdom, en målrettet indsats, f.eks. via sundhedsplejen. Indsatserne skal tilbydes allerede under graviditeten, hvor sårbare gravide i højere grad skal inddrages og få gavn af svangreomsorgens tilbud. En mulig tilgang er at udbrede den konkrete model for tværsektorielt samarbejde med sårbare gravide og deres partnere, der er udarbejdet af Region Nordjylland (21). Tilbuddene er foregået tæt på familiernes bopæl, og de har løbende kunnet kommunikere med fagpersoner på de mest anvendte platforme, som SMS og Facebook.

Også efter endt graviditet, fødsel og barsel skal sårbare familier inddrages i målrettede tilbud, som f.eks. forældre støtteprogrammer (22). Formålet med indsatsen er at styrke børnenes trivsel og forudsætninger for at få en god opvækst ved f.eks. at vurdere, hvorvidt børnene har behov for ekstra støtte i daginstitutioner eller ved pædagogisk psykologisk rådgivning.

Der skal derudover sikres gode overgange, når barnet skifter fra én institutionstilknytning til en anden, så tillid bevares, og viden om barnets og familiens behov overdrages. En god overgang kan f.eks. sikres ved en dialog mellem familie, jordemoder, sundhedsplejerske og socialforvaltning allerede under graviditeten, da dialogen vil være et godt grundlag for samarbejdet efter barnets fødsel. Endelig kan barnets forudsætninger styrkes ved at indføre automatisk tilpasset indkaldelse (f.eks. på sms) til børneundersøgelse og vaccination i almen praksis. Automatisk, tilpasset digital indkaldelse kan bidrage til en øget børneundersøgelser- og vaccinationsdækning blandt børn og unge af kortuddannede forældre (20).



6.

Giv alle børn mulighed for at afslutte skolen med et godt fagligt fundament

Der er social ulighed i uafsluttet skolegang, idet børn af kortuddannede forældre har øget risiko for ikke at afslutte skolen (23). Konsekvenserne ved uafsluttet skolegang er, at børn får svært ved at få adgang til og begå sig i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet senere i livet, hvilket er en væsentligt risikofaktor for dårligt helbred (13).

Forældres uddannelsesniveau bør ikke have konsekvenser for deres børns helbred senere i livet. Der er derfor behov for styrkede indsatsér over for børn med højt sygefravær, da de er i en særlig risikogruppe for

ikke at afslutte skolen. En styrket indsats kan resultere i, at en højere andel børn og unge gennemfører grundskole og ungdomsuddannelse, hvilket har beskyttende effekt over for sygdom senere i livet. Et vigtigt led heri er at forbedre samarbejdet om tidlig opsporing af børn og unge på tværs af almen praksis, kommunale forvaltninger, pædagogisk psykologisk rådgivning og børne- og ungdomspsykiatrien. Det vil bidrage til, at flere børn og unge, der har forstadier til eller har psykisk sygdom, udviklingsforstyrrelse eller misbrug får tidlig støtte, så de fastholdes i skolen.



7.

Styrk borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet gennem et tættere samarbejde mellem læge, sundheds- og socialforvaltning

Der er social ulighed i tilknytning til arbejdsmarkedet, hvor borgere med både kort uddannelse og dårligt helbred har øget risiko for at forlade arbejdsmarkedet og ikke vende tilbage. Det kan udvikle sig til en nedadgående spiral, idet manglende tilknytning til arbejdsmarkedet øger risikoen for dårligt helbred, hvilket igen øger risikoen for flere sygedage og i sidste ende mistet erhvervsevne. Arbejdsmarkedet og arbejdsmarkedets parter kan spille en vigtig rolle i at sikre social lighed i sundhed. Erfaringen viser nemlig, at høje arbejdskrav kan presse ansatte med nedsat arbejdsevne ud af en tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket bidrager til den ulighed i sundhed, der eksisterer i dag (24).

Det kræver derfor et tæt samarbejde mellem læge, sundheds- og socialforvaltningen at få borgere uden beskæftigelse ind på arbejdsmarkedet på en hensigtsmæssig måde, der passer til borgerens situation og kompetencer, og som ikke på forhånd er fastlagt efter administrative procedurer.

En tilbagevenden til arbejdsmarkedet vha. fleksible arbejdskrav har vist sig at mindske uligheden i tilknytningen til arbejdsmarkedet for borgere med sundhedsudfordringer (25). Der skal derfor udvikles sundhedsindsatser, der integrerer sundhedsfaglige, socialfaglige og beskæftigelsesmæssige kompetencer for at støtte den sårbare og sygdomsramte borger bedst muligt. Som en del af borgerens behandlingsplan bør – hvor det er muligt – gode fysiske, økonomiske og psykiske rammer for beskæftigelse indgå (26,27).

For at undgå at patientforløb ikke kommer i gang eller afsluttes, fordi patienten ikke er mødt op, skal sundhedsvæsenets aktører have mulighed for at tilbyde differentierede indsatser, der tager højde for patientens forudsætninger og ønsker. Dette gælder især patienter, der f.eks. på grund af misbrug eller psykisk sygdom, ikke møder op til aftaler eller på anden måde udviser nedsat compliance til sundhedsvæsenets struktur.



8.

Tilpas digitale løsninger efter borgerens kompetencer og adgangsmuligheder

Den digitale udvikling – også i sundhedsvæsenet – har givet mange borgere større fleksibilitet i forhold til adgang, overblik og mere inddragelse i deres egen sygdom og behandling. Imidlertid er ca. 10 % af den danske befolkning fritaget for brug af NemID/MitID, fordi de ikke har computere, mangler it- eller sproglige kompetencer eller har fysiske eller kognitive funktionsnedsettelse, der gør, at de ikke kan modtage digital post (28).

Dertil kommer, at borgere med lav indkomst og kort uddannelse tjekker sundhedsdata i langt mindre grad end andre grupper (28,29). Dette indikerer, at disse grupper også bruger de øvrige digitale løsninger i mindre omfang, hvilket stemmer overens med Digitaliseringsstyrelsens undersøgelse, der påpeger, at i alt 17-22 % af befolkningen er digitalt udsatte, fordi de har svage digitale, administrative eller dansksproglige kompetencer (30). Gruppens digitale udfordringer er derfor meget forskellige, og de benytter med stor variation det offentlige – og dermed også sundhedsvæsenets – digitale løsninger. Konsekvensen er, at de går glip af indkaldelser til sundhedstjek,

behandling og opfølgning, hvilket både er urimeligt og uhensigtsmæssigt (30).

For at digitaliseringen ikke skal øge uligheden i sundhedsvæsenets tilbud og dermed på sigt også ulighed i behandling, er der behov for tilbud, som er tilpasset digitalt udsatte borgere, der f.eks. ikke reagerer på elektroniske indkaldelser, eller som ikke selv er opsøgende i forhold til sundhedsvæsenet. Adgang og kontakt med sundhedsvæsenet skal tilpasses patientens behov og kompetencer (30). Hvis adgangen skal være digital, skal borgerne have mulighed for at vælge, hvilken platform eller digitalt device adgangen skal ske på. Derudover skal de instanser, der kommunikerer med borgeren, tilbyde konkret, personlig støtte til borgere med svage digitale, administrative og dansksproglige færdigheder samt tilbyde anden form for kommunikation med sundhedsvæsenet til de borgere, der er fritaget for eller ikke har adgang til digitale løsninger og platforme. Det kan f.eks. være et tilbud om at modtage telefonopkald, SMS eller traditionelle breve.



9.

Styrk forskning i, hvordan vi bedst bekæmper ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed er et veldokumenteret fænomen, og årsagerne til uligheden er velbeskrevne (31). Men effektiv bekæmpelse af denne ulighed forudsætter forskningsbaseret viden om hvilke indsatser, der bedst og mest omkostningseffektivt løfter sundhedsniveauet for borgere med kort uddannelse og lav indkomst. Den viden har vi i et vist omfang i dag, men ofte kommer den fra udenlandske studier, hvis konklusioner ikke nødvendigvis kan overføres direkte til en dansk kontekst (32). Denne usikkerhed kan betyde, at forsøg på at komme uligheden til livs ikke virker efter hensigten, eller at der bruges for mange ressourcer på at opnå for små forbedringer hos de borgere, der har mest brug for et løft.

Der er derfor brug for mere dansk forskning i, hvilke interventioner der mest effektivt bekæmper social

ulighed i sundhed. F.eks. er der brug for forskning, der belyser, hvordan samarbejdet mellem medicinsk og socialt arbejde kan styrkes for at bekæmpe ulighed i sundhed, ligesom der er behov for forskning, der undersøger sammenhængen mellem somatisk og psykisk sygdom, og hvordan interventioner i forhold disse sygdomsgrupper påvirker hinanden indbyrdes (33). Det kræver, at regeringen, regionerne og universiteterne afsætter midler til forskningsprojekter, der kan skabe den nødvendige evidens. Og så kræver det, at læger og andre sundheds- og samfundsvidenskabelige forskere vælger at lægge deres forskningsindsats inden for dette område, så vi kan få et mere solidt fundament for at bekæmpe uligheden.



NØDVENDIGE INDSATSER I SUNDHEDSVÆSENET

10.

Brug den patientansvarlige læge og støttepersoner til at reducere frafald fra forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb

Personer med kort uddannelse og lav indkomst benytter sig, ligesom personer med psykisk sygdom, i mindre omfang af sundhedstilbud som screening for livmoderhalskræft, tyk- og endetarmskræft sammenlignet med resten af befolkningen (34). De møder også i mindre grad op til opfølgningstest efter screening, og modtager i mindre omfang vaccinationer og nødvendige behandlinger. Dertil kommer, at de har et større frafald fra behandling og i mindre grad bliver henvist til rehabilitering. Denne ulighed i deltagelse og frafald fra anbefalede sundhedsydelse kan resultere i forsinket diagnose eller forværring af allerede eksisterende sygdom (35).

For at udligne denne ulighed i sundhed har den patientansvarlige læge en særlig opgave i at koordinere og tilpasse – især den sårbare – patients forløb gennem det samlede udrednings- og behandlingsforløb.

Herudover kan støttepersoner, som f.eks. en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent, fungere op-søgende og støttende for patienten, og dermed bidrage til en øget deltagelse og et mindre frafald fra behandlingsforløb blandt personer med kort uddannelse og lav indkomst. Patienten skal tilbydes støtte efter konkret indstilling fra sin læge ud fra en individuel vurdering, som bygger på viden om sammenhængen mellem sociale faktorer og frafald fra forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb. Denne form for støtte kan være med til at reducere social og etnisk ulighed i screening. Dertil kommer, at støtten opleves som positiv af sårbare patienter, der har svært ved at navigere i komplicerede behandlingsforløb (35). Det gælder f.eks. patienter med multisygdom, der deltager i flere behandlingsforløb, som foregår på tværs af sektorer.



11.

Reducér brugerbetaling for sundhedsydelser

Brugerbetaling øger social ulighed i sundhed, idet betalingen får patienter med lavere indkomster til at afholde sig fra at søge behandling (36). Det gælder et helt centralt område som egenbetaling på nødvendig receptpligtig medicin, men også andre sundhedsydelser som tolkning, fysioterapi, ergoterapi, psykologbehandling og tandlæge, hvilket kan have alvorlige sundhedskonsekvenser for de patienter, der undlader behandling (37).

Hvis brugerbetalingen i sundhedsvæsenet reduceres, vil der opnås større lighed i adgangen til sundhedsydelser og dermed en større lighed i sundhed (36). Tolke-

gebyret bør afskaffes, og egenbetaling på medicin bør reduceres og indkomstgraderes eller ideelt set helt fjernes. Derudover bør det undersøges, i hvilket omfang brugerbetaling på andre sundhedsrelevante ydelser, herunder tandpleje, kan afskaffes eller indkomstgraderes, så alle borgere får ensartet mulighed for at forebygge sygdom og påbegynde nødvendige behandlingsforløb. Ressourcer, der anvendes til at reducere brugerbetaling, bør ikke tages fra de øvrige sundhedsydelser.



12.

Reducér egenbetaling af medicin, og gør tilskudssystemet enklere

Egenbetaling på medicin kan være årsag til, at patienter med lavere indkomst er nødsaget til at undlade at købe receptpligtig medicin. Og det nugældende medicintilskudssystem skaber social ulighed i sundhed på grund af det svingende tilskud. Det svingende tilskud kan nemlig betyde, at nødvendig behandling undlades i de perioder, hvor tilskuddet er mindst, hvilket øger risikoen for tilbagefald i sygdom (38).

Alle patienter skal have adgang til den medicin, de har brug for, og derfor bør egenbetaling på medicin reduceres og indkomstgraderes eller ideelt set afskaffes. Her

og nu skal medicintilskudssystemet justeres, så borgerne ikke oplever stor variation i egenbetalingen, når tilskudsåret udløber, og tilskudssatsen nulstilles. Det kan gøres ved at indføre en abonnementsordning, hvor den maksimale årlige egenbetaling fordeles i lige store acontobetaling pr. måned. Ordningen skal ligeledes sikre borgeren frit valg til køb af medicin på ethvert apotek modsat den eksisterende henstandsordning, der fastholder patienten til køb på samme apotek.

Endeligt skal det gøres nemmere og mindre bureaukratisk for praktiserende læger at søge om medicintilskud til relevante patienter.



13.

Sørg for lægedækning i områder, hvor behandlingsbehovet er størst

Udfordringerne med at sikre lægedækning er størst i de områder, hvor de mest syge og mindst ressourcestærke borgere bor, og hvor behandlingsbehovet er størst (39).

Det kan betyde, at borgere, der bor i landets yderområder eller i socialt belastede byområder med mange lave indkomster og højere sygeforekomst, kan have svært ved at få adgang til en fast alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge (3). Den dårligere adgang til en fast læge kan resultere i diagnoseforsinkelser og forværing af allerede eksisterende sygdomme.

Lighed i adgang til sundhedsydelser kræver derfor en ekstra allokering af ressourcer, som er rettet mod de geografiske områder, hvor behovet for sundhedsydelser er størst (40). Der skal være god adgang til alment praktiserende læger og speciallæger i hele landet, så borger-

ne med størst behov får lettere adgang til lægehjælp af høj kvalitet i deres nærområde. En tilgang er, at man i praksisplanlægningen inddrager afstanden til sygehus som parameter, samt at kommunernes samarbejde med både almen praksis, speciallægepraksis og hospitalerne styrkes i det nære sundhedsvæsen. Derudover er der et særligt behov for at styrke lægedækningen i socioøkonomisk mindre privilegerede områder, f.eks. via modeller for at tildele praktiserende læger med socialt udsatte patienter flere ressourcer per indskrevet patient (41). Endelig skal der skabes hjemmel i sundhedsloven til, at regionerne kan indgå regionale aftaler med PLO eller eventuelt individuelle læger med henblik på at fastholde og rekruttere praktiserende læger.



14.

Koordinér og tilpas sundheds- og socialydelser til patienter med multisygdom

Borgere med kort uddannelse og lav indkomst rammes oftere af to eller flere somatiske eller psykiatriske sygdomme. Forskning peger på, at multisyge patienter udvikler nye sygdomme hurtigere end raske, og blandt yngre multisyge er der en større forekomst af misbrug (42). Multisygdom er ikke bare en fysisk, men også en mental og økonomisk belastning for patienten. Med multisygdom har man flere forskellige kontaktpunkter til sundhedsvæsenet, og det kræver et overblik, som mange patienter med multisygdomme ikke har. En yderligere kompleksitet er, at sygdom giver anledning til bekymring og kan betyde, at man ikke kan varetage et arbejde og derfor enten skal i revalidering, arbejdsprøvning eller overgå til pension. Resultatet er desværre også ofte manglende compliance og yderligere forringet livskvalitet.

Der er derfor behov for den patientansvarlige læge, der sørger for at koordinere og tilpasse patientens forløb

på sygehuset, men der er også brug for flere enheder, der arbejder med udredning og behandling af patienter med multisygdom. For det første vil en professionel koordinering af udredning og behandling give bedre resultater for den enkelte borger, og for det andet vil det kunne gøre koordinering af sygdomsforløbet mindre afhængigt af den enkelte borgers og dennes pårørendes ressourcer (43,44).

Herudover skal patienter med multisygdom have én indgang til sundhedsvæsenet, så patienten har én kontakt, der samler og koordinerer viden mellem praktiserende læge og f.eks. et regionalt ambulatorium med speciale i multisygdom samt den kommunale opfølgning i form af såvel daglig pleje, rådgivning og revalidering (35,45). Hertil kommer, at der er behov for klar koordinering mellem sundheds- og socialforvaltning.



15.

Tilpas adgang til sundhedsvæsenet for de borgere, der ikke selv er opsøgende

Borgere med svær psykisk sygdom, personer med en indvandrer- eller flygtningebaggrund og LGBT+-personer opsøger i mindre grad sundhedsvæsenet (46-50). Og når de opsøger sundhedsvæsenet, har mange en oplevelse af at blive mødt med uvidenhed eller i værste fald modstand. Konsekvensen er, at der blandt disse grupper er en overrepræsentation af sent opdagede, alvorlige sygdomme. Hertil kommer, at der i nogle af de sårbare grupper er større forekomst af misbrug og psykisk sygdom (49,50).

For at nå de borgere, der af forskellige årsager ikke selv er opsøgende, må sundhedsvæsenet række ud og gøre adgangen nemmere. Sundhedstilbuddene skal være der, hvor borgerne er, både i forhold til bopæl og i forbindelse med væresteder, jobservice, socialforvaltning, lokalmiljøet og på uddannelser. For særligt sårbare og udsatte kan der også være behov for opfølgende indsatser, f.eks. efter behandling på akutafdeling.

Derudover er der behov for videncentre, der på tværs af sektorer og faggrupper skal rådgive læger i primær og sekundær sektor om indsatser for de borgere, der f.eks. pga. etnicitet, seksualitet eller afhængighed oplever sig marginaliseret af sundhedsvæsenet og derfor ikke opsøger sundhedsvæsenet (51).

Sundhedsprofessionelle – om det er på den enkelte afdeling eller i praksis – kan ikke vide alt, og derfor skal der være let adgang til videncentrene, som kan støtte og vejlede den enkelte læge eller anden sundhedsprofessionelle. Derudover skal læger også have kendskab til, hvordan borgere, der har behov for det, kan få faglig og støttende bistand i forbindelse med udredning og behandling, som f.eks. hos indvandrermedicinske klinikker.



NØDVENDIGE INDSATSER I LÆGENS MØDE MED PATIENTEN

16.

Udvid lægens mulighed for at tilbyde tilpassede patientforløb til grupper med særlige behov

Personer, der har en kort uddannelse, eller som tilhører en minoritetsgruppe bruger sundhedsvæsenet mindre og får dårligere behandling, når de opsøger en læge eller sundhedsvæsenet (46,47,50,52). Det samme gælder for borgere med psykisk sygdom. Konsekvensen er, at disse borgere venter længere tid med at gå til lægen og dermed komme i behandling, hvilket øger risikoen for dårligere behandlingsresultat og livskvalitet. Læger har som brobyggere og repræsentanter for sundhedsvæsenet en vigtig opgave i at udligne uligheden i patienters møde med sundhedsvæsenet.

Læger skal kunne tilbyde individualiserede og differentierede forløb. Det kan f.eks. være mere tid til konsultationer til udsatte patienter, adgang til gratis og kvalificeret tolkebistand, opfølgning på patienter, der enten ikke møder frem, eller som ikke selv vender tilbage. Dette kræver for det første en større fleksibilitet i forhold til takstsystemet i primærsektoren og til produktionskrav i sekundærsektoren. For det andet skal lægen kunne henvise til klinikker med særlig specialisering inden for udsatte og marginaliserede patientgrupper, som f.eks. indvandrermedicinske klinikker.



17.

Styrk lægens professionelle kompetencer til at møde alle patienter

Ulighed i sundhed kan også opstå i mødet mellem læge og patient. Derfor er mødet med lægen afgørende for patienternes behandlingsforløb. Og endnu mere afgørende for borgere, der kun kontakter læge eller sundhedsvæsen, når det er absolut nødvendigt. Mødet med sundhedsvæsenet kan for nogle være forbundet med skam, usikkerhed og frygt. Andre oplever sig misforstået eller er bange for at blive misforstået. Konsekvensen af denne usikkerhed kan være, at vigtige oplysninger for udredning og behandling bliver tilbageholdt eller kun i mindre grad formidlet. Det betyder i værste tilfælde fejl i eller mangelfuld behandling (53).

For at kunne afdække, hvad det egentlige sygdoms-

lede er, skal alle læger have kompetencer til at opfange patientens eventuelle usikkerhed og barrierer. Derfor bør viden om social ulighed i sundhed og områder som indvandrermedicin, LGBT+ sundhed og somatisk sygdom hos psykiatriske patienter indgå som obligatorisk pensum i universiteternes uddannelse af læger og i den lægelige videreuddannelse (54). Ligeledes skal kompetencer i inddragende kommunikationsteknikker løbende udvikles under lægers uddannelse. Herudover bør patientforståelse og -inddragelsesteknikker indgå som emner i den livslange kompetenceudvikling for alle læger med patientkontakt.



Litteratur

1. Natalie C. Momen et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. april 2020.
2. Lægeforeningen. Lægeforeningens psykiatriudspil. 2021; Tilgængelig hos: <https://www.laeger.dk/psykiatri>
3. Sundhedsstyrelsen. Ulighed i Sundhed - Årsager og indsatser [Internet]. 2011 s. 122-3. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx>
4. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom [Internet]. 2017 s. 4. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/~media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx>
5. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom [Internet]. 2017 s. 18, 19. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/~media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx>
6. Lægeløftet [Internet]. 1815. Tilgængelig hos: Lægeløftet | læger.dk (<https://www.laeger.dk/laegeloftet>)
7. Lægeforeningen. Lægeforeningens etiske principper [Internet]. 2018. Tilgængelig hos: https://www.laeger.dk/sites/default/files/laegeforeningens_etiske_principper_0.pdf
8. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 5.
9. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010 - 2017. 2020.
10. Danske Regioner. TEMA 2019: Ulighed i Sundhed. 2019; Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/sundhed/tema-sundhed-for-alle-boern-og-unges-trivsel/tema-2019-ulighed-i-sundhed>
11. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 18.
12. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 19.
13. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 22, 23.
14. Sundhedsstyrelsen. Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. side 48; 2005.
15. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i Sundhed. 2020 s. 36.
16. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 6, 37.
17. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 33.
18. Sundhedsstyrelsen. Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet. 2019.
19. Maja Pilgaard. Danskernes motions og sportsvaner 2016.
20. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 41
21. NIRAS. Evaluering af ”Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide”. 2017.
22. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 20.
23. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 22.
24. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 46.
25. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 49.
26. Kommunernes landsforening. FÆLLES OM FREMTIDENS SOCIALPOLITIK. 2017 s. 4, 5.
27. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 28, 48.
28. Danmarks Statistik. It-anvendelse i befolkningen 2020 [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/Publikationer/VisPub?cid=29450>
29. Pernille Scholdan Bertelsen. Debat: Ulighed i e-sundhed? [Internet]. 2019. Tilgængelig hos: <https://vbn.aau.dk/en/clippings/debat-ulighed-i-e-sundhed>



Litteratur

30. Digitaliseringsstyrelsen. Digital inklusion i det digitaliserede samfund. 2021.
31. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i sundhed. 2020.
32. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 18, 20, 51.
33. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 51.
34. Pernille Scholdan Bertelsen. Debat: Ulighed i e-sundhed? [Internet]. 2019. Tilgængelig hos: <https://vbn.aau.dk/en/clippings/debat-ulighed-i-e-sundhed>
35. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 44.
36. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 45.
37. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 7.
38. Danmarks Apotekerforening. Flere danskere har svært ved at betale deres medicin [Internet]. 2020. Tilgængelig hos: <https://www.apotekerforeningen.dk/-/media/apotekerforeningen/analyseroekonomi/analyse-af-danskernes-evne-til-at-betale-for-deres-medicin-2020.pdf>
39. Lægedækningsudvalget. Lægedækning i hele Danmark. 2017.
40. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod Ulighed i Sundhed. 2020 s. 7, 45.
41. Signild Vallgård. Hvordan mindsker vi ulighed i sundhed? 2019.
42. Anne Frølich. Hvidbog om MULTISYGDOM Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. 2017 s. 37
43. Anne Frølich. Hvidbog om MULTISYGDOM Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. 2017 s. 14.
44. Christian Ulrich Eriksen. Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom. 2019 s. 48.
45. Anne Frølich. Hvidbog om MULTISYGDOM Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. 2017 s. 25.
46. Morten Sodemann. Det du ikke ved får patienten ondt af. 50-66; 2020.
47. Signe Smith Jervelund. Coming of Age in Exile - Health and socioeconomic inequalities in young refugees in the Nordic welfare societies. 2020.
48. Bjarke Følner et al. Nydanske LGBT-personers levevilkår. 2015.
49. Katrine Bindsbøl Holm Johansen. LGBT-sundhed Katrine Bindsbøl Holm Johansen, Bjarne Laursen, Knud Juel. Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner. 2015 s. 20, 71.
50. Christian Graugaard et al. Sundhed og trivsel blandt danske LGBT-personer [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.maanedsskriftet.dk/arkiv/2014/208/10998/>
51. Nana Folmann Hempler. Veje til etnisk lighed i sundhed. Dansk Selskab for Folkesundhed; 2020 s. 14.
52. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed - Den nationale sundhedsprofil. 2017 s. 107.
53. Morten Sodemann. Det du ikke ved får patienten ondt af. s. 107; 2020
54. Morten Sodemann. Det du ikke ved får patienten ondt af. s. 191; 2020.