

Ulighed i adgangen til sundhedsydelse

Læge Marie Nørredam & professor Terkel Christiansen

STATUSARTIKEL

Københavns Universitet,
Institut for Folkesund-
hedsvidenskab,
Afdeling for Sundheds-
tjenesteforskning, og
Syddansk Universitet,
Forskningsenheden for
Sundhedsøkonomi

Som i mange andre lande er lighed i adgang til sundhedsydelse i Danmark et officielt mål. Således er »let og lige adgang til sundhedsvæsenet« nævnt som et formål i den danske sundhedslovs paragraf to [1]. Lighed i adgang til sundhedsydelse er ligeledes en vigtig grundsten i internationale deklamationer som WHO's Alma Ata-konvention fra 1978, hvor »universel adgang til sundhedsydelse for alle« er et mål [2]. Desuden konstaterer FN's Verdenserklæring om Menneskerettighederne, at adgang til sundhedsydelse er menneskeret; således står der i paragraf 25 stk. 2: »... enhver [har] ret til en sådan levestandard, som er tilstrækkelig til hans og hans families sundhed og velvære, herunder til føde, klæder, bolig og lægehjælp ...« [3]. Lighed i adgang er dog ikke ensbetydende med lighed i sundhed; mens øget lighed i adgang kan bidrage til øget lighed i sundhed, er lige sundhed til lige afhængig af andre faktorer, herunder sundhedsadfærd. Målet med lighed i adgang er at fremme lighed i sundhed.

DEFINITION AF LIGHED I ADGANG

Begrebet »lighed« opfattes ofte som knyttet til retfærdighed snarere end en matematisk lige fordeling af resurser (på engelsk *equity* snarere end *equality*) [4]. Lighed i adgang defineres derfor ofte med udgangspunkt i, at det er behovet for hjælp, der skal være afgørende for adgangen til sundhedsydelse, mens sociale og økonomiske karakteristika anses for uvedkommende. Ud fra denne betragtning er tilfældige forskelle i adgang ikke i sig selv udtryk for ulighed, men det er tilfældet, når adgangen varierer systematisk mellem grupper med forskellige sociale og øko-

nomiske karakteristika, f.eks. når der er ringere adgang for grupper med lav indkomst. Der skelnes i denne forbindelse mellem to typer af lighed [5]. *Horisontal* lighed indebærer ens mulighed for adgang for personer, som har samme behov for hjælp. *Vertikal* lighed indebærer, at personer med større behov har lettere adgang. Det drejer sig først og fremmest om, at de mest syge skal have mest hjælp. Det kan også dreje sig om, at der er behov for separate initiativer for særligt sårbare og marginaliserede grupper i samfundet.

DEFINITION AF BEHOV

I princippet er behov udtryk for, at en person er i en sundhedstilstand, som kunne forbedres gennem en sundhedsydelse. Problemer ved kvantificering af et behovs omfang har imidlertid ført til, at behov måles ved et eller flere udtryk for den aktuelle sundhedstilstand. For eksempel er der i analyser benyttet selv-vurderet sundhedstilstand på en skala eller tilstedeværelse af en kronisk sygdom som et tilnærmet udtryk for behov for ydelse [4, 5].

MÅLING AF ADGANG

Forskellige metoder kan anvendes til at måle ulighed i befolkningens adgang til sundhedsydelse. I princippet drejer det sig om, hvorvidt der er barrierer i adgangen, som varierer systematisk med sociale og økonomiske karakteristika, som ikke vedrører behov. Det vil således kunne betragtes som ulige, hvis adgangen afhang systematisk af indkomst, uddannelse eller transportafstand. Praktiske måleproblemer har ført til, at adgang ofte måles gennem det faktiske *forbrug*, enten udtrykt i antal ydelse eller værdien i kroner som et indirekte udtryk for adgang. Ved forbrugsundersøgelser kan et lavt forbrug reflektere mindre sygelighed eller barrierer i adgangen til sundhedsydelse, f.eks. relateret til etnicitet eller socioøkonomiske status. Ved måling af forbruget som udtryk for adgang ses der bort fra, at forbrug er betinget ikke alene af det selvoplevede behov og adgangen til en første kontakt, men også af hvad der sker efter en henvendelse, og at der i forbindelse med diagnosticering, behandling og rehabilitering også kan opstå systematiske forskelle, der er afhængige af karakteristika hos patient og behandler. For eksempel kan kommunikationen mellem læge og patient være bedre for bor-



FAKTABOKS

Lokalt og globalt er lighed i adgang en fundamental sundhedspolitisk målsætning såvel i sundhedslove som i internationale humanitære dokumenter.

Alligevel viser litteraturen, at der fortsat er ulighed i adgangen til sundhedsydelse, og at disse er knyttet til en række forskellige barrierer.

Forskning bør fortsat fokusere på lighedsmålsætningen – især på potentielt »sårbare« grupper som flygtninge og indvandrere – samt underbelyste »nye sociale barrierer« som betydningen af socialt netværk og evnen til at navigere i et videnssamfund.

Forskning i social ulighed vil kunne understøtte en målrettet politisk indsats med specifikke retningslinjer og interventioner med henblik på at reducere ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet.

gere, der taler og læser samme sprog og har samme kulturelle baggrund [6], hvilket kan medføre hurtigere diagnostisk udredning og et mere hensigtsmæssigt valg af behandling. Andre indirekte effektmål for adgang til diagnostik, behandling og pleje end forbruget af sundhedsydelser kan være kliniske mål i form af *delay* frem til diagnose eller ventetid efter visitation til specialiseret behandling eller pleje.

I en række undersøgelser sammenlignes det faktiske forbrug med et beregnet forbrug, hvor der er korrigeret for køn, alder og sundhedstilstand for at se, om der herefter er forskelle, som afviger systematisk med sociale og økonomiske karakteristika [4, 7, 8].

FAKTORER AF BETYDNING FOR ULIGHED I ADGANG

Lige adgang er søgt sikret gennem bl.a. etablering af Den offentlige Sygesikring af 1973, der sikrede dækning for alle, aftalen af 1976 om fordelingen af praktiserende læger efter befolkningsunderlag og statslige bloktilskud fra 1970 til amterne, så der overalt kunne stilles et ensartet sygehusvæsen til rådighed. Statens finansiering af regionerne er indrettet, så der i princippet kan etableres et ensartet sygehusvæsen i de enkelte regioner. Fravær af brugerbetaling på lægebesøg og hospitalsindlæggelser bidrager til, at der ikke er økonomiske skævheder i adgangen. Der er til gengæld en relativ høj brugerbetaling på især tandbehandling, medicin og hjælpemidler, dog kombineret med offentlige tilskud til mindrebemidlede til dækning af brugerbetalingen. Undersøgelser tyder på, at brugerbetaling for især tandbehandling rammer socialt skævt [9]. Den seneste udvikling med tegning af private sundhedsforsikringer giver adgang til privat behandling ofte uden eller med kort ventetid, hvad der medfører en vis forskel i adgang mellem forsikrede og ikkeforsikrede. Dette er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med ulighed i adgang, idet frivillig tegning af en forsikring mod en præmie er udtryk for en risikoudjævning snarere end en begunstiggelse af de grupper, som ønsker adgang mod betaling. Hvor der er tale om arbejdsgiverbetalt præmier med skattefradrag for arbejdsgiverne, kan det i en vis forstand være udtryk for horisontal ulighed, idet der hermed via skattebegunstiggelse skabes forskel i adgang for personer med samme behov for hjælp.

Blandt formelle barrierer skal det også nævnes, at visse grupper i samfundet – som udokumenterede indvandrere og asylansøgere – ikke har de samme rettigheder til sundhed i forhold til loven som danske statsborgere.

Nyere undersøgelser har i øvrigt fokuseret på, hvorvidt der er en uddannelsesmæssig gradient i adgang og forbrug af sundhedsydelser på trods af, at de

Den sundhedspolitiske målsætning om lighed i adgang til sundhedsydelser udfordres fortsat af en række forskellige barrierer i relation til bl.a. social status og etnicitet.



formelle barrierer er søgt fjernet. Data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY) tyder på, at der er tale om nye sociale barrierer, idet de »veluddannede ofte er bedre til at søge viden, bruge deres netværk, søge problemløsninger og tale med lægen ...« [10]. Ligeledes kan socialt netværk tænkes at have betydning for adgang til sundhedsvæsenet, således forstået at individer med gode sociale relationer oftere kommer til lægen, når de bliver syge, tager ordineret medicin og møder op til aftaler [11]. Et andet eksempel på uformelle barrierer vedrører undersøgelser af flygtninge og indvandrere i Danmark, som tyder på, at uformelle barrierer relateret til kultur, sprog og manglende kendskab til sundhedsvæsenet påvirker adgangen til relevante sundhedsydelser [12, 13]. Disse barrierer kan også være relateret til de sundhedsprofessionelles holdninger til denne gruppe [14].

EKSEMPEL 1: SOCIAL ULIGHED I KRÆFTOVERLEVELSE

Overlevelse er et mål for ulighed i sundhed, og forskelle i overlevelse kan evt. fortolkes som konsekvenser af forskelle i adgangen til sundhedsydelser. Kræftens Bekæmpelse har foretaget en registerkobling, der viser, hvordan social position bredt henover alle kræftformer påvirker den enkelte borgers overlevelse. Registerkoblingen er baseret på 3,2 millioner danske borgere ≥ 30 år, som blev fulgt i perioden 1994-2006. Studiet af alle kræftformer samlet viste, at chancen for at overleve i fem år var 48% blandt højtuddannede mænd og 37% blandt mænd med kort uddannelse. For kvindelige kræftpatienter var femårsoverlevelsen henholdsvis 62% og 50% [15]. Specifikt for brystkræftpatienter var chancen for at overleve i fem år 84% blandt højtuddannede kvinder og 77% blandt kvinder med kort uddannelse [16]. Undersøgelsen viser dog ikke, om komorbiditet indvirker ved at have forskellig prognostisk effekt afhængig af socioøkonomisk status. Resultaterne peger på, at den største sociale forskel for mange kræftformer ses i det første år efter diagnosen, hvilket kan indebære, at uligheden allerede sætter ind tidligt i et kræftforløb i forbindelse med udredning og adgang til bedst mulig behandling.

EKSEMPEL 2: FORSKELLE I BRUG AF SUNDHEDSYDELSE

I en international sammenligning med *survey*-data fra år 2000 fra 21 OECD-lande [8] fandtes, at det horisontale ulighedsindeks for sandsynligheden for benyttelse af alment praktiserende læge ikke viste signifikante forskelle, mens antallet af besøg viste en svag ulighed til fordel for de fattigste. Som i de fleste andre lande var sandsynligheden for konsultationer hos speciallæge samt antallet deraf derimod skævt fordelt til fordel for de mere velstillede. Der fandtes ingen signifikante uligheder med hensyn til benyttelse af hospitalsindlæggelser, men i alle landene fandtes for tandbehandling en ulighed til fordel for de mest velstillede. Tilsvarende resultater fandtes med lidt ældre data. De uligheder, der er fundet for Danmark, viser sig ikke signifikant forskellige fra, hvad der er fundet i de fleste af de øvrige europæiske OECD-lande.

KONKLUSION

Lokalt og globalt er lighed i adgang en fundamental sundhedspolitisk målsætning. Imidlertid viser litteraturen, at der forsat er ulighed i adgangen til sundhedsydelser, og at uligheden er knyttet til en række forskellige barrierer. Forskning bør derfor forsat fokusere på lighedsmålsætningen. Det er her relevant, at man i højere grad anvender en helhedsbetragtning, hvor man eksempelvis i relation til bestemte sygdomskategorier undersøger både diagnostik, behandling, rehabilitering samt overlevelse. Desuden vil det være relevant at fokusere mere på nye potentielt »sårbare« grupper som flygtninge og indvandrere samt underbelyste »nye sociale barrierer« som f.eks. arbejdsmarkedstilknytning, evnen til at navigere i et videnssamfund og betydningen af socialt netværk. En sådan forskning vil kunne understøtte en målrettet politisk indsats med specifikke retningslinjer og interventioner med henblik på at reducere uligheden i adgangen til sundhedsvæsenet i Danmark.

KORRESPONDANCE: Marie Nørredam, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5A, DK-1014 København K. E-mail: m.norredam@pubhealth.ku.dk

ANTAGET: 29. november 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24. juni 2005.
2. WHO. International migration, health and human rights. WHO: Geneva, 2003. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (1. juli 2009).
3. United Nations declaration of human rights. Adopted by the United Nations general Assembly on 10 december 1948. Article 25. <http://www.unhcr.ch/> (1. juli 2009).
4. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. I: Culyer A, Newhouse JP, eds. Handbook of Health Economics 1B. Amsterdam: Elsevier Science, 2000: 1803-1861.
5. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health 2004;58:655-8.
6. Meeuwesen L, Harmsen JA, Bensen RM et al. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? Soc Sci Med 2006;63:2407-17.

7. Gungaard, J. Income-related inequality in utilization of health services in Denmark: Evidence from Funen County. Scand J Public Health. 2006;34(5):462-71.
8. van Doorslaer, Masseria C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. OECD Health Working Papers No 14. OECD: Paris, 2004.
9. Pedersen KM. Sundhedspolitik. beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet. Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2005.
10. Kamper-Jørgensen F, Rasmussen JN. Ulighed i behandling. I: Kamper-Jørgensen F, Curtis T, ed. Den Tunge ende. Dagens Medicin Bøger. København: Dagens Medicin, 2008, 50-55
11. Nausheen B, Gidron Y, Peveler R et al. Social support and cancer progression: a systematic review. J Psychosom Res 2009;67:403-15.
12. Dyhr L. Det almene i det anerledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkisk indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel. København: Central Forskningsenhed for Almen Praksis, 1996.
13. Sonne Nielsen A. Smertelige erfaringer. En antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursiv hegemoni. København: Københavns Universitet, 2005.
14. Michaelsen J, Krasnik A, Nielsen A et al. Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. Scand J Public Health 2004;32:287-95.
15. Dalton SO, Schüz J, Engholm G et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. Eur J Cancer 2008;44:2074-85.
16. Carlsen K, Høybye MT, Dalton SO et al. Social inequality and incidence of and survival from breast cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. Eur J Cancer 2008;44:1996-2002.