

# Sundhedsvæsenets organisation og funktion øger social ulighed i sundhed

Der er en social gradient i risikoen for at blive syg, og i hvordan det går, når man er blevet syg. Den betyder, at mennesker med f.eks. lavere uddannelse eller indtægt lever 5-10 år kortere end de bedrestillede [1]. Bredt i befolkningen ser man altså en stigende sygelighed og dødelighed med faldende social position. Samtidig er der specifikke grupper, f.eks. dem, som har svær psykiatrisk sygdom, der har en særdeles stor risiko for somatisk sygdom og en dårlig prognose. Den sociale gradient i sundhed og de udsatte grupper udgør et særligt fokus for det danske samfund og har stor politisk og sundhedsfaglig bevågenhed og vilje [2].

Paradoksalt nok er forskellene i sundhed accentueret i takt med, at sundhedsvæsenet er blevet mere og mere fokuseret på forebyggelse, behandling og opfølgning af livsstilssygdomme, sammenhængende patientforløb og centralisering. I vores velfærdssamfund med fokus på fordeling af goderne og et socialt ansvar rejser det spørgsmålet, om vores moderne sundhedsvæsen har nogle indbyggede mangler eller bivirkninger?

Nogle sociale forskelle i sundhed kan forklares og skal løses med initiativer, der ligger uden for sundhedsvæsenets regi. Socialpolitik, uddannelsespolitik, arbejdsmarkedspolitik og miljøpolitik er væsentlige områder, og sundhedsvæsenets rolle bliver at håndtere konsekvenserne af de sociale forskelle.

Beklageligvis ser det ud til, at også sundhedsvæsenet bidrager til, at vi ser en ulighed i sundhed. Er det f.eks. retfærdigt, at adgang til praktiserende speciallæger typisk er for dem med bedre social position? Er det retfærdigt, at personer uden for arbejdsmarkedet ikke opnår samme rehabiliteringsgevinst som dem på arbejdsmarkedet? At organiseringen af sundhedsvæsenet har betydning for den sociale ulighed i sundhed er velkendt; i 1971 beskrev *Hart* den omvendte omsorgslov [3]. Det er den indbyggede proces i et sundhedsvæsen, der betyder, at der hvor behovet for sundhedsydelse er størst, der er udbuddet også lavest. Årsagen er typisk medieret af en bestemt faktor – nemlig af den sociale tyngde i et område. Alt andet lige kræver det mere at være læge i et socialt tungt område end i et med mange resursestærke personer.

I en udviklingsartikel i dette nummer af Ugeskrift for Læger beskriver *Kristensen & Thorsen* [4] netop en analyse af dette fænomen i Region Sjælland. Her ser

man, at i områder, hvor der bor flest personer med lav social position, er der også størst nettoafgang af alment praktiserende læger. Nu kan man jo mene, at netop dette ikke har en større betydning for sundhedstilstanden i et område. Man skal dog erindre, at størsteparten af den sociale ulighed i sundhed skyldes sygdomme, som er afledt af livsvaner og psykisk helbred [1] – forhold, som i den grad kræver en koordineret forebyggende, behandlende og opfølgende indsats. Har man i et område en større andel personer med lav social position, vil man også finde et større behov for almenmedicinske sundhedsydelser.

Den gratis og geografisk lige adgang til almen praksis har været med til at sikre, at vi i Danmark har kunnet være stolte af at have et af verdens mest lige sundhedsvæsen [5]. Adgangen til almen praksis i et område har særlig betydning mht. at fremme lige adgang, tidlig diagnostik, opfølgning af multisyge, støtte til det socialmedicinske arbejde og populationsansvar samt koordinering af indsatsen [6]. Og vi må ikke glemme, at social ulighed ofte starter allerede hos den gravide og hos børn og unge.

Vi kan tale nok så meget om den sociale ulighed i Danmark, afsætte puljer og foreslå strategier. Det hjælper nok til at vedligeholde vores følelse af et fælles ansvar, men når alt kommer til alt, skal social ulighed i sundhed mindskes ved, at der er vilje til at afsætte midler til at give nem, lige og hurtig adgang til sundhedsvæsenet. For at vi har råd til det, og for at det skal lykkes, kræver det, at sundhedsvæsenets driftsherrer inddrager almen praksis i løsningen, opskalerer antallet af læger efter behovet og sikrer de nødvendige incitament, så vi modvirker loven om den omvendte omsorg.

## LITTERATUR

1. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. [www.lighedsambassadør.dk/Lighedsambassadoer.aspx](http://www.lighedsambassadør.dk/Lighedsambassadoer.aspx) (27. jan 2014).
3. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1:405-12.
4. Kristensen MA, Thorsen T. Mangel på alment praktiserende læger stiger mest i socioøkonomisk udsatte kommuner. *Ugeskr Læger* 2014;176:V08130497.
5. van Doorslaer E, Masseria C, the OECD Health Equity Research Group. Members income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD, 2004.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.

## LEDER

Peter Vedsted

Ugeskr Læger

2014;176:V65830

## KORRESPONDANCE:

Peter Vedsted,  
Forskningsenheden for  
Almen Praksis, Institut for  
Folkesundhed,  
Aarhus Universitet,  
Bartholins Alle 2,  
8000 Aarhus C.  
E-mail: p.vedsted@alm.au.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk