

Statusartikel

Ugeskr Læger 2022;184: V09210725

Social ulighed i sundhed

Camilla Hoffmann Merrild¹, Alexandra Brandt Ryborg Jønsson², Sanne Rasmussen³ & Amanda Sandbæk⁴

1) Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet, 2) Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet, 3) Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, 4) Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger 2022;184: V09210725

HOVEDBUDSKABER

- Social ulighed i sundhed stiger i Danmark.
- Der forskes bredt i den sociale ulighed i almen praksis inden for bl.a. medicinsk behandling, multimorbiditet, ny teknologi, tidlig indsats og sårbarhed.
- Det er vigtigt at forankre konkrete initiativer i almen praksis, hvor de kommer flest patienter til gode.

Social ulighed i sundhed er et stort problem i det danske velfærdssamfund. F.eks. er den forventede levealder for mænd med en grundskoleuddannelse i gennemsnit 7,6 år kortere end for mænd med en lang videregående uddannelse, og for kvinder er forskellen 5,7 år [1]. Der er bred enighed om, at årsagen til ulighed i sundhed ikke skal findes alene i sundhedsvæsenet, men netop her kommer uligheden meget tydeligt til udtryk i bl.a. overdødelighed, forringet livskvalitet og multimorbiditet [2-4].

Selvom der ikke er store sociale forskelle i det generelle kontaktmønster til sundhedsvæsenet [2], viser flere studier, at der er forskel i brugen af sundhedsvæsenet. De dårligere stillede patienter har ofte mange komplekse helbredsmæssige og sociale udfordringer. Samtidig har de sværere ved at få hjælp i sundhedsvæsenet [5] og benytter i mindre grad forebyggende tiltag [4, 6]. Dette fænomen blev beskrevet allerede i 1971 som »the inverse care law« af lægen Julian Tudor Hart i the Lancet, hvor han viste, at befolkningens behov for og tilgængeligheden af sundhedsydelse er omvendt fordelt pga. strukturelle mekanismer sådan, at de med størst behov får eller benytter færrest sundhedsydelser [7]. Dette indikerer, at vi bør gentænke sundhedsvæsenets tilbud, så de tilpasses den enkeltes individuelle behov og ønsker. Her kan almen praksis spille en central rolle, hvor der kan skabes tid og rum til dem, der har størst behov for støtte, hjælp og behandling.

ULIGHED I ALMEN PRAKSIS

Den praktiserende læge er indgangen til det samlede sundhedsvæsen og fungerer som en vigtig tovholder i et kompliceret sundhedsvæsen. Egen læge er afgørende for at få adgang til den specialiserede sektor, men er også central under den videre udredning og behandling.

Ulighed i sundhed er et fokusområde i forskningen i almen praksis, og et af DSAM's syv pejlemærker [8] er netop at give mest til dem, som har størst behov. At mindske ulighed er dog ikke en let opgave. Ulighed i almen praksis har mange ansigter, og forskellige sårbarheder kan være mere eller mindre synlige i hverdagen og på forskellige måder være medvirkende til at skabe ulighed. Overordnet set kan uligheden anses som socialt, psykisk og fysisk betinget og ikke mindst en kombination af disse, hvilket komplicerer det lægefaglige arbejde. Derudover kan måden, hvorpå almen praksis er organiseret – i forhold til tidsbestilling, konsultationsstruktur, tid osv. – have betydning for ulighed, idet tilgængeligheden kan være en barriere for patienter med begrænsede ressourcer, der kan have svært ved at navigere i organiseringen [5, 9].

I forskningsenhederne i hhv. København, Odense, Aarhus og Aalborg har vi i flere år haft fokus på ulighed i sundhed, i både det primære sundhedsvæsen og i forbindelse med sektorovergange, patientforløb og kontakten til det øvrige sundhedsvæsen. De fire forskningsenheder har hver deres særlige kerneområder, men er samlet indtrådt i Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed, da vi ønsker at deltage i den fælles dialog på tværs af sektorer og aktører og at stille skarpt på det primære sundhedsvæsen, som er en vigtig arena, hvis vi skal mindske uligheden i sundhed.

SÅRBARHED, INDIVIDUALISERET INDSATS OG DIGITALISERING

I flere undersøgelser peges der på, at det kræver en individualiseret og intensiv indsats, hvis socialt sårbare patienter skal klare sig bedre [10, 11]. De fleste indsatser til sårbare patienter bygger oven på det etablerede system og består ofte af ekstra ansatte, særlige centre eller projektorienterede interventioner, som tilbydes lokalt i en begrænset periode. Men hvis vi som sundhedsvæsen skal nå bredere ud og hjælpe en større andel af de socialt sårbare patienter, skal vi måske ændre egen opfattelse af den sundhedsprofessionelles rolle i det etablerede system og af, hvordan man yder støtte til denne patientgruppe.

På Forskningsenheden i Aalborg har vi igangsat et projekt, som med udgangspunkt i de eksisterende strukturer i almen praksis har til formål at udvikle »håndholdt« støtte til socialt sårbare patienter med kræft. Sårbarhedsbegrebet bliver også undersøgt: Hvordan forstås og operationaliseres sårbarhed i forskellige kontekster? Hvordan påvirker den stigende digitalisering f.eks. adgangen til sundhedsvæsenet og behandlingen af sårbare patienter? Ny teknologi kan forbedre adgangen for nogle patientgrupper, men samtidig vil andre måske få sværere ved at navigere i de digitale løsninger. Vi ved ikke meget om, hvem, hvordan og hvorfor det kommer til at påvirke, og det undersøger vi med udgangspunkt i videokonsultationer. Et andet fokusområde i Aalborg er den praktiserende læges rolle i forhold til at hjælpe børn, som bliver udsat for omsorgssvigt og overgreb. De foreløbige resultater peger på udfordringer i samarbejdet med den kommunale sociale sektor samt manglende tilbud til de børn, der mistrives, uden at det f.eks. er

skolerelevanter eller grundet alvorlig psykisk sygdom [12].

TOLKEGEBYR OG BEDRE BEHANDLING AF PSYKISK SYGDOM

På Forskningsenheden i København er ulighed i sundhed et gennemgående tema i mange forskningsprojekter – fra ulighedsaspekter ved polyfarmaci til kvantitativ måling af oplevelsen af ulighed i sundhedsvæsenet [13].

Et af de interventionsstudier, der har til formål at mindske ulighed i sundhed, er projekt SOFIA [14]. Her har patienter, pårørende, læger, sygeplejersker og socialarbejdere samarbejdet om at udvikle en indsats, der skal mindske overdødeligheden blandt patienter med psykisk sygdom. Patienter med psykisk sygdom har særlig risiko for at have uopdaget eller ubehandlet somatisk sygdom, fordi symptomerne kan være svære at afkode hos patienter med psykisk sygdom. Formålet er at styrke relationen mellem læge og patient gennem en forlænget konsultation, der på struktureret vis inddrager patientens perspektiv. Det vil skabe mulighed for at tilgå komplekse problemstillinger, så uligheden i sundhed for denne patientgruppe kan mindskes. Projektet er netop blevet pilotafprøvet og har identificeret de strukturer, der kan støtte almen praksis. Erfaringer fra SOFIA-projektet har bidraget til, at den nye overenskomst for almen praksis, indgået mellem PLO og Danske Regioner, indeholder en helt ny ydelse, som indeholder en fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk sygdom. Overenskomsten har et særligt tema, der fokuserer på ulighed i sundhed, og baseret på udviklingen og erfaringerne fra SOFIA-projektet vil indsatsen i almen praksis blive tilpasset.

Et yderligere, ofte overset, aspekt af ulighed findes blandt patienter med anden etnisk baggrund. Et eksempel er brug af tolk. I 2018 blev der indført brugerbetaling for tolk ved kontakter i sundhedsvæsenet for fremmedsprogede patienter, som har opholdt sig i Danmark i mere end tre år. Projektet undersøger erfaringerne med implementering af tolkeloven i almen praksis, herunder konsekvenser for læge-patient-forholdet, informeret samtykke og risiko for fejlbehandling. Projektet har foreløbig vist, at der efter lovens indførelse er færre tolkede samtaler samt ringere muligheder for diagnostik og sufficient behandling. Dette er et udtryk for etnisk ulighed, men er også en del af den sociale ulighed, fordi etniske minoriteter er overrepræsenterede blandt socialt udsatte i Danmark.

MEDICINSK BEHANDLING, BØRN I LÆGEVAGTEN OG LÆGE-PATIENT-DIALOGEN

I Danmark er der en markant stigende ulighed i dødeligheden af tilstande med gode behandlingsmuligheder. Det gælder f.eks. for flere typer af kræft, KOL, iskæmisk hjertesygdom, og cerebrovaskulær sygdom [2]. Derfor er Forskningsenheden i Aarhus optaget af at udvikle indsatser mod ulighed i behandlingstilbud og -kvalitet. I øjeblikket udforskes eksempelvis social, kulturel, økonomisk, geografisk og praksisrelateret ulighed i medicinsk behandling, såsom uhensigtsmæssige medicinkombinationer og under-/overbehandling. I et andet projekt

undersøger man lydoptagelser fra lægevagten, så vi kan blive klogere på, hvordan forældres sociale position påvirker den behandling, som deres børn tilbydes i lægevagten. Disse studier vil give ny viden om, hvilke patienter den praktiserende læge skal være særligt opmærksom på, og hvori uligheden består.

Den gode dialog mellem læge og patient er også omdrejningspunktet i flere af vores interventionsstudier, herunder i regi af almen praksis, på plejehjem og hos vagtlægen. For patienter med lav social position er konkrete redskaber til dialog essentielle, da de ofte har svært ved at få kommunikeret deres holdninger og bekymringer i mødet med lægen [15]. I sidste ende kan det medføre for meget, for lidt eller forkert behandling [16]. Derfor har mange af projekterne det formål at klæde patienter på til dialogen med den sundhedsprofessionelle, som f.eks. PREPAIR-skemaet i forbindelse med medicinsamtalen ved den årlige statusundersøgelse for kronisk sygdom.

LÆGESØGNING, INDIVIDUEL FOREBYGGELSE OG SÅRBARE GRAVIDE

Den praktiserende læges forudsætning for at kunne hjælpe patienterne er, at de opsøger lægen med symptomer og problemer. For mange patienter er det forbundet med en række overvejelser, som for nogle vil fungere som barrierer for at søge læge. Forskningsenheden i Odense har i projektet Den Danske Symptom Kohorte (DaSK) gennem de seneste ti år forsket i, hvad der har betydning for lægesøgning, og der arbejdes på en opfølgende undersøgelse om lægesøgning med symptomer, der kunne være kræft, herunder hvilken betydning patienternes sundhedskompetence har for ulige behandling.

Et andet fokus har været udvikling af interventioner til at fremme sunde vaner og derigennem forebygge livsstilssygdomme i projektet TOF – Tidlig Opsporing og Forebyggelse (TOF), hvor deltagerne får information om egen livsstil og sygdomsrisiko samt råd og vejledning om livsstilsændring via en personlig digital sundhedsprofil. Selvom der ofte er en social skævvridning i, hvem der deltager i sådanne studier, viser det seneste pilotstudie, at en specialdesignet invitation kombineret med en proaktiv indsats fra egen læge får markant flere mænd og borgere med lav uddannelse til at deltage [17].

Hvis gravide med særlige støttebehov ikke får hjælp, kan det medføre, at kvinden & senere også barnet & overses i sundhedssystemet. Derfor undersøges det, hvilke barrierer og muligheder praktiserende læger oplever i arbejdet med at opspore sårbare gravide, særligt i det tværsektorielle samarbejde og ved underretning.

KONKLUSION

De, der har mest brug for sundhedsvæsenet, får mindst ud af sundhedsydelse, og hvis vi som samfund skal lykkes med at ændre denne kurs og mindske ulighed i sundhed, kræver det handling. Her kan almen praksis blive en central spiller som samlende aktør, hvor alle – syg og

rask, barn, voksen og gammel – har en tilknytning. Almen praksis' unikke mulighed for kontinuitet og relationsopbygning danner sammen med en patientcentreret tilgang rum for at møde patienter på deres egne præmisser. Men det kræver samarbejde. Med Forskningsenhederne for Almen Praksis' nyetablerede fælles forskningsfront mod ulighed i sundhed lægger vi op til en styrket tværfaglig og tværsektoriel dialog om almen praksis' rolle i at reducere ulighed i sundhed.

At indfri denne vision kræver, at vi forsker i løsninger, der sikrer dialog på tværs af sektorerne og tør tilbyde individualiseret behandling, så den enkeltes behov og præferencer kan imødekommes og tages alvorligt. Ved at inddrage professionelle, patienter og andre relevante aktører kan vi sammen opnå viden om, hvilke løsninger og tiltag der har størst mulig gavnlige effekt og mindst mulig skadelig effekt. Det er ikke patienterne, der skal passe ind i sundhedsvæsenets rammer – det er sundhedsvæsenet, der skal sætte rammer, som kan rumme den enkelte.

Korrespondance *Camilla Hoffmann Merrild*. E-mail: chm@dcm.aau.dk

Antaget 3. februar 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 18. april 2022

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelser *Lone Niedziella*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, for sprogdigering af artiklen

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184: V09210725

SUMMARY

Social inequality in health

Camilla Hoffmann Merrild, Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, Sanne Rasmussen & Amanda Sandbæk

Ugeskr Læger 2022;184: V09210725

Social inequality is a significant challenge in the Danish healthcare system, and in general practice the inequality has many faces. To give more to those who need most is a difficult task, and research shows the diversity of the challenges experienced in the primary healthcare sector. However, as argued in this review, through innovative research we may be able to find new directions in how to provide patient centered healthcare, and in taking on this task general practice is centrally positioned as the place at which most patients are seen on a regular basis.

REFERENCER

1. Pedersen ST, Agner Damm E. Ufaglærte mænd kan forvente 7 års kortere levetid end akademikere, 2019. Ugeskr Læger 2022;184: V09210725

- https://ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_ufaglaerte-maend-kan-forvente-7-aars-kortere-levetid-end-akademikere.pdf (4. maj 2021).
2. Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS et al. Social ulighed i sundhed og sygdom, 2020. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengeligg.ashx?la=da&hash=CB63CAD067D942FE54B99034085E78BE9F486A92> (4. maj 2021).
 3. Olsen MH, Kjær TK, Dalton SO. Hvidbog social ulighed i kræft i Danmark, 2019. https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/7826/1581589964/hvidbog_social_ulighed_kraeft_i_danmark.pdf (dato mangler).
 4. Vallgård S. Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed, 2019. Informations Forlag.
 5. Sodemann M. Sårbar? det kan du selv være, 2018. https://ouh.dk/media/4swpmzgs/morten-sodemann-2018-s%C3%A5rbar-det-kan-du-selv-v%C3%A6re_indvandreermedicinsk-klinik_imk.pdf (21. maj 2021).
 6. Bjerregaard A-L, Maindal HT, Bruun NH et al. Patterns of attendance to health checks in a municipality setting: the Danish 'check your health preventive program'. *Prev Med Re.* 2016;5:175-82.
 7. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971;1(7696):405-412.
 8. DSAM, Pejlemærker, <https://www.dsam.dk/pejlemaerker/> (12. sep 2021).
 9. Merrild CH, Risør MB, Vedsted P et al. Class, social suffering, and health consumerism. *Med Anthropol.* 2016;35(6):517-28.
 10. Hassani AR, Rossen S, Andersen CW. Socialfaglig sygeplejerske kan mindske ulighed i sundhed. *Sygeplejersken.* 2020;2:30-5.
 11. Pedersen PV, Ingholt L, Tjørnhøj-Thomsen T. Når man har sagt a, må man også sige b: om social ulighed i kræftrehabilitering, 2015. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2015/naar_man_har_sagt_a_maa_man_ogsaa_sige_b (21. maj 2021).
 12. Merrild CH, Frost L. Identifying signs of child neglect and abuse in general practice. *Dan Med J.* 2021;68(2):A05200396.
 13. Bissenbakker KH, Møller A, Brodersen J et al. PROMs og livskvalitet: hvordan måles livskvalitet hos mennesker med multisygdom? *Tidsskr Forsk i Sygd og Samf.* 2020;17:55-74.
 14. Rozing MP, Jønsson A, Køster-Rasmussen R et al. The sofia pilot trial: a cluster-randomized trial of coordinated, co-produced care to reduce mortality and improve quality of life in people with severe mental illness in the general practice setting. *Pilot Feasibility Stud.* 2021;7(1):168.
 15. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S et al. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health.* 2012;11:12.
 16. Barry CA, Bradley CP, Britten N et al. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ.* 2000;320(7244):1246-50.
 17. Thilsing T, Larsen LB, Sonderlund AL et al. Effects of a co-design-based invitation strategy on participation in a preventive health check program: randomized controlled trial. *JMIR public Health Surveill.* 2021;7(3):e25617.