Responsum til Hvidbog om Social Ulighed i Kræft i Danmark, 2. udgave

Responsum til Hvidbog om Social Ulighed i Kræft i Danmark, 2. udgave

Udarbejdet af:
Finn Diderichsen, professor emeritus, dr.med. speciallæge
Afdeling for Socialmedicin
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet

Redaktion:
Maja Halgren Olsen, postdoc, MSc
Trille Kristina Kjær, seniorforsker, MSc
Susanne Oksbjerg Dalton, professor, overlæge
Survivorship og Ulighed i Kræft
Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning

Ansvarshavende:
Mads Melbye, forskningschef

Udgiver:
Kræftens Bekæmpelse
Maj 2023

Grafisk design og layout
Oprindelig forside: Anne-Marie Krogh
Opdateret layout: Grafisk Rådgivning

Tryk:
Grafisk Rådgivning
Oplag 100 stk.
Responsum kan hentes på **www.cancer.dk/hvidbog2-responsum**

Der er social ulighed i kræft - hvordan kan vi arbejde med at reducere uligheden?

I 2. udgave af Hvidbogen om social ulighed i kræft i Danmark[1] redegøres der i detaljer for, at der i Danmark er social ulighed i risiko for at få kræft og social ulighed i behandling, efterforløb og konsekvenserne af at have haft kræft. Hvidbogen peger også på en lang række forhold, som bidrager til vores forståelse af årsagerne til disse uligheder.

Spørgsmålet er, hvordan en embedsmand eller politiker, som arbejder med at reducere ulighed i kræft og sundhed generelt i sin kommune, sundhedsklynge eller region, kan bruge denne viden? Hvad er det for beslutninger, som skal tages, for at kunne reducere den sociale ulighed og ruste sundhedsvæsnet til at møde den ulighed, som alligevel opstår? Hvad er det for viden, som kan gøre en forskel for disse beslutninger? Den viden og systematik, som Hvidbogen præsenterer, er åbenlyst vigtig, men en sundhedsplanlægger har måske også brug for andre typer af analyser.

For mange læsere vil det være slående at netop kræftsygdomme, som i mange år har været højt politisk prioriteret med kræftpakker m.m., alligevel udviser så store sociale uligheder. Hvordan ser det så ikke ud for alle de sygdomme, som har været mindre i fokus? I dag ved vi, at uligheden i både forekomst og forløb er mindst lige så stor, eller større, for mange andre folkesygdomme[2].

Hvidbogen identificerer en række årsager til social ulighed i kræft i befolkningens sundhedsadfærd og sundhedsvæsenets funktion. Mange af de samme forhold har også betydning for uligheden i andre sygdomme. Dertil kommer, at mange andre typer af sygdomsårsager – især fysiske og sociale – spiller en større rolle for andre sygdomme, end de spiller for kræft.

Sekundær forebyggelse, som screening, har altid diagnosespecifikt sigte, mens primær forebyggelse oftest fokuserer på specifikke sygdomsårsager. Vi skal her diskutere nogle af de overvejelser, man kan gøre sig lokalt, i arbejdet med at reducere social ulighed i kræft og helbred mere generelt.

4. april 2023

Finn Diderichsen, professor emeritus

HOVEDFUND FRA HVIDBOG OM SOCIAL ULIGHED I KRÆFT I DANMARK, 2. UDGAVE[1]

KRÆFTFORLØBET

Social ulighed i nye kræfttilfælde (incidens)
Enkelte kræftformer i Danmark er hyppigere blandt personer med lang uddannelse, høj indkomst eller samboende, men langt de fleste kræftformer optræder hyppigere blandt personer med kort uddannelse, lav indkomst samt personer, der bor alene.

Screening for kræft
Personer med kort uddannelse, lav indkomst, eller der bor alene samt personer med minoritetsbaggrund deltager i mindre grad i screening for kræft i Danmark.

Social ulighed i stadie ved diagnose
For de fleste kræftformer, hvor det er undersøgt, er der social ulighed i stadie ved diagnose i Danmark.

Social ulighed i behandling
For de kræftformer, hvor det er undersøgt, er der social ulighed i modtaget behandling for kræft i Danmark.

Social ulighed i rehabilitering
Danske kræftpatienter med lav socioøkonomisk position har flere uopfyldte rehabiliteringsbehov, men henvises til og deltager i mindre grad i rehabilitering.

Social ulighed i senfølger
Der er social ulighed i både somatiske og psykologiske senfølger efter kræft i Danmark, såsom hjertekarsygdom, smerte, nedsat funktionsevne samt angst og depression.

Social ulighed i arbejdsmarkedstilknytning
Der er social ulighed i arbejdsmarkedstilknytningen efter en kræftsygdom i Danmark.

Social ulighed i palliativ behandling
Der er social ulighed i adgang til specialiseret palliativ behandling og en tendens til social ulighed i basal palliation.

Social ulighed i overlevelse efter kræft
Danske kræftpatienter med lav socioøkonomisk position har dårligere overlevelse, næsten uanset hvilken kræftform de er diagnosticeret med, i forhold til kræftpatienter med højere socioøkonomisk position.

MEKANISMER

Kendskab til risikofaktorer og symptomer
Der er socioøkonomiske forskelle i kendskab til en række risikofaktorer for og symptomer på kræft.

Sundhedsforståelse
Der er socioøkonomiske forskelle i sundhedsforståelse og barrierer for sundhedsfremme. Den nuværende sundhedsdiskurs i samfundet vinder større genklang blandt personer med høj socioøkonomisk position.

Livsstils- og miljømæssige risikofaktorer
Mange risikofaktorer for kræft optræder hyppigere blandt personer med kort uddannelse eller lav indkomst.

Brug af sundhedsydelser
Der er forskel i brugen af sundhedsydelser i forskellige socioøkonomiske grupper fx henvendelser til egen læge, HPV-vaccination, screeningsdeltagelse og henvisning til rehabilitering.

Kommunikation med sundhedsprofessionelle
Der er socioøkonomiske forskelle i fortolkning og formidlingen af symptomer, kommunikation med sundhedsprofessionelle og forståelse af sundhedsbudskaber.

Patientrelateret og systemrelateret interval
Det er sparsomt undersøgt, hvorvidt der er social ulighed i, hvor lang tid der går, fra patienten oplever et symptom, til patienten henvender sig til lægen. Der er ikke observeret entydig social ulighed i, hvor lang tid der går, fra patienten henvender sig med symptomer på kræft hos lægen, til diagnosen stilles og behandlingen starter.

Komorbiditet
Der er højere forekomst af flere samtidige sygdomme (komorbiditet) blandt personer med kort uddannelse eller lav indkomst. Disse sygdomme påvirker muligheden for kræftbehandling og påvirker i sig selv overlevelsen.

Livsstil under og efter behandlingen
Der er social ulighed i livsstilsfaktorer blandt kræftpatienter.

IDENTIFICEREDE OMRÅDER DER ER MANGELFULDT UNDERSØGT[1]

VIDENSHULLER	ANBEFALINGER
1 Mindre hyppige kræftformer og kræftformer hvor kliniske oplysninger ikke er indsamlet systematisk er stærkt underrepræsenteret i videnfeltet.	» Der opfordres til systematisk indsamling af kliniske oplysninger for alle kræftformer. » Der opfordres til at facilitere brugen af socioøkonomiske data på tværs af grænser (nordisk/internationalt), så eventuel social ulighed i sjældne kræftformer kan afdækkes.
2 Der er sparsom viden om tiden før og efter primær kræftbehandling og den eksisterende viden er baseret på et ældre datagrundlag.	» Der opfordres til systematisk indsamling af data og kortlægning af social ulighed vedr.: • Udredning • Patientnære forhold (sundhedskompetencer, livsstilsfaktorer, livskvalitet, symptomer og senfølger) • Behovsvurdering, henvisning og deltagelse i rehabilitering og palliation • Tilbagefald
3 Der er kun sparsom viden om virksomme interventioner, der kan modvirke den observerede sociale ulighed i kræftforløbet.	» Der opfordres til udvikling og afprøvning af interventioner målrettet følgende områder: • Udredning af kræft • Identificering af sårbare patienter • Navigation i sundhedssystemet • Optimering af livsstil før, under og efter behandling • Optimering af komorbiditet før, under og efter behandling • Behandling af senfølger • Deltagelse i sundhedstilbud
4 For mange områder i kræftforløbet er vidensgrundlaget baseret på data, der er over 10 år gammelt, og afspejler således ikke nødvendigvis forholdene i dag.	» Der opfordres til prioritering af løbende monitorering af brugen og virkningen af sundhedstiltag i forskellige socioøkonomiske grupper.

Befolkningsansvaret

I Sundhedsloven fra juni 2022 står der (§203 Stk.3) at de 22 sundhedsklynger :

"...skal løfte befolkningsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektorer og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen."

Det er med andre ord i sundhedsklyngerne, at regionerne og kommunerne sammen skal finde mange af løsningerne. Et vigtigt ord her er "befolkningsansvaret". Det betyder, at det for sundhedsklyngerne ikke kun handler om at møde efterspørgslen og "hver dag tømme venteværelset". Det handler også om at overveje, hvad der kan gøres lokalt, for at forbedre folkesundheden og reducere uligheden, og hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at møde patienterne på en måde, så ingen tabes på vejen og resultatet ikke afhænger af patientens sociale baggrund eller postnummer. Her kan man stille tre spørgsmål:

1. Hvad kan man gøre lokalt for at forebygge den sociale ulighed i sygdomsbyrde, og hvad skal prioriteres, hvis man vil have mest sundhed og lighed for pengene?

2. Hvordan kan man holde øje med, at der ikke er ulighed i adgang, brug, kvalitet og resultat af sundhedsvæsenets ydelser?

3. Hvordan kan man ruste sundhedsvæsenets infrastruktur og rammer, så det kan favne uligheden i befolkningens behov på lige vilkår?

Reducering af social ulighed i sygdomsbyrde – hvad skal prioriteres?

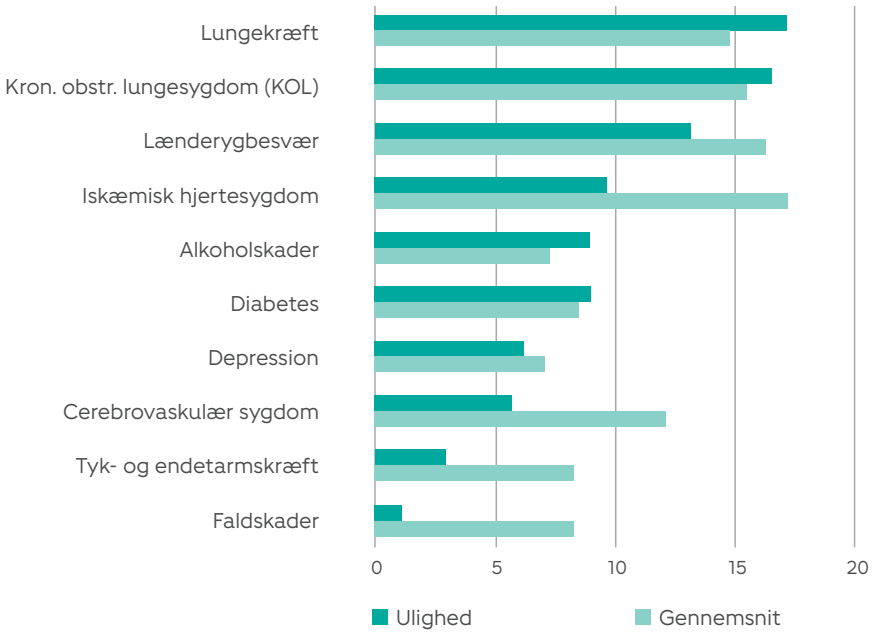
At reducere social ulighed i sygdomsbyrde handler mere om forebyggelse end behandling. Det primært forebyggende arbejde bygger på politiske prioriteringer og udformes oftest som afgrænsede projekter, mens det kliniske arbejde i meget større udstrækning styres af patienternes løbende behov og efterspørgsel.

Alle kommuner og regioner har gang i mange forebyggende indsatser for at forbedre folkesundheden lokalt. Et første spørgsmål bliver derfor, hvorvidt en opprioritering af indsatser mod uligheden betyder, at man skal prioritere andre sygdomme eller sygdomsårsager.

For at kunne svare på det spørgsmål, har man behov for et mål for sygdomsbyrde, så man kan sammenligne betydningen af forskellige diagnoser og sygdomsårsager. Lighed i sundhed er vigtigt, fordi et godt helbred er en af de vigtigste forudsætninger for menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på. Derfor handler ulighed i sundhed om, hvordan sygdomme begrænser den frihed, ved at forkorte livslængden og nedsætte funktionsevnen – med andre ord det der kaldes sygdomsbyrden. Sygdomsbyrde beregnes internationalt som tabte funktionsjusterede leveår, såkaldte DALYs –*Disability Adjusted Life Years.*[3,4] Dette mål kan ligeledes benyttes til at illustrere ulighed i sygdomsbyrde.

Vi ved hvor mange DALYs hver enkelt sygdom står for i Danmark[3], og fra Sundhedsstyrelsens kortlægning af ulighed[2] ved vi, hvor meget forekomsten af sygdommene adskiller sig, mellem dem som har lang, og dem som har kort uddannelse. Med de informationer kan man beregne, hvor meget hver enkelt sygdom bidrager til den sociale ulighed i sygdomsbyrde (figur 1).

ULIGHED I SYGDOMSBYRDE EFTER DIAGNOSE



Figur 1
Ulighed i sygdomsbyrde efter diagnose for de 10 største folkesygdomme i Danmark i 2019, rangordnet efter deres bidrag til uligheden

Datakilde
Sundhedsstyrelsen (2020) Social ulighed i sundhed og sygdom[2], GDP (2019) Global burden of 369 diseases and injuries[3]

Bemærk
Sygdomsbyrde total og ulighed i sygdomsbyrde målt som Slope Index of Inequality (SII) målt i DALY per 1000 indbyggere

Ud fra figur 1 kan vi se, at de sygdomme som bidrager meget til uligheden i sygdomsbyrde, er de folkesygdomme, som også dominerer det danske sygdomsmønster generelt: lungekræft, KOL, rygbesvær, iskæmisk hjertesygdom, diabetes, depression etc. Det vil sige, at de sygdomme som dominerer mest totalt, også er de sygdomme, som bør prioriteres, hvis der er særlig fokus på ulighed i sygdomsbyrde. Figur 1 viser tal for hele Danmark, men i den enkelte sundhedsklynge er det de lokale tal, som er interessante. Her er det rimeligt at antage, at den relative ulighed mellem uddannelsesgrupper ikke varierer meget mellem geografiske områder, hvorved uligheden i absolutte tal vil variere proportionalt med den lokale forekomst af sygdommen. Fx var prævalensen af diabetes i 2021 i Sønderborg 33% højere end landsgennemsnittet.[5] Det betyder, at uligheden i sygdomsbyrde, som kan tilskrives diabetes, også er en tredjedel større i Sønderborg, end hvad tallet i figur 1 viser for hele Danmark.

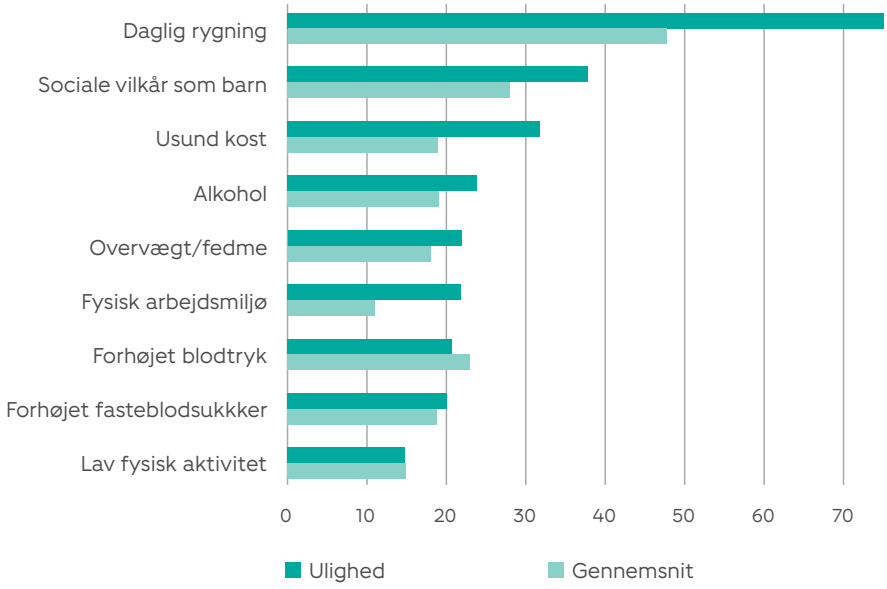
Lighed i sundhed er vigtigt, fordi et godt helbred er en af de vigtigste forudsætninger for menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på.

ULIGHED I SYGDOMSBYRDE FOR SYGDOMSÅRSAGER

Figur 1
Ulighed i sygdomsbyrde for sygdomsårsager rangordnet efter deres bidrag til uligheden

Datakilde
Sundhedsstyrelsen (2020)
Social ulighed i sundhed og sygdom[2], GDP (2019)
Global burden of 369 diseases and injuries[3]

Bemærk
Sygdomsbyrde total og ulighed i sygdomsbyrde målt som Slope Index of Inequality (SII) målt i DALY per 1000 indbyggere



Prioriteringer i den primære forebyggelse handler først om, at se på de sygdomsårsager der knytter sig til sygdomsbyrden. Figur 2 illustrerer dette.

Med tanke på hvad figur 1 viste, er det ikke overraskende, at tobaksrygning her fremstår som dominerende. Men børns tidlige vilkår, kostvaner, alkohol, overvægt, fysisk arbejdsmiljø og fysisk inaktivitet er også vigtige årsager til ulighed i sygdomsbyrde. Meget af effekten af børns tidlige vilkår medieres af de andre sygdomsårsager, og effekten af fysisk aktivitet medieres af overvægt, blodtryk og blodsukker. Netop fordi sygdomsårsagerne i figur 2 påvirker hinandens forekomst og effekt, kan tallene ikke adderes.

På samme måde som ved sygdomstallene i figur 1, kan der i figur 2 være store kommunale variationer. Når fx Allerød har en andel rygere, som er 45% lavere end landsgennemsnittet, vil sygdomsbyrden knyttet til rygning i figur 2 også være 45% lavere i Allerød.

De to figurer repræsenterer næppe de store overraskelser. En prioritering af tobak, børns vilkår, kost, alkohol og fysisk aktivitet svarer da også til, hvad der prioriteres nationalt og i mange kommuner. Det som Hvidbogen løfter frem som vigtigt for at forebygge ulighed i kræft, er således ikke så forskelligt fra det, der er vigtigt for at forebygge ulighed i sygdomsbyrden generelt. Det svære handler om at identificere tiltag, der kan mindske uligheden, og sikre forudsætninger for at disse tiltag også faktisk implementeres.

KONKLUSION 1

I den danske befolkning er det i høj grad de samme diagnoser og sygdomsårsager, der skal prioriteres, uanset om man ønsker stor effekt af forebyggelsen på gennemsnittet i sygdomsbyrden eller på uligheden i sygdomsbyrde.

Valg af forebyggende virkemidler og målgruppe

Når man har prioriteret sygdomme og sygdomsårsager, er det nødvendigt at kortlægge hvilke indsatser, som kan have størst effekt på den sociale fordeling af de valgte sygdomsårsager. En mere detaljeret gennemgang af effektive forebyggende indsatser mod ulighed findes i tidligere rapporter fra Sundhedsstyrelsen mfl.[6,7]

Effekten af en forebyggende indsats på uligheden afhænger af, om indsatsen har en *differentiel effekt,* dvs. om effekten af indsatsen er større på grupper med mindre ressourcer, og hvorvidt den *implementeres differentielt,* dvs. rettes til personer med færre ressourcer, hvilket ofte er dem, som er mest eksponerede eller sårbare. Hvorvidt og på hvilken måde effekten er differentiel, afhænger af hvilket virkemiddel som tages i brug. Reguleringer med påbud, grænseværdier i miljøet og begrænsning af markedsføring har fx størst effekt på dem, som er mest eksponerede eller sårbare. Økonomiske virkemidler med afgifter på usunde varer har størst effekt på personer med lave indkomster.[6,8] Andre virkemidler som fx pædagogiske, psykologiske og mange kliniske virkemidler, som bruges ved individuel rådgivning og screening, tenderer at have stærkere effekt på personer med flere ressourcer og kapabilitet til at ændre sin adfærd. Tilbud om screening og rygestoprådgivning kræver også, at folk faktisk søger den tilbudte hjælp, og implementeringen ender her ofte med at fungere skævt, fordi de, som har størst behov, opsøger sådanne tilbud mindre.

Sætter man virkemidler og målgrupper op i en matrice, kan det se ud som i tabel 1. Her ses de otte vigtigste virkemidler nedad og de alternative målgrupper eller strategier henad i tabellen. Vi skelner her mellem at rette indsatsen mod det særligt eksponerede eller sårbare individ *(indikeret forebyggelse),* til målgrupper *(selektiv forebyggelse)* eller til hele befolkningen eller de, der producerer, eller har ansvar for de usunde produkter og miljøer *(universel forebyggelse)*. Meget forenklet kan man sige, at indsatser og politikker, som har størst potentiale for at reducere uligheden, findes længere oppe og til højre i matricen i tabel 1.

KONKLUSION 2

Indsatser og politikker, som gør brug af strukturelle virkemidler som reguleringer og økonomiske, sociale og fysiske virkemidler, er bedre til at reducere uligheden end individrettede indsatser. De vil også ofte være mere omkostningseffektive. Det er staten, der råder over mange af de mest effektive virkemidler mod uligheden.

Tabel 1: Eksempler på forebyggende og sundhedsfremmende indsatser opdelt efter virkemiddel og målgruppe

Virkemiddel	Indiceret Individ indsats	Selektiv Målgrupper	Universel Hele befolkningen	Producenter
Påbud/forbud	Alkolås for misbrugere	Aldersgrænser ved salg	Trafikregler og rygeforbud	Miljølovgivning Forbud mod markedsføring af usunde produkter Sund skolemad
Økonomisk	Kontanthjælp	Børnepenge	Højere priser på usunde produkter Lavere patientafgifter	CO_2 afgift
Social	Anbringelse uden for hjemmet	Boligsociale indsatser	Aktiv arbejdsmarkedspolitik	Kvalitet af dagtilbud
Fysisk	Glutenfri produkter	Tekniske hjælpemidler i omsorgsarbejde	Trafiksikkerhed, cykelstier, grønne områder	Bil- og bolig sikkerhed Tilgængelighed og portionsstørrelser
Biologisk	Vaccine ved rejser	Influenza/corona-vaccine til ældre	Børnevaccination	-
Klinisk	Kolesterol- og blodtryksbehandling	Målrettet sundhedspleje	Kræftscreening	-
Psykologisk	Forældrestøtte i sundhedsplejen Rygestopkurser	Støtte til amning	Reducere mobning	-
Pædagogisk	Korte samtaler om rygning og alkohol	Forældreuddannelse	Informations-kampagner	Nøglemærkning

Kilde: Vallgårda et al. (2014) *Sygdomsforebyggelse*[9]

Selvom det er staten, som råder over mange af de mest effektive og lighedsskabende strukturelle virkemidler mod ulighed, inkl. reguleringer og de økonomiske virkemidler, har kommuner og regioner vigtige opgaver, ikke mindst i forhold til de mere individrettede virkemidler nedad og til venstre i tabel 1. Da bliver det til gengæld vigtigt at målrette indsatserne selektivt fx til befolkningen i socioøkonomisk udsatte bydele og områder.

Det forudsætter dog, at de prioriterede sygdomsårsager i figur 2 hober sig op i socioøkonomisk udsatte områder. For at svare på om de gør dette, kan man analysere hvor stærkt den kommunale forekomst af sygdomsårsagerne (som den er beregnet i Sundhedsprofilerne[5]) er associeret med kommunernes socioøkonomiske situation. Til den analyse gør vi brug af det *Socioøkonomiske Index*, som Indenrigsministeriet bruger til at vurdere udgiftsbehov i kommunerne og dermed styre den kommunale udligning og de forskellige tilskud.[10] Det baseres på 18 variable med befolkningens uddannelse, beskæftigelse og boligforhold som de mest tungtvejende. I tabel 2 er vist, hvor stor den socioøkonomiske ulighed er mellem kommunerne i forekomst af nogle af sygdomsårsagerne i figur 2, og hvor meget af variationen mellem kommunerne som forklares af det socioøkonomiske indeks (R^2).

Tabel 2: Den kommunale variation i sygdomsårsager og middellevetid efter socioøkonomisk indeks 2021

	Socioøkonomisk ulighed (95% CI)	R^2
% dagligrygere	0,76 (0,62; 0,89)	0,57
% med usund kost	0,51 (0,34; 0,69)	0,26
% med >10 genstande alkohol per uge	-0,45 (-0,64;-0,24)	0,21
% med lav fysisk aktivitet	0,52 (0,34; 0,69)	0,27
% med svær overvægt	0,61 (0,44; 0,77)	0,37
% med højt stressniveau	0,75 (0,62; 0,89)	0,56
Middellevetid 2016-20	-0,75 (-0,86;-0,62)	0,57

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2022) *Sundhedsprofilen 2021*[5], Indenrigs- og boligministeriet (2021) *Kommunal udligning og generelle tilskud 2022*[10] **Bemærk:** Socioøkonomisk indeks og forekomst af sygdomsårsager er omregnet til Z-scores, så tallene er sammenlignelige

Man kan konstatere, at befolkningens socioøkonomiske sammensætning i høj grad påvirker den kommunale variation, især for rygning, stress og fedme. Der ses et mønster, hvor socioøkonomisk svage kommuner har et højere niveau på alle risikofaktorerne i tabel 2. En undtagelse er alkohol (se også figur 2), men her ved vi, at der er social ulighed i sårbarhed for helbredseffekten af alkohol, og dermed vil indsatser for mindsket alkoholbrug have større effekt på de socialt mere udsatte.[11] Når mønstret for rygning, usund kost, stress, fysisk inaktivitet og fedme er så ensartet, er der god grund til, at ulighedsindsatserne i et givet område rettes mod flere sygdomsårsager samtidig. Også fordi sygdomsårsagerne påvirker hinandens forekomst og effekt.

Rettes indsatserne mod socialt udsatte bydele eller områder, vil det først og fremmest have betydning for den geografiske ulighed i sundhed. Det er vigtigt at påpege, at hvis indsatserne rettes mod områder, hvor en mindre del af befolkningen bor, skal indsatsen være meget kraftfuld, for ikke kun at påvirke den geografiske, men også den sociale ulighed i sundhed. Internationale erfaringer taler dog for, at den bedste effekt opnås, hvis man også angriber nogle af de strukturelle årsager til de geografiske mønstre herunder boligsegregation og fysisk miljø.[12,13]

KONKLUSION 3

Den kommunale variation i flere vigtige risikofaktorer er stærkt knyttet til befolkningens socioøkonomiske status. Det betyder, at de mest effektive indsatser mod uligheden vil være generelle strukturelle tiltag, mens lokale indsatser i udsatte områder skal være meget kraftfulde for at kunne mindske, ikke kun den geografiske, men også den sociale ulighed i sundhed. De kan da med fordel være målrettet mange sygdomsårsager samtidig.

Ulighed i sundhedsvæsenets kvalitet og resultat

I Danmark opfattes det næsten som en selvfølgelighed, at der er lighed i sundhedsvæsenet. Så selvfølgeligt at vi aldrig har holdt ordentligt øje med, om det faktisk er rigtigt. Den eneste gode undskyldning for ikke at have holdt øje er, at det er meget mere kompliceret end at måle ulighed i sundhed.

Hvidbogen dokumenterer fra en lang række undersøgelser en omfattende og delvist stigende ulighed i kræftoverlevelse. I modsætning til det sociale mønster i incidens er mønstret for overlevelse mere ens på tværs at kræfttyper – og det samme ses for andre sygdomme[2]. Det samme gælder tilbagevenden til arbejde, hvor uligheden gennemgående tenderer til at være endnu større. Hvidbogen illustrerer, hvordan ulighed i en række individuelle forhold har betydning for ulighed i kræftforløbet: sygdomsstadie ved diagnose, den tilbudte behandling, komorbiditet, sundhedsadfærd under sygdom og, sidst men ikke mindst, de arbejdskrav og den sociale støtte patienten vender tilbage til. Disse forhold er vigtige for forløbet af kræft og ligeså for andre sygdomme. Den relative betydning af hvert enkelt af disse forhold varierer dog meget, afhængig af kræftsygdom og formentlig også af den lokale kontekst - men det er sparsomt undersøgt.

Selvom mange individuelle forhold påvirker sygdomsforløb, er det for de politiske beslutninger og planlægningen vigtigt at vide, om der er tegn til, at der i organisationen opstår sociale uligheder. Det rejser spørgsmålet, om man kan afgrænse et antal indikatorer, som kan synliggøre sådanne uligheder, som kan monitoreres, og som samtidig peger i retning af hvad, der kan gøres. En sådan monitorering skal have indikatorer, som illustrerer stadier i patientens vej gennem systemet og det bliver da vigtigt at skelne mellem ulighed i fire dimensioner: adgang til, brug, kvalitet og resultat af sundhedsvæsenets ydelser. For alle fire dimensioner er det nødvendigt at tage hensyn til ulighed i behov af disse ydelser, inden man afgør, om der er social ulighed i sundhedsvæsenet.

Længe var OECD de eneste der regelmæssigt analyserede social ulighed i det danske sundhedsvæsen.[14] Det skete ved, at man med spørgeskemaundersøgelser sammenlignede brug af lægebesøg og hospitalsindlæggelser på tværs af indkomstgrupper og analyserede, om der var forskelle, når man havde taget hensyn til forskelle i behov. Man målte med andre ord, om der var *horisontal lighed* i brug af sundhedsvæsenet (se tekstboks 1). Man målte her behov med nogle få spørgsmål om selvvurderet helbred. De seneste analyser med den metode viser, at der ikke er nogen større ulighed i lægebesøg mm i Danmark.[2,14.]

Tekstboks 1

ETISKE UDGANGSPUNKTER

Det er et grundlæggende princip i en demokratisk velfærdsstat, at borgerne behandles lige og med respekt. Samtidig skal samfundet håndtere den konflikt, der ligger i, at den teknisk-videnskabelige udvikling har muliggjort flere sundhedsindsatser, end der er ressourcer til, hvis udgifterne ikke skal stige radikalt. Dette kræver prioriteringer, hvis håndtering så vidt muligt skal tage hensyn til tre etiske principper for at sikre den langsigtede politiske og økonomiske bæredygtighed:

1) at mennesker med samme behov skal behandles ens, dvs. *horisontal lighed*.

2) at mennesker med større behov prioriteres foran mennesker med mindre behov dvs. *vertikal lighed*.

3) at man i prioriteringen tager hensyn til forholdet mellem indsatsernes omkostninger og deres effekt dvs. deres *omkostningseffektivitet*.

Selvvurderet helbred er imidlertid et forenklet og ikke særligt tilfredsstillende mål for behov. Men hvad er alternativet? Er det patientens opfattelse af sit subjektive behov, eller er det professionelt definerede behov vurderet af den behandlende læge? Er det ydelser fastlagt i kliniske retningslinjer? Skal man respektere patientens ønsker og efterspørgsel, også når man ved, at efterspørgsel er socialt betinget og den mindre privilegerede patient oftere efterspørger mindre, end hun behøver?[15] Den professionelle bedømmelse af hvad der gavner den enkelte patient, er en kompliceret afvejning af sygdomstilstand og mange andre forhold hos patienten og umuligt at sætte på formel og måle. Betyder større behov at den patient, som har flere smerter og mindre funktion, skal prioriteres før den patient, som måske har mindre besvær, men kan have mere gavn af behandlingen? Bestemmes behovet af den potentielle effekt af behandlingen? Mange vil mene, at det er problematisk at prioritere behov for indsatser, som måske ikke virker, specielt når ressourcerne er begrænsede. Ikke mindst den sårbare patient har ikke kun behov for medicinsk diagnostik og behandling, men også et større behov for rådgivning, sammenhæng og hjælp i komplicerede sygdomsforløb, ofte med flere sygdomme samtidig, og brug for hjælp fra fx socialsektoren til at vende tilbage til arbejde.

I praksis betyder de mange spørgsmål om definition og måling af behov, at det i befolkningsundersøgelser er vanskeligt entydigt at vurdere, om brugen af ydelser i forhold til behov er ulige fordelt. Det kan måske lade sig gøre for patienter, hvor retningslinjerne er meget veldefinerede[16], men man kan hurtigt løbe ind i problemer ved andre sygdomme.[17]

KONKLUSION 4

Der er et begrænset udbytte af lokale analyser af ulighed i brug af sundhedsydelser, bl.a. fordi det i praksis er meget vanskeligt at måle en klinisk relevant definition af behov på tværs af grupper.

Der er med andre ord behov for bedre indikatorer på ulighed i sundhedsvæsnet, særligt, hvis man ikke blot ønsker at se på adgang og brug, men også på kvalitet og resultat. I England har man arbejdet med dette og resultatet af et omhyggeligt arbejde på området resulterede i 8 indikatorer[18] som særligt vigtige (se tekstboks 2).

Tekstboks 2

FORSLAG TIL INDIKATORER PÅ ULIGHED I SUNDHEDSVÆSENET I ENGLAND[18]

Tallene beregnes for små geografiske områder (med i gennemsnit 1700 indbyggere) karakteriseret ved deres socioøkonomiske befolkningssammensætning.

1) Indbyggere per praktiserende læge. Indbyggerne vægtes med alder, køn og lokalområdets dødelighed og sygelighed.
2) Kvalitet i almen praksis med det såkaldte *Quality and Outcome Framework* hvor man monitorerer hvor tæt praksis følger kliniske regningslinjer for de enkelte diagnoser.[22]
3) Ventetid fra henvisning til hospitalsindlæggelser for behandling
4) Forebyggelige akut-indlæggelser per 1000 indbyggere (for diagnoser som kan behandles i primærsektor)
5) Genindlæggelser per 1000 indbyggere inden for et år uanset diagnose.
6) Andel af dødsfald som sker på hospital
7) Andel af alle dødsfald som skyldes sygdomme, som kan behandles (amenable mortality).
8) Dødelighed totalt per 100.000 indbyggere

Indikatorerne overlapper delvist med de, som anvendes i Danmark for at følge *De 8 Nationale Mål for Sundhedsvæsenet.*[19] Da England ikke har registre, hvor individuelle sundhedsdata kan knyttes til indkomst eller uddannelse, udfører de analysen på små geografiske områder. I Danmark har vi adgang til de relevante individdata, men de bruges endnu ikke til at belyse social ulighed i de nationale mål. De danske indikatorer publiceres årligt for hver region og nogle af dem også for de enkelte kommuner. Men foreløbigt altså ikke efter patientkarakteristika.

Sundhedsstyrelsen har dog i 2020 beregnet uddannelsesforskelle i to indikatorer: forekomst af forebyggelige indlæggelser blandt ældre og i korttidsindlæggelse.[2] Man fandt for begge indikatorer en betydende (40-70%) overhyppighed blandt patienter med grundskole som højeste uddannelse sammenlignet med patienter med videregående uddannelse. Samtidig viser opfølgningen af *De 8 Nationale Mål*, at den kommunale variation i fx i forebyggelige indlæggelser blandt ældre er stor – i 2020 fra 32 per 1000 indbyggere på Samsø til 74 i Tårnby.[19] Den forskel har været stabil over en årrække. For den lokale sundhedsplanlægger rejser det spørgsmålet, om den kommunale variation er sekundær til den sociale forskel betinget af sociale forskelle i sundhedskompetence mm, eller om variationen i højere grad afspejler lokale afvigelser i sundhedsvæsenets funktion, som derfor skal undersøges lokalt. Vi har derfor i tabel 3, på samme måde som i tabel 2, beregnet hvor meget af de kommunale forskelle i indikatorer for kvalitet og resultat, som forklares af de socioøkonomiske sammensætning af befolkningen.

Tabel 3: Kommunal variation i indikatorer for kvalitet og resultat fra de Nationale Mål for Sundhedsvæsenet 2017-20 og for lægetæthed. Association med socioøkonomisk indeks målt med Z-scores.

	Socioøkonomisk ulighed (95% CI)	R^2
Forebyggelige akutte indlæggelser per 1000 (65+år)	0,33 (0,14; 0,52)	0,11
% somatiske akutte genindlæggelser per 1000	0,32 (0,13; 0,52)	0,10
% psykiatriske akutte genindlæggelser per 1000	0,10 (-0,10; 0,30)	0,01
% ungdomsudd. efter psykiatrisk kontakt (25 år) 2014-18	-0,28 (-0,48;-0,09)	0,08
% beskæftiget efter somatisk diagnose	-0,37 (-0,56;-0,18)	0,14
% beskæftiget efter psykiatrisk diagnose	-0,16 (-0,36; 0,04)	0,03
Antal borgere per læge i almen praksis 2023	0,09 (-0,11; 0,30)	0,01

Kilde: Indenrigs- og boligministeriet (2021) *Kommunal udligning og generelle tilskud 2022*[10], Sundhedsministeriet (2021) *8 nationale mål for sundhedsvæsenet*[19], Sundhedsdatastyrelsen (2023) *Almen praksis og tilmeldte patienter*[25]

I modsætning til det vi fandt i tabel 2, viser det sig her, at den lokale befolknings socioøkonomiske sammensætning forklarer meget lidt af den kommunale variation i både forebyggelige indlæggelser hos ældre og akutte genindlæggelser. Der er dog en signifikant tendens til, at de mere udsatte kommuner har flere forebyggelige somatiske (men ikke psykiatriske) genindlæggelser. Desuden ser man overraskende, at der kun er en svag korrelation mellem socioøkonomiske forhold og de lokale variationer i de sociale konsekvenser af sygdom dvs. uddannelse og beskæftigelse. Det taler for, at man her må lede efter lokale forklaringer, ikke kun i sundhedsvæsnets og socialsektorens funktion, men også i arbejdsmarkedets og de lokale arbejdspladser og skolers evne og vilje til at tage mod personer med nedsat helbredsrelateret arbejdsevne. Den socioøkonomiske variation er særlig lav for psykiatrien.

KONKLUSION 5

Kommunale variationer i kvalitetsindikatorer som forebyggelige indlæggelser blandt ældre og genindlæggelser er i meget begrænset omfang sekundære til socioøkonomiske forskelle i befolkningen. Det betyder, at de kvalitetsforskelle som de indikerer, ikke har så meget at gøre med generel social ulighed i sygdomsforløb, men er mere påvirkede af lokale forhold.

At ruste det nære sundhedsvæsen til at møde uligheden

Der har længe været argumenteret for, at kvaliteten i det nære sundhedsvæsen er af stor betydning for at møde uligheden i sundhed[20,21], også på kræftområdet, hvor den medicinske behandling hovedsageligt sker på sygehus. Man har i England i en årrække arbejdet med forskellige kvalitetsindikatorer for de praktiserende lægers arbejde. De indikatorer er samtidig blevet knyttet til deres betaling, i et forsøg på at "få mere kvalitet for pengene" med det såkaldte *Quality and Outcome Framework*.[22] Erfaringerne er blandede og noget lignende har ikke vundet indpas i Danmark. Det manglende indblik i kvaliteten i den danske primærsektor har været kritiseret af OECD.[23] Internationalt har man også brugt ulighed i dødsfald i sygdomme, for hvilke der findes effektiv behandling *(amenable deaths)*, men der er så relativt få af sådanne dødsfald i Danmark (hvilket i sig selv er et tegn på en generelt god kvalitet), at det statistisk set er mindre meningsfuldt at beregne kommunale tal, uden at beregningerne skal omfatte så mange år, at de mister aktualitet.[24]

Det bliver derfor vigtigt at se på rammerne for primærsektorens muligheder for at møde ulighed i sundhed og den sårbare patient. Det nære sundhedsvæsen skal, for at kunne møde uligheden, besidde en række egenskaber og virkemidler, som patienter med mindre sociale ressourcer er mere afhængige af end andre. Det handler bl.a. om at behandleren har tid og empati, at patienten kan føle tillid, at personalet har sociale kompetencer og kan se og leve sig ind i sygdommens sociale årsager og konsekvenser, at der findes generalistkompetencer og tovholderfunktion for den multisyge og at man prioriterer opsøgende og fastholdende tiltag.

Alt dette stiller store krav til personalet, og spørgsmålet bliver da hvilke forudsætninger og rammer der skabes i sundhedsvæsenet, for at personalet faktisk kan leve op til alle de krav. Meget taler for, at der er seks kvaliteter i sundhedsvæsenets infrastruktur, som er særligt vigtige i den forbindelse: nærhed, kontinuitet, kvalitetssikring, tværsektorielt samarbejde, befolkningsansvar og behovsbaseret ressourcefordeling. Det er alle egenskaber, som kun det nære sundhedsvæsen kan levere. Og de er ikke alle lige lette at monitorere.

Lad os se på den sidste kvalitet: behovsbaseret ressourcefordeling, fordi det er den vigtigste[18,21,26] og fordi uden den, er de andre kvaliteter vanskelige at etablere. Det handler om, at ressourcerne til det nære sundhedsvæsen (via geografisk ressourcefordeling, differentieret basishonorar til praktiserende læger eller lignende) fordeles på en måde, så de svarer til uligheder i behov i befolkningen og i behov for de ressourcer det kræver, at levere de seks ovenstående kvaliteter.[21,24]

I skrivende stund er der alvorlig mangel på praktiserende læger. Mange områder i landet er såkaldt lægedækningstruede bl.a. fordi de nuværende læger nærmer sig pensionsalderen. Disse områder ligger alle uden for storbyerne i udkantskommuner, og er oftest socialt mere udsatte. Måler man social udsathed med Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks, ligger områderne i gennemsnit 25-75% over landsgennemsnittet. Af nederste linje i tabel 3 fremgår det, at der ingen korrelation er mellem lægetæthed (antal borgere per lægekapacitet) og det socioøkonomiske indeks. Udbud og behov har med andre ord ikke meget med hinanden at gøre i det nære sundhedsvæsen. Der findes faktisk flere eksempler på det modsatte. Antal borgere per læge i almen praksis er fx 1236 i Hørsholm og 2429 i Kalundborg. Om man vover den (ikke urimelige, men dog ikke velunderbyggede) antagelse, at behovet af ydelser fra almen praksis er proportionelt med Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks, skulle det være lige omvendt: 2640 borgere per læge i Hørsholm og 1340 i Kalundborg. Med en sådan ressourcefordeling ville det være muligt at tage et befolkningsansvar med opsøgende og støttende tiltag for de sårbare patienter og for de, som kræver mere tid, ikke dukker op til kontroller etc. De aktuelle problemer med rekrutteringen af personale generelt og ikke mindst til de områder med størst behov, gør det vigtigt, at der vises en tydelig ambition og vision for de ressourcemæssige rammer og arbejdsvilkår for sundhedspersonale i udsatte områder. At rette op på denne skævhed, er noget af det vigtigste, der kan gøres, for at sundhedsvæsenet bedre kan møde uligheden.

KONKLUSION 6

En afgørende forudsætning for at det nære sundhedsvæsen skal kunne møde uligheden i sundhed og den sårbare patient er, at ressourcerne fordeles proportionalt med behov – ikke kun af rent medicinske ydelser, men også til tovholderfunktioner for de multisyge, samarbejdet med socialsektor og befolkningsansvar.

KONKLUSION 1

I den danske befolkning er det i høj grad de samme diagnoser og sygdomsårsager, der skal prioriteres, uanset om man ønsker stor effekt af forebyggelsen på gennemsnittet i sygdomsbyrden eller på uligheden i sygdomsbyrde.

KONKLUSION 2

Indsatser og politikker, som gør brug af strukturelle virkemidler som reguleringer og økonomiske, sociale og fysiske virkemidler, er bedre til at reducere uligheden end individrettede indsatser. De vil også ofte være mere omkostningseffektive. Det er staten, der råder over mange af de mest effektive virkemidler mod uligheden.

KONKLUSION 3

Den kommunale variation i flere vigtige risikofaktorer er stærkt knyttet til befolkningens socioøkonomiske status. Det betyder, at de mest effektive indsatser mod uligheden vil være generelle strukturelle tiltag, mens lokale indsatser i udsatte områder skal være meget kraftfulde for at kunne mindske, ikke kun den geografiske, men også den sociale ulighed i sundhed. De kan da med fordel være målrettet mange sygdomsårsager samtidig.

KONKLUSION 4

Der er et begrænset udbytte af lokale analyser af ulighed i brug af sundhedsydelser, bl.a. fordi det i praksis er meget vanskeligt at måle en klinisk relevant definition af behov på tværs af grupper.

KONKLUSION 5

Kommunale variationer i kvalitetsindikatorer som forebyggelige indlæggelser blandt ældre og genindlæggelser er i meget begrænset omfang sekundære til socioøkonomiske forskelle i befolkningen. Det betyder, at de kvalitetsforskelle som de indikerer, ikke har så meget at gøre med generel social ulighed i sygdomsforløb, men er mere påvirkede af lokale forhold.

KONKLUSION 6

En afgørende forudsætning for at det nære sundhedsvæsen skal kunne møde uligheden i sundhed og den sårbare patient er, at ressourcerne fordeles proportionalt med behov – ikke kun af rent medicinske ydelser, men også til tovholderfunktioner for de multisyge, samarbejdet med socialsektor og befolkningsansvar.

Referencer

1. Olsen MH, Kjær TK, Dalton SO. (2023). *Hvidbog: Social ulighed i kræft i Danmark.* 2. udgave. Kræftens Bekæmpelse. København.

2. Sundhedsstyrelsen (2020): *Social ulighed i sundhed og sygdom.* København.

3. GBD (2020): Global burden of 369 diseases and injuries, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet.* doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ (lokaliseret 20. marts 2023)

4. Knudsen AK, Allebeck P, Tollånes C et al. (2019) Life expectancy and disease burden in the Nordic countries: results from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. *The Lancet Public Health,* 4(12).e658-e669, doi: 10.1016/S2468-2667(19)30224-5.

5. Sundhedsstyrelsen (2022): *Sundhedsprofilen 2021.* København.

6. Sundhedsstyrelsen (2020): *Indsatser mod ulighed i sundhed.* København.

7. Diderichsen F, Jørgensen TSH: (2023) *Ulighed i sundhed – 8 kritiske spørgsmål.* Københavns Universitet https://static-curis.ku.dk/portal/files/344748016/De_8_sp_rgsm_l.pdf (lokaliseret 26. april 2023)

8. Vacarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R et al. (eds). (2019). Reducing Social Inequalities in Cancer: Evidence and Priorities for Research. IARC Scientific Publication No. 168. Lyon

9. Vallgårda S, Diderichsen F, Jørgensen T (2014): *Sygdomsforebyggelse.* Munksgaard. København.

10. Indenrigs- og boligministeriet (2021): Kommunal udligning og generelle tilskud 2022. København.

11. Christensen HN, Diderichsen F, Hvidtfeldt UA et al. (2017) Joint effect of alcohol consumption and educational level on alcohol-related medical events: A Danish register-based cohort study. *Epidemiology.* 28(6):872–879. doi: 10.1097/EDE.0000000000000718

12. Cerda M, Tracy M, Ahem J, Galea S. (2014) Addressing population health and health inequalities: the role of fundamental causes. *Am J Public Health,*104:S609–19.

13. ALLEA (2021) *Health inequalities research – new methods, better insights?* All European Academies and Federation of European Academies of Medicine. Berlin. doi:10.26356/healthinequalities.

14. OECD (2019), *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems,* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, doi:10.1787/3c8385d0-en.

15. Santana RI, Mason A, Gutacker N et al. (2023). Need, demand, supply in health care: working definitions, and their implications for defining access. *Health Economics, Policy and Law* 18(1):1-13 doi:10.1017/S1744133121000293

16. Tapager I, Olsen KR, Vrangbæk K, (2022) Exploring equity in accessing diabetes management treatment: A healthcare gap analysis. *Social Science & Medicine* 292:114550 doi:10.1016/j.socscimed.2021.114550.

17. Rigsrevisionen (2019). Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene 9/2018. København.

18. Cookson R, Asaria M, Ali S, et al. (2016) Health Equity Indicators for the English NHS: a longitudinal whole-population study at the small-area level. *Health Serv Deliv Res* 4(26):1-224. doi:10.3310/hsdr04260

19. Sundhedsministeriet (2021). 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. København.

20. Mercer SW, Watt GCM (2007) The Inverse Care Law: Clinical Primary Care Encounters in Deprived and Affluent Areas of Scotland. T*he Annals of Family Medicine* 5(6):503-510; doi: 10.1370/afm.778

21. Fisher R, Allen L, Malhotra A M, and Alderwick H (2022) *Tackling the Inverse Care Law,* London: Health Foundation, doi:10.37829/HF-2022-P09

22. Bramwell D, Hotham S, Peckham S, et al (2022). Evaluation of the introduction of QOF quality improvement modules in English general practice: early findings from a rapid, qualitative exploration of implementation. *BMJ Open Quality* 11:e001960. doi: 10.1136/bmjoq-2022-001960

23. OECD (2017) *Primary care in Denmark.* OECD Review of health care systems. OECD Publishing. Paris. doi: 10.1787/9789264269543-en

24. Rydland HT, Fjær EL, Eikemo TA et al. (2020) Educational inequalities in mortality amenable to healthcare. A comparison of European healthcare systems. *PLoS ONE* 15(7): e0234135. doi:10.1371/journal.pone.0234135

25. Sundhedsdatastyrelsen (2023): https://www.esundhed.dk/Emner/Almen-praksis/Almen-praksis-og- tilmeldte-patienter (lokaliseret 20. marts 2023)

26. Smith PC (2007). *Formula Funding of Public Services.* Routledge London. doi:10.4324/9780203013021