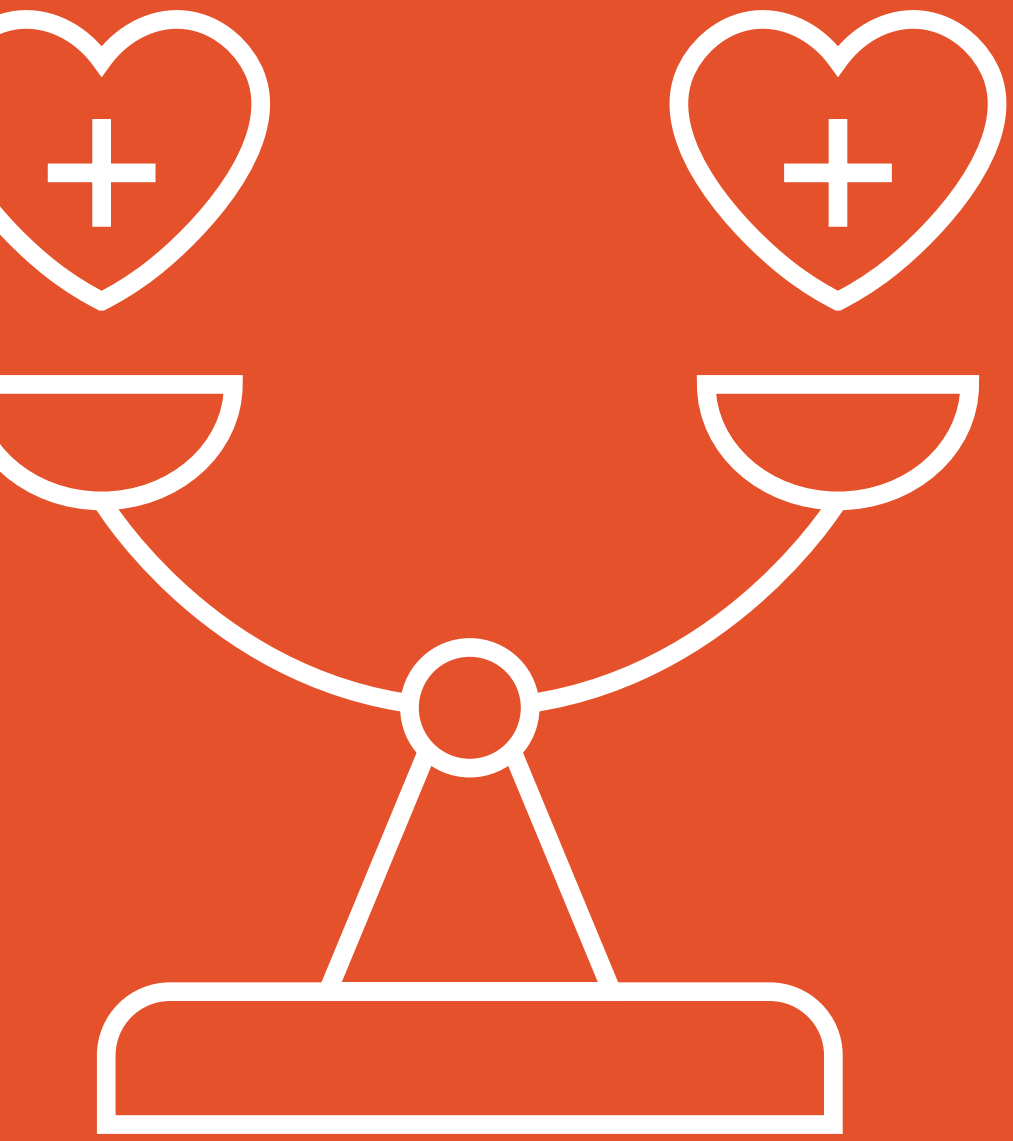
Lighed i sundhed



DET ETISKE RÅD

Indhold

DET ETISKE RÅD

04 **1. Indledning: Hvor langt bør vi gå for at sikre lighed i sundhedsvæsenet?**

10 **2. Lighed i sundhedsvæsenet**

2.1 Budskaber

14 **3. Debat: Differentiering, prioritering og positiv særbehandling – hvordan og i hvilket omfang bør der gøres noget særligt for sårbare patienter?**

3.1 Indledning

3.2 Hvem er sårbare patienter?

3.3 Hvad vil det sige at differentiere?

3.4 Solidaritet, ressourcebegrænsning og prioritering

3.5 Fordele og ulemper ved differentierede indsatser: offentlighed, stigmatisering og kompetenceophedning

30

4. Baggrund: Hvad er lighed i sundhed, og hvad kan sundhedsvæsenet gøre?

4.1 Sundhedsloven og det etiske ideal om lighed i sundhed

4.2 Eksempel: Rigsrevisionens kritik af sygehusenes behandlingskvalitet

4.3 Lighed i sundhed i et epidemiologisk perspektiv

4.4 Hvilken betydning har sundhedsvæsenet for lighed i sundhed?

4.5 Eksempel: Ulighed i kræftbehandling i Danmark

4.6 Mekanismer: At forstå og forklare uligheder i sundhed

4.7 Gradient og dikotomi

4.8 Udligningens hovedpine: generelle kvalitetsløft eller målrettede tiltag

59

5. Noter

1. Indledning : Hvor langt bør vi gå for at sikre lighed i sundhedsvæsenet?

I 2022 udgav Det Etiske Råd en redegørelse om Omsorg i *sundhedsvæsenet*[1]. I redegørelsen argumenterede rådet ikke blot for, at omsorg bør være en kerneværdi i sundhedsvæsenet, men også for, at det moderne, højeffektive og specialiserede sundhedsvæsen ofte gør det svært for omsorgen af trives, medmindre ledelsen har et eksplicit fokus på dens vilkår. Det er dog ikke kun omsorgen, som kan have det svært i et moderne, højeffektivt og specialiseret sundhedsvæsen. Det samme gælder også for Sundhedslovens idealer om 'let og lige adgang' til 'behandling af høj kvalitet', og Det Etiske Råd har i dette projekt derfor sat sig for at undersøge, hvordan vi på etisk forsvarlig vis kan styrke sundhedsvæsenets evne til at sikre, at disse idealer bliver virkelighed for alle borgere.

Det er velkendt, at samfund har en socialt differentieret struktur med varierende adgang til ressourcer og med store forskelle i indflydelse på eget og andres liv. Det er derfor, vi kan tale om, at nogle har en 'høj' status eller er 'velstillede', mens andre har en 'lav' status og er 'dårligt stillede'. Sådan er det også i det danske samfund. Alle borgere er ganske vist lige. De nyder den samme formelle status som borger med formulerede politiske rettigheder. Et eksempel er stemmeretten, som *formelt* set giver alle samme lige mulighed for politisk indflydelse. *Reelt* er der dog væsentlige forskelle på personers politiske indflydelse på grund af uligheder i borgernes *uformelle* status hvad angår indkomst, uddannelse osv.

Et sådant uformelt hierarki eksisterer også, når det drejer sig om sundhed, og der findes omfattende dokumentation for eksistensen af denne *ulighed i sundhed.* For eksempel er risikoen for at dø, inden man fylder 65 år, næsten fire gange så høj for de, der alene har en grundskoleuddannelse, sammenlignet med de, der har en videregående uddannelse. For patienter med tyktarmskræft gælder det, at de har 30% højere risiko for at dø, hvis de har kort uddannelse, end hvis de har lang uddannelse[2]. Og ulighed i sundhed opdages ikke kun i statistikker, men også med krop og sjæl. Ét studie beskriver fx, hvorledes interaktionen mellem patienter og sygeplejersker i en travl hverdag på en brystkræftafdeling bliver formet af med-

arbejdernes mere eller mindre bevidste kategorisering af patienterne som værende enten ressourcestærke eller sårbare. De patienter, der blev kategoriseret som ressourcestærke, fik oftere deres rehabiliteringsbehov opfyldt end de sårbare patienter, selvom de sårbare patienter faktisk havde større behov for en god rehabiliteringsindsats – blandt andet på grund af mere komplekse situationer[3].

Det er omdiskuteret, hvilke uligheder i sundhed, der er etisk forsvarlige eller uforsvarlige, ligesom det også er omdiskuteret, hvad man i givet fald skal gøre ved det. Ofte afhænger den etiske vurdering af vurderingen af årsagssammenhænge. Nogle vil mene, at ulighed i sundhed altid er problematisk, uanset årsagen, mens andre mener, at det afhænger af, hvad årsagerne er til uligheden. Opleves årsagerne som selvforskyldte, kan det for nogle bidrage til at gøre uligheder i sundhed mere etisk acceptable, mens andre vil finde uligheder mindre acceptable, hvis de fx har deres oprindelse i ydre forhold som fx sundhedsvæsenet selv.

Når patienter med tyktarmskræft har 30% højere risiko for at dø, hvis de har en kort uddannelse frem for en lang uddannelse, så åbner det for et spørgsmål om, hvorvidt alle patienter modtager behandling af samme høje kvalitet, og om det vil være etisk acceptabelt, hvis de ikke gør. Og når adgangen til rehabiliteringsforløb muligvis er påvirket af social status og sundhedsprofessionelles vurderinger af patienters ressourcer, så åbner det for et spørgsmål om, hvorvidt alle patienter har en let og lige adgang til sundhedsvæsenet, og om det vil være etisk acceptabelt, hvis de ikke har.

Det Etiske Råd har i forbindelse med arbejdet med lighed i sundhed konsulteret en række empiriske studier af ulighed i sundhed[4]. Overordnet viser de fleste undersøgelser en ulighed i sundhedstilstanden, dvs. at forskellige uligheder i samfundet i almindelighed – fx i indkomst, i uddannelse, i boligforhold og i helbred - er knyttet til hinanden. Personer med små indkomster lever fx generelt kortere liv, og ud af disse færre år er flere præget af sygdom. En række forskelle i uddannelse, indkomst og sundhed følges altså ad. Der er således mange epidemiologiske studier, der peger på sammenhænge i fordelingen af ulighed i sundhed.

Evnen til at identificere *sammenhænge* i fordelingen af ulighed i sundhed er dog ikke nødvendigvis lig med at kende *årsagerne* til denne fordeling. Det er heller ikke lig med at vide, hvad der skal til for at ændre ulighedernes fordeling og konsekvenser i befolkningen eller hvilke ændringer, der er *rimelige* set fra en etisk synsvinkel.

Filosoffen Norman Daniels stiller det overordnede spørgsmål: ”hvad er det vi skylder hinanden, når det drejer sig om at opretholde og fremme sundhed?”[5]
Han følger det store spørgsmål op med tre yderligere spørgsmål:

1. Hvilken etisk værdi bør vi tildele sundhed?
2. Hvornår er forskelle i sundhed uretfærdige?
3. Hvad bør lede vores praksis om at tilfredsstille sundhedsbehov, når de ikke alle kan tilfredsstilles?

Det første spørgsmål lader sig også formulere således: Er der noget særligt ved sundhed, som gør, at vi bør yde en særlig indsats for at sikre en ligelig fordeling af sundhed?

Til en start lader det sig observere, at tolerancen over for økonomisk ulighed synes meget større end over for ulighed i sundhed. En årsag er nok, at konsekvenserne af dårligt helbred er uerstattelige og derfor ikke så let lader sig kompensere. Sundhed er altså et mål i sig selv (en oplagt pointe, som den person der er syg, næppe behøver tænke længe over), men med den tilføjelse, at et godt helbred også har værdi, fordi det udgør en ressource i forhold til at uddanne sig, tage et arbejde, føre et socialt aktivt liv osv., som *tilsammen* bidrager til muligheden for at føre et liv efter egne ønsker.

Forstået på denne måde, er sundhed og sundhedsvæsenets aktiviteter af særlig etisk betydning, fordi en beskyttelse af helbredet er en beskyttelse af muligheder. De funktionstab, som er forbundet med sygdom eller handicap, indskrænker feltet af muligheder, som er åbne for os, sammenlignet med hvis vi var raske og fuldt funktionsduelige. Diskussionen af, *hvad vi overhovedet har indflydelse på,* når det kommer til sundhed (hvilke betingelser for sundhed, der er socialt og politisk påvirkelige), og diskussionen af, *hvor langt vi bør gå for at påvirke* dem, får derfor en særlig etisk betydning, idet de bidrager til at beskytte og opretholde muligheder.

Spørgsmålet om lighed i sundhed er også en prioriteringsdiskussion:
Hvordan bør en rimelig fordeling af sundhedsindsatser se ud, givet, at der er et begrænset antal ressourcer til rådighed? Hvis vi forestiller os, at vi er blevet enige om, hvilken etisk værdi vi skal tillægge lighed i sundhed, fordi vi forstår og værdsætter sammenhængen mellem sundhed og muligheder. Og hvis vi forestiller os, at vi også er blevet (tilstrækkeligt) enige om, hvilke uligheder i sundhed, der er uretfærdige, og tillige har etableret den fornødne vilje til at gøre noget ved dem.

Så er vi, på trods af al denne enighed, stadig ikke i stand til uden videre at afgøre, hvordan en rimelig fordeling af forskellige og modsatrettede sundhedsindsatser ser ud. Kontante spørgsmål udestår nemlig stadig, såsom: 'hvem skal have adgang?', ´hvad skal de have adgang til?' og 'skal alle have den samme adgang til de samme ydelser?'

Det Etiske Råd ønsker med dette projekt at beskrive og diskutere nogle af de etiske udfordringer forbundet med at sikre lighed i sundhed ved at fokusere på de etiske normer om *let og lige adgang til sundhedsvæsenet* og om *behandling af høj kvalitet*, som er forankret i Sundhedsloven. Spørgsmålet lyder: i hvilket omfang bør særlige indsatser rettet mod sårbare patienter tages i brug for at modvirke ulighed i sundhed når det gælder den lette og lige adgang til sundhedsvæsenet og et behandlingsresultat af (lige) høj kvalitet?

Særlige indsatser kan sandsynligvis udligne forskelle og skabe reelle muligheder for dem, der systematisk taber i et komplekst, specialiseret system, men de er samtidig en prioritering mellem patienter og formål og må derfor begrundes og afgrænses. Spørgsmålet handler derfor ikke blot om, *hvorvidt* man skal differentiere, men *hvor langt* man bør gå – og på hvilke præmisser. Det rejser mindst fire underspørgsmål som dette projekt ønsker at belyse og stille til debat:

- **For det første målet** – bør målet for differentierede tiltag frem for alt sikre en mere ligelig *adgang* eller et mere ligeligt *udfald*, når lige behandling giver ulige resultater?
- **For det andet midlerne** – bør man fokusere på universelle standardløft eller på målrettede, håndholdte indsatser?
- **For det tredje rammerne** – hvad stiller man op med det forhold, at brugen af differentierede tiltag også handler om begrænsninger i ressourcer, om hvad borgerne anser for retfærdig forskelsbehandling, samt risikoen for stigmatisering og fejldosering.
- **For det fjerde kriterierne** – hvem er det, der udpeges som sårbar, og på hvilket evidensgrundlag (sundhedskompetence, multisygdom, psyko-social udsathed, livskrise)?

Dertil kommer, at spørgsmålet om differentierede tiltag også rummer et professionsdilemma, forstået på den måde, at en neutral, ensartet faglighed skal kunne sameksistere med en øget social forståelse og fleksibilitet i mødet med sårbare patienter, hvis man ønsker at gøre noget ved den sociale ulighed i sundhed.
I sidste ende handler projektet derfor om, *hvor meget* ekstra tid, koordination og socialfaglig kapacitet et retfærdigt sundhedsvæsen skal afsætte – hvor, til hvem og med hvilken dokumenteret effekt på både adgang og behandlingsresultat.

Udover denne introduktion består dette projekt af tre dele. For det første *Det Etiske Råds budskaber om lighed i sundhed*. Dernæst et diskussionsoplæg med titlen *Differentiering, prioritering og positiv særbehandling – hvordan og i hvilket omfang bør der gøres noget særligt for sårbare patienter?* Endelig rummer projektet også et baggrundsafsnit med titlen *Hvad er lighed i sundhed, og hvad kan sundhedsvæsenet gøre?*

Projektet er blevet til på baggrund af et kommissorium, som rådet vedtog i juni 2021, og har haft tilknyttet en arbejdsgruppe med følgende rådsmedlemmer:
Berit Andersen (udtrådt af rådet marts 2026), Grete Christensen (udtrådt af rådet marts 2026), Anette Hygum, Knud Kristensen (udtrådt af rådet marts 2026), Lise Müller (udtrådt af rådet marts 2026), Merete Nordentoft (udtrådt af rådet marts 2026), Ida Donkin og Leif Vestergaard Pedersen (udtrådt af rådet april 2025).
Leif Vestergaard Pedersen var indtil sin udtrædelse formand for arbejdsgruppen.

I forbindelse med sit arbejde med emnet har rådet fået hjælp af en række personer, som har holdt oplæg for hele rådet, for arbejdsgruppen, eller på anden vis hjulpet med arbejdet. Rådet vil gerne sende en stor tak til disse personer.
Det drejer sig om:

- **Ove Andersen**, Professor og forskningschef samt Klinisk Forskningsafdeling, Hvidovre Hospital.
- **Kim Brixen**, Lægelig Direktør, Odense Universitetshospital.
- **Nina Brünés**, Socialsygeplejerske i Region Hovedstaden og formand for Rådet for Socialt Udsatte.
- **Susanne Oksbjerg Dalton**, Professor, Sjællands Universitetshospital, Roskilde.

- **Finn Diderichsen**, Professor Emeritus, Institut for Folkesundhed (KU).
- **Anette Kjær Ersbøll**, Professor Statens Institut for Folkesundhed (SDU).
- **Pia Kirkegaard**, Lektor, Institut for Klinisk Medicin (AU).
- **Lasse Nielsen, Professor,** Institut for Design, Medier og Uddannelsesvidenskab (SDU).
- **Maja Halgren Olsen**, Postdoctoral Researcher, Kræftens Bekæmpelse.
- **Morten Sodemann**, Overlæge Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital.
- **Jes Søgaard**, Professor Emeritus, Institut for Sundheds-tjenesteforskning (SDU).
- **Signild Vallgårda**, Professor Emerita, Institut for Folkesundheds-videnskab (KU).
- **Mogens Vestergaard**, Praktiserende læge og adjungeret Professor, Institut for Klinisk Medicin (AU).

Fra rådets sekretariat har Anne Bargisen Petersen, Frank Beck Lassen og Martin Ejsing Christensen bistået med projektledelse.

God læselyst.

Christine Nellemann
Formand for Det Etiske Råd

2. Lighed i sundhedsvæsenet

2. 1 Budskaber

Er der noget særligt ved sundhed, som gør, at vi bør yde en særlig indsats for at sikre en ligelig fordeling af sundhed? Ja, siger Det Etiske Råd. Sundhed og sundhedsvæsenets aktiviteter er af særlig etisk betydning, fordi en beskyttelse af helbredet er en beskyttelse af den enkeltes muligheder. De funktionstab, som er forbundet med sygdom eller handicap, indskrænker de muligheder, som er åbne for os, sammenlignet med hvis vi var raske og fuldt funktionsduelige.

Det Etiske Råd har derfor følgende budskab:

> **Lige behandling kræver, at vi tager ulige forudsætninger alvorligt**

Særlige indsatser for sårbare patienter kan være både retfærdige og nødvendige, når de kompenserer for ulige forudsætninger og er ledsaget af gode grunde.

Vi kunne oversætte det til: “Når patienter med nedsatte sundhedskompetencer møder et sundhedsvæsen med nedsatte patientkompetencer hindres de i at få fuldt og effektivt udbytte af sundhedsvæsenet på lige fod med andre.”
Med patientkompetencer forstås evnen til at møde forskellige livsverdener uden at forstærke ulighed.

En differentieret tilgang til patienter er både klinisk nødvendig og en etisk forpligtelse. At tage særlige hensyn til sårbare patienter gør ikke, at sundhedsvæsenet ’forskelsbehandler’ i nogen etisk eller politisk problematisk forstand, så længe sigtet er at gøre den samme kvalitet tilgængelig for patienter med ulige forudsætninger. Differentiering bør forstås som en nødvendig kompensation for patienter med nedsatte sundhedskompetencer, der i et samspil med et komplekst sundhedsvæsen hindres i fuldt og effektivt at få udbytte af sundhedsvæsenet på lige fod med andre.

Sådanne patienter er for det første berettiget til en *rimelig tilpasning*, forstået som nødvendige og passende ændringer og justeringer, som ikke indebærer en uforholdsmæssig stor eller unødvendig byrde, når dette er nødvendigt i et konkret tilfælde for at sikre, at sårbare patienter kan få samme udbytte af sundhedsvæsenets indsatser som andre.

For det andet er de også berettiget til et *universelt design*, forstået som udformning af omgivelser, ordninger og tilbud således, at de i videst muligt omfang kan anvendes af alle personer uden behov for tilpasning eller særlig udformning.

Differentiering er derfor at forstå som proportionel omhu: at gøre det, der skal til – og ikke mere end det – for at samme adgang til behandling af høj kvalitet kan komme alle til gode.

Det Etiske Råd kommer med dette budskab på baggrund af sit projekt om de etiske problemstillinger forbundet med ambitionen om at sikre lighed i sundhed.

Rådet har noteret sig, at der med den pågående reform af sundhedsvæsenet allerede er taget væsentlige skridt henimod øget lighed, eksempelvis ved at gøre systematisk brug af en differentierende honorarstruktur i almen praksis. [ref. til høringssvar om organisering af almen praksis]. Dette kan ses som eksempel på en *rimelig tilpasning* der har til formål at sikre mere ensartet udbytte af sundhedstilbud.

Det Etiske Råd har drøftet emnet 'Lighed i sundhedsvæsenet' indbyrdes og med en række eksperter. Rådet har særligt diskuteret, hvor langt man bør gå i brugen af differentieret behandling af patienter for at sikre, at de etiske normer om *let og lige adgang til sundhedsvæsenet* og om *behandling af høj kvalitet*, der er beskrevet i Sundhedsloven, respekteres. Spørgsmålet lyder: i hvilket omfang bør særlige indsatser rettet mod sårbare patienter tages i brug for at modvirke ulighed i sundhed, når det gælder den lette og lige adgang til sundhedsvæsenet og et behandlingsresultat af (lige) høj kvalitet?

Hvor Det Etiske Råd i 2022 påpegede[6], at en kerneværdi som omsorg i sundhedsvæsenet under de seneste årtiers specialisering, centralisering og effektivisering møder udfordringer, er rådets konklusion, at lighed (som ideal og værdi) står i samme svære situation. Sårbare patienter falder i højere grad mellem stolene, og den enkeltes patients netværk, ressourcer og evne til at navigere bliver således afgørende for udbyttet af den behandling vi stiller til rådighed. Det skaber store uligheder i sundhed, som ellers strider mod sundhedslovens målsætning om lige og let adgang for alle.

Særlige indsatser kan sandsynligvis udligne forskelle og skabe reelle muligheder for dem, der systematisk taber i et komplekst, specialiseret system, men de er samtidig en prioritering mellem patienter og formål, og må derfor begrundes og afgrænses. Det Etiske Råd har derfor følgende øvrige budskaber:

- **Lighed i sundhed er en prioriteringsdiskussion**
  Hvordan ser en rimelig fordeling af sundhedsindsatser ud, nu der er begrænsede ressourcer til rådighed? Selv hvis der etableres bred enighed om, hvilke uligheder i sundhed, der er uretfærdige, og også findes vilje til at gøre noget ved dem, kan det ikke nødvendigvis afgøre, hvordan en rimelig fordeling af forskellige og modsatrettede sundhedsindsatser ser ud. Kontante spørgsmål vil opstå, hvis man ønsker at differentiere behandlinger: 'hvem skal have adgang?', ´hvad skal de have adgang til?' og 'skal alle have den samme adgang til de samme ydelser?'

- **Differentiering er ikke et privilegium, men en kompensation for ulige forudsætninger**
  Samme tilbud kan have forskellig effekt, fordi patienters eksponering, modtagelighed og tilpasningsevne varierer. Differentiering er således et middel til at gøre den samme faglige standard reelt opnåelig. Dette kræver, at sundhedsprofessionelle ser ud over standardpatienten og spørger, hvad der konkret hindrer sårbare patienter i at få tilstrækkelig gavn af et tilbud.

- **Når sundhedskompetencerne er nedsatte, skal patient-kompetencerne øges**
  Sundhedsvæsenet bør arbejde bevidst på at gøre større brug af differentierede tiltag, der både kan *støtte og vejlede*. Dels med henblik på at sikre, at *adgangen* til sundhedsvæsenet er let og lige for alle, og dels med henblik på at øge ligheden i *resultatet* af behandlinger. Når patienter har varierende grad af sundhedskompetencer, giver det også mening, at sundhedsvæsenet tilpasser sine patientkompetencer derefter.

Læs videre på næste side →

Et sundhedsvæsen, der forudsætter selvstyring, høj egenomsorg, digitalt overblik og transportfleksibilitet, favoriserer ressourcestærke. Sårbare patienter har brug for et patientkompetent sundhedsvæsen med nærhed, kontinuitet og tovholdere, der kan bygge bro til sociale indsatser. Når dette mangler, forstærkes uligheden – ikke ud af ond vilje, men som en bivirkning af et systemdesign.

- **Differentierede tiltag bør være systematiske og gennemsigtige**
  Rådet anbefaler, at der etableres politiske rammer for, hvornår og hvordan særlige tiltag kan anvendes med henblik på lighed i resultat. En synlig diskussion af og tilladelse til at prioritere vil styrke legitimiteten og modvirke skjulte, ubegrundede forskelle. Derfor bør der i alle tilfælde anvendes klare og reviderbare kriterier for særbehandling af sårbare patienter. Udpegningen af sårbare bør tage udgangspunkt i dokumenterede forhold (fx lav sundhedskompetence, multisygdom eller psykosocial udsathed).

3. Debat: Differentiering, prioritering og positiv særbehandling

– hvordan og i hvilket omfang bør der gøres noget særligt for sårbare patienter?

3. 1 Indledning

Som det fremgår af baggrundsnotatet *Hvad er lighed i sundhed og hvad kan sundhedsvæsenet gøre* er et af de centrale spørgsmål i forbindelse med debatten om lighed i sundhed, hvordan man *ser på* lighed i sundhed. Går man primært til (u)lighed i sundhed som et *gradueret* fænomen, sådan som det fx er tilfældet, når man interesserer sig for, at et uddannelsesniveau som skolelærer medfører en lavere risiko for tidlig død end hvis man er ufaglært arbejder, mens akademikere lever længere end skolelærere, og akademikere med en Ph.D.-grad længere end akademikere uden[7]. Eller går man primært til lighed i sundhed som et *dikotomt* fænomen, sådan som det fx er tilfældet, hvis man især interesserer sig for den *udtalte* ulighed i sundhed, som personer med alvorlige psykiske lidelser og misbrug fx oplever?

De to tilgange udelukker selvfølgelig ikke hinanden, idet man sagtens kan være optaget *både* af de mange gradsforskelle i ulighed i sundhed, som fx er forbundet med uddannelsesniveau fra ph.d. til ufaglært, *og af* den form for udtalt ulighed i sundhed, som adskiller særligt udsatte og sårbare fra resten af befolkningen uanset uddannelsesbaggrund. Men fordi både årsagerne til de to former for ulighed og midlerne til eventuelt at rette op på dem ofte er forskellige, vil det i praksis ofte ikke give mening at behandle dem sammen.

I dette debatoplæg og den ledsagende tekst med Det Etiske Råds synspunkter har Det Etiske Råd valgt at tage afsæt i den *dikotome* forståelse af ulighed og fokusere på de særligt sårbare patienter, som oplever en udtalt grad af ulighed i sundhed. Valget skyldes ikke, at rådet finder det uvigtigt at diskutere de etiske problemstillinger, som knytter sig til en gradueret forståelse af (u)lighed i sundhed.
Men når man er nødt til at vælge, er det, som rådet ser det, særligt vigtigt at forsøge at hjælpe dem, som i udpræget grad er udsatte og sårbare, og det er derfor, rådet i dette diskussionsoplæg (og i sine ledsagende synspunkter) har valgt at tage afsæt i den dikotome forståelse af lighed i sundhed og lægge op til debat af, hvem de sårbare patienter er, hvad det vil sige at differentiere til fordel for sårbare patienter, og hvilke fordele og ulemper det kan have at gøre det.

3. 2 Hvem er sårbare patienter?

Sårbarhed er forbundet med forestillinger om smerte, skade og det at blive såret, og dernæst til skrøbelighed, svaghed, udsathed. Et sår udgør et brud på den hele, velfungerende person: det gør ondt, det forstyrrer, det hæmmer de daglige funktioner. Termerne 'sårbar' og 'sårbarhed' er ikke brugt særligt ofte i hverdagssproget. Dertil forbindes det for meget med manglende kontrol med eget liv eller med, at man ikke magter de situationer, man møder. På den anden side er de fleste personer nok opmærksomme på, at de ikke altid er så stærke som de ville ønske, de var. Vi kan stå i en livskrise, komme ud for en ulykke eller blive ramt af sygdom. Og de fleste er også opmærksomme på, at nogle oftere end andre træffes af uheld, uden præcist at kunne forklare hvorfor, ud over at risikoen for at lide skade under nogle omstændigheder, for nogle personer, er større end ellers.

Hermed antydet, at der både er noget universelt og almenmenneskeligt over det at være sårbar, samtidig med at det også bruges til at betegne en særlig udsathed som, uden at man af den grund nødvendigvis selv er skyld i den, er mere person- eller situationsbunden. Samtidig er der en vis normativ kraft forbundet med at bruge ordet. Sårbare afkræver andre personer - og måske særligt professionelle med rolle og ansvar - særlige tiltag, som kan hjælpe og beskytte. Man kan sige, at sårbarhed fungerer som en advarselslampe om, at nogle mennesker har brug for særlig opmærksomhed. Af samme årsag er sårbarhed også forbundet, om end på lidt uklar vis, med forestillinger om en retfærdig behandling. At være sårbar bruges som en moralsk relevant skelnen mellem personer, som kan retfærdiggøre omfordeling af både byrder og goder.

I Danmark er begrebet ”den sårbare patient” blevet centralt i diskussionerne om, hvordan man i det kliniske arbejde skal håndtere forekomsten af ulighed i sundhed. Et eksempel herpå kunne være Morten Sodemanns store katalogværk *Sårbar? Det kan du selv være. Sundhedsvæsenets rolle i patienters sårbarhed*, som fokuserer på mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle, altså på kvaliteten af relationer i sundhedsvæsenet:

> *[…] sårbarhed er noget alle mennesker besidder, det kan både være sundt og usundt, hensigtsmæssigt og uhensigtsmæssigt, konstruktivt og ukonstruktivt eller nødvendig og unødvendig. Det centrale er at om, hvornår og hvordan det kommer til udtryk afhænger af rammerne, relationen og processen. Hypotesen er at læger, sygeplejersker, jordemødre og andre ansatte i sundhedsvæsnet er med til at skabe og forstærke sårbarhed hos patienter […]. Kun med et blik for at sårbarhed opstår i relationer kan vi reducere uhensigtsmæssig og unødvendig sårbarhed”.*[9]

I citatet om det kliniske møde mellem patient og professionel bliver det tydeligt, at mennesker er sårbare: alle kroppe forfalder og er modtagelige for sygdomme og påvirkninger fra et miljø, alle mennesker lærer at begå sig, socialiseres og opbygger vaner og adfærd. Det bliver dog også tydeligt, at vi *gøres* sårbare, fordi ressourcer og muligheder både er forskelligt distribueret i befolkningen og i sundhedsvæsenet.

Det er derfor relevant at understrege, at *alle patienter er sårbare*. Det ligger fx indbygget i det at blive syg eller at have en funktionsnedsættelse pga. en kronisk tilstand. Men der er også brug for yderligere at sondre, så begrebet ikke taber beskrivelseskraft. Det er i en vis forstand ’de sårbare blandt de sårbare’, som begrebet søger at opspore. Den velstillede person, der i kraft af tilværelsens uforudsigelighed bliver syg, modtager behandling og derefter på tilfredsstillende vis kan genoptage livet, evt. med funktionsnedsættelser som bliver håndteret på tilfredsstillende vis, har blot været *midlertidig sårbar.* Hvad vi er ude efter, er de, der på et dybere niveau er sårbare, og hvor sårbarheden er mere langfristet eller endda permanent.

Det er derfor vigtigt at understrege, at *nogle af os er mere sårbare*, idet vi fx er der gennem hele livet og ikke bare i en kortere periode. Ellers risikerer vi at udvande begrebet. Dette indebærer, at der skal et større arbejde til for at bruge det i en specifik sammenhæng: der skal siges mere om vanskeligt stillede patienter, end at de er sårbare. Hvis ikke et sådant arbejde foretages, er der en fare for, at begrebets moralske relevans fortoner sig, når alt for mange personer kan siges at være sårbare. På dette punkt mimer begrebet 'sårbarhed' den problematik om gradientforståelsen af ulighed (som åbner for at alle personer, relativt betragtet, er udsat for ulighed) og en mere dikotomisk forståelse, hvor nogen i en absolut forstand er berørt af ulighed, som blev nævnt indledningsvist og som er beskrevet mere uddybende i Baggrund.

Årsagen til, at sårbarhed er et etisk begreb, er, at beskrivelsen af personer som sårbare kalder på handling. Dette skyldes, at sårbarhed betegner et *potentiale*. Man kan såres, men såret er ikke indtruffet endnu. Fordi personen er udsat, i fare eller i risiko for X, er der samtidig også en mulighed for at forebygge eller modvirke. Der er plads til at gøre noget. Nogen kan endnu hjælpes. Skaden er ikke sket. Der er således tale om et normativt begreb. Og som andre normative begreber rummer det en appel om at gøre noget, og leverer grunde til at handle[10]. For sundhedsvæsenet gælder det, at hvis nogen er sårbare, så må vi skabe et miljø eller en praksis som afhjælper – og i hvert fald ikke bidrager yderligere – til den ulighed i behandlingsresultat, som sårbarheden foranlediger.

Der er dog en række yderligere nuancer som skal tages i betragtning. Det er vigtigt at kunne forstå sårbarhed som *potentiel* og derfor ikke noget, der pr automatik kan tilskrives grupper eller kategorier og at sårbarhed er *relationel* og *graduel*[11].

For det første er der forskel på kategorien ældre og ældre individer. Både individer og grupper kan være sårbare. Man skal blot huske på, at individer og kategorier er to forskellige ting. At udpege sårbare grupper eller populationer indebærer ikke, at hvert individ i kategorien er sårbar eller har den samme sårbarhed hele tiden. Det er meningsfuldt at udpege ældre som sårbare, eller i hvert fald at fremhæve alder som en faktor i etableringen af sårbarhed. Som ældre er du udsat for et almindeligt forfald, både biologisk og kognitivt og dermed udsat for større risici, når det gælder sygdom eller ulykker. En række risici forbundet med at blive ældre er velbeskrevne, og ældre kan derfor af en række medicinske årsager beskrives som sårbare. Men gruppen 'ældre' viser også, at der er forskel på kategorien ældre og så det ældre individ. Mens 'ældre' som kategori rimeligt nok kan beskrives som potentielt sårbare, så kan ældre have ret forskellige sociale, økonomiske og uddannelsesmæssige baggrunde.

Sagt på en anden måde, så er der forskel på en 'at-risk' population (der *kan* rumme sårbare) og så reelt sårbare. Men det er en balancegang. Kritikken af kategoriseringer må helst ikke medføre, at man så ikke tør fokusere på populationstræk. Man skal have en forsigtighed, når man betragter psykisk sygdom eller alder som risikofaktorer, men også være åben for, at hvis ældre eller psykisk syge har en lav socio-økonomisk status, forøger det risikoen for at være decideret sårbar.

Sårbarhed afhænger af omstændighederne, og er derfor ikke et statisk fænomen. Det er derfor afgørende at beskrive, hvad der nøjagtigt skaber eller vedligeholder sårbarheden på *dette* sted, for netop *denne* gruppe. Et eksempel herpå kunne være hjemløses sårbarhed. At være hjemløs er at være sårbar, for det indebærer et stort tab af kontrol. Hjemløse mangler en række ressourcer, der muliggør egenomsorg og kæmper derfor med en række problemer, såsom at finde ly for vejret eller at passe på sine tænder. På grund af manglende personlige ressourcer konfronteres den hjemløse med et væld af uoverkommelige sundhedsudfordringer. Dette understreger sårbarhedens relationelle karakter, for ideelt set ville ingen være særligt udsat på grund af vejret. Blot er det sådan, at for den hjemløse er der uoverskueligt mange faktorer involveret i sårbarheden: store systemiske forhold (økonomiske konjunkturer, fattigdom, indvandring), institutionelle forhold (alternative bo-muligheder, hjemløsepolitikker), relationelle forhold (brudte forbindelser og familier) og personlige forhold (handicap, sygdom, afhængighed, alder, etnicitet).

Og hvad er så implikationerne af at bruge sårbarhed som samlebetegnelse for den ulighed i sundhed, som vi ønsker at beskrive og vurdere i sundhedsvæsenet?

Som sagt stammer dets normative kraft fra at det udpeger potentialer. Sårbarhed er en betinget størrelse. Vi kan blive udsat for skade, vi er i risiko for at blive såret, men skaden behøver ikke være indtrådt. Der er forskel på potentialet for at lide skade, og så at blive skadet. Hermed peges der på muligheder og sandsynligheder – og muligheder og sandsynligheder kan mindskes, hvis man foretager sig noget. Dette er den normative appel indbygget i begrebet. Brugen af kategorien sårbar advarer os om at være forsigtige, inviterer os til at være omsorgsfulde og opfordrer os til at gøre noget.

Man kan i den forbindelse måske tale om negative og positive pligter, som opstår, når sårbarhedens advarselslampe bliver tydelig. De negative krav har karakter af 'lad være med/undgå at' og rummer et krav om tilbageholdenhed fra den sundhedsprofessionelles side. Det handler om ikke at fremture med 'de almindelige' krav, det kunne være om rettidighed, sygdomsforståelse, efterlevelse af planer, men også i et større perspektiv, ikke at fremture med krævende organiseringer af

behandlingsforløb. De positive krav har karakter af et 'kunne man ikke/ville det ikke være muligt at', og rummer et krav om, at der gøres yderligere, i form af særlige tiltag der kan hjælpe sårbare personer.

Som filosoffen Uffe Juul Jensen har påpeget, udgør sårbarhed først og fremmest et heuristisk redskab, som skal gøre sundhedsprofessionelle aktive, nysgerrige og søgende:

"Det moralske princip giver nogle retningslinjer. Men først og fremmest sætter det os på en opgave. Det sætter os på en opgave gennem konkrete analyser at nå frem til den bedst mulige indsigt i, hvem der er de svage grupper; hvad det er, der gør de svage til svage, hvilke muligheder (ressourcer) de svage selv har for at styrke det positive, hvordan andre kan bistå dem, hvilke muligheder der er for at forebygge gruppers eller individers svaghed og afhængighed."[12]

3. 3 Hvad vil det sige at differentiere?

Som det fremgår af baggrundsnotatet *Hvad er lighed i sundhed og hvad kan sundhedsvæsenet gøre?* kan patienters baggrund og livsomstændigheder spille en stor rolle for både adgangen til sundhedsvæsenet og for de behandlingsresultater, det er muligt at opnå som sårbar patient. 'Baggrund' og 'livsomstændigheder' er vage termer, men indikerer, at mennesker lever under forskellige forhold. Hvis man accepterer dette, og accepterer, at 'baggrund og livsomstændigheder' har en stor indflydelse på, hvem der bærer sygdomsbyrden og hvilke ressourcer man besidder dertil, rejser det et spørgsmål om, hvilke konsekvenser det så skal have for indretningen af og selvforståelsen i, sundhedsvæsenet?

Til en start bør det siges, at differentierede ydelser ikke er nogen nyhed i sundhedsvæsenet. En række kommuner tilbyder fx særligt tilrettelagte rygestopkurser, Bispebjerg Hospitals Flexklinik tilbyder en lettere adgang til og udbytte af behandling i sundhedsvæsenet samt bedre tværsektorielle overgange for socialt udsatte patienter, Sociolancen i Region Hovedstaden tilbyder en kombineret socialfaglig og sundhedsfaglig indsats, som kan hjælpe socialt udsatte borgere og en række hospitaler benytter sig fx af socialsygeplejersker, som hjælper sårbare patienter, der udover sygdom har andre problemer, som gør det svært at være i behandling på et hospital.

I rapporten "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet" peger Sundhedsstyrelsen da også på, at differentiering allerede finder sted, og det fremhæves også, at det bør udforskes som en mere systematisk mulighed. Herom hedder det:

> *Analysen viser, at flere patienter har multiple og svære problemstillinger, som rækker ud over ét specifikt sundhedsmæssigt problem, og som kan forstærke udfordringer i mødet og kræver mere tid i konsultationerne. Det betyder, at patienter, herunder patienter med lavere socioøkonomisk status, risikerer at ende i en uafklaret situation og derfor ikke modtager den nødvendige hjælp eller behandling. Når sundhedsprofessionelle ikke har den ekstra tid til at løse denne type af udfordringer, kan det resultere i, at patienterne ikke får den rette behandling. Handlingsorienterede initiativer omkring mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter kan dermed være vanskelige at implementere, hvis de organisatoriske og strukturelle rammer ikke understøtter det. Derfor bør sundhedsvæsenet i højere grad organiseres, så det er indrettet til patienter med forskellige socioøkonomiske baggrunde. Dette indebærer, at de sundhedsprofessionelle skal have tiden og ressourcerne til at give dem, som har brug for det, længere konsultationer og skræddersyede tilbud.*[13]

Interviewede sundhedspersoner peger fx på, at geografisk nærhed, fleksible åbningstider, f.eks. åbningstider om aftenen eller weekend samt ”drop-in” ydelser kan være vigtige. De nævner også, at påmindelser om aftaler og opfølgende kontakt er vigtigt for patienter, som har en tendens til at glemme og misse aftaler. Flere af de sundhedsprofessionelle nævner fordele ved at assistere patienter med transport til konsultationer. Samlet set peges der på, at det, hvis man vil række ud mod sårbare patientgrupper, er nødvendigt at formulere et opgør med den neutrale, gennemsnitlige, optimale patient, som de ikke finder at man bør opbygge et sundhedsvæsen omkring.

At ’differentiere’ er i sin mest udramatiske betydning blot at skelne mellem patienter. På trods af samme sygdom kan det være aldeles relevant fx at tage højde for patienters alder og fysiske konstitution. Dette skyldes, at differentiering, forstået som kunsten at skelne og at opdele, er dybt integreret i den medicinske videnskab og sundhedsfaglig praksis. Al aktuel behandling, ud fra en almindelig medicinsk logik, om man vil, er tilpasset den kausalitet man erkender er relevant for sygdomsbehandlingen.

På baggrund af viden om fx genetik ved man, at bestemte tiltag vil/vil ikke have en effekt og at tilpasse behandlingen til *sådanne forskelligheder* hos patienter, vil vi næppe kalde for særbehandling eller tage som et udtryk for en prioritering. Der er blot tale om en 'mere korrekt behandling', givet patienters forskelligheder.

Så hvad er det, vi taler om, når vi yderligere taler om at 'differentiere'?
Ja, vi må i udgangspunktet tale om en anden type forskelligheder, hvor tvivlen om i hvilket omfang, eller om vi overhovedet, bør tilpasse sundhedsindsatsen, forekommer større. Med øget differentiering menes der nærmere noget i stil med at tage hensyn til nogle af de sociale faktorer, som er beskrevet i Baggrund: social baggrund, uddannelsesniveau, økonomisk formåen, multisygdom, psykisk sygdom, geografisk placering, etnicitet osv.

Spørgsmålet er, om en øget brug af differentiering vil være en væsensforskellig udvidelse af et sådant hensyn til 'sygdomskausalitet', hvis man udvidede kausalitetsforståelsen til også at gælde sociale determinanter? Det er, som beskrevet i Baggrund, veletableret, at sociale determinanter influerer på behandlingsresultater, og at en behandlingsindsats, som ikke tager højde for denne viden, derfor vil have ringere effekt.

Dette skal dog ses i sammenhæng med et syn på ligebehandling, der hænger sammen med en mere strikte biomedicinsk differentiering. Denne repræsenterer nemlig en form for godartet medicinsk en-øjet-hed, som blot tager patienten som en neutral baseline. Det har den store ligebehandlende fordel, at der *ikke* bliver prioriteret mellem patienter, fx efter uddannelsesmæssig, økonomisk eller etnisk baggrund. Der ses i mindre grad en person og i højere grad et medicinsk problem. I denne helt almindelige sammenhæng gøres der ingen forskel, eller omvendt, ingen behandles formelt ens, alle behandles med udgangspunkt i deres behov, uden moralsk bekymring om, hvorledes dette behov er opstået. Den biomedicinske tilgang etablerer en 'neutral baseline'.

Men det er også her, en del af problemet opstår. Det er rosværdigt, at der ses 'lige gennem patientens baggrund' hen mod 'det medicinske problem' for på denne måde er det ikke gruppetilhørsforholdet, der dikterer behandlingen Men det er også denne måde at se på patienten, der kan gøre blind over for andre sammenhænge. For at komme nærmere nogle af de forhold, der også influerer på behandlingens resultat, er det nødvendigt at kunne se mere end patienten. Spørgsmålet om differentiering, opprioritering eller positiv særbehandling kan derfor forekomme problematisk, set ud fra en bestemt forståelse af, hvad det vil sige at være sundhedsprofessionel.

Dette 'dobbeltblik' kan være vanskeligt at mestre, og kan fremkalde betydelige etiske dilemmaer. Det Etiske Råd er tidligere stødt på en lignende problemstilling, der handler om balancen mellem dels neutralitet og distance, og så engagement og social forståelse, i sit arbejde med udøvelsen af omsorg i sundhedsvæsenet. Her pegede rådet på, at en afgørende standard for det professionelle arbejde udøvet af læger, sygeplejersker, SoSu-assistenter, laboranter og øvrige ansatte i sundhedsvæsenet er, at det må være *upartisk* og *sagsorienteret*. Det gælder om at hjælpe alle patienter, og de må hjælpes med det rette og det vedkommende, snarere end alt muligt, man som sundhedsperson kunne være motiveret af. Det professionelle virke er forankret i et forhold, der er uafhængig af selve relationen: den er typisk forankret i et sundhedsfagligt problem.

Det sundhedsfaglige motiv er med til at sætte en ramme for hjælpen. Det er den syge som syg, den lidende som lidende, der sætter rammen. Det er ikke den videre person og dennes situation, der er i centrum, nej, det er en sundhedstilstand. Motivet skal så at sige, ikke findes i relationen til den enkelte person, men i behovet. På den anden side går det ikke an at behandle alle patienter på præcis den samme måde. At der overhovedet er en balance at opretholde skyldes, at relationer mellem mennesker kan være forskellige alt efter social baggrund. Hvis der ikke tages hensyn til personers sårbarheder i behandlingen, så risikerer man at gå på kompromis med en høj behandlingskvalitet. For at *virke*, må behandlingen i en række tilfælde gå særligt langt i sin tilpasning til patienter.

Sundhedsstyrelsens rapport om "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet" siger da også, at en af vanskelighederne i forhold til ulighed i sundhed er, at sundhedsprofessionelle skal kunne meget mere end det rent sundhedsfaglige og løse meget forskellige opgaver (f.eks. både fungere som læge, psykolog og sagsbehandler) for, at patienter med lavere socioøkonomisk status og sundhedskompetence og komplekse helbredsproblemer får det rette udbytte af sundhedsvæsenets ydelser.

3. 4 Solidaritet, ressource-begrænsning og prioritering

Sundhedsvæsenet er båret af en solidarisk finansiering, hvor borgerne bidrager efter betalingsevne gennem skatter, og hvor adgangen til ydelser er universel. Det betyder, at alle borgere har samme adgang uafhængigt af, hvor meget de selv har bidraget økonomisk. Dette princip er ikke unikt for sundhedsvæsenet, men findes også i andre dele af velfærdsstaten, eksempelvis folkeskolen. Til forskel herfra er visse andre ydelser dog behovsprøvede og tildeles kun, hvis man opfylder særlige kriterier, fx kontanthjælp, boligsikring eller hjemmehjælp. De er *differentierede*, og der er foretaget en *prioritering* ud fra en bedømmelse af *behov*.

Det viser, at velfærdsstatens organisering hviler på et miks: på én gang brede, universelle tilbud, der skal sikre en høj og ensartet grundstandard, og målrettede, differentierede ydelser, som skal udligne skævheder og modvirke fattigdom og ulighed.

Det samme dobbelte hensyn gør sig gældende i sundhedsvæsenet. Universelle ydelser skal have en kvalitet og tilgængelighed, som det brede flertal finder tilfredsstillende, ellers mister systemet legitimitet, og der risikeres, at borgerne søger alternativer i private ordninger. Mange af de politiske indsatser i sundhedsvæsenet – højere behandlingskvalitet, kortere ventetider, bedre adgang – skal derfor forstås som forsøg på at sikre denne balance. Hvis befolkningen mister tillid til, at det offentlige sundhedsvæsen både leverer tilstrækkelig kvalitet og sikrer lige adgang, risikerer vi, at selve grundprincippet udfordres. Solidaritet, betalingsvilje og systemets bæredygtighed hænger tæt sammen.

Men selv inden for denne ramme må der foretages prioriteringer. At sikre lige adgang og høj kvalitet forudsætter hele tiden valg om, hvordan ressourcerne skal fordeles. Spørgsmålet er derfor ikke, om der skal prioriteres, men hvordan og i hvilket omfang. Nogle prioriteringer er ”påtvungne” af begrænsede ressourcer, andre er ”ønskede”, fordi man bevidst vil rette en særlig indsats mod grupper, der vurderes at have større behov. I begge tilfælde gælder, at prioriteringer indebærer at vælge noget frem for noget andet, og dermed også at fravælge.

Diskussionen af differentieret behandling falder netop ind her. At differentiere mellem patienter er samtidig at prioritere mellem patienter, for det betyder, at ekstra ressourcer – tid, opmærksomhed, penge – kanaliseres mod nogle og ikke andre. Og det er at prioritere mellem formål, fordi man vælger at vægte hensynet til lighed i resultat eller til de mest sårbare højere, end princippet om ensartethed i indsats.

Differentiering er således aldrig blot et teknisk greb, men også en værdimæssig beslutning om, hvem der skal have mere, og hvem der må nøjes med det generelle tilbud.

At ressourcerne faktisk er begrænsede, viser flere udviklingstræk. Den demografiske forskydning med flere ældre betyder både flere behandlingskrævende patienter og højere udgifter pr. ældre patient. Nye medicinske teknologier og avanceret behandling øger løbende udgiftsniveauet. Dertil kommer politiske prioriteringer i form af kræftpakker, ventetidsgarantier og udredningsrettigheder, som hver for sig trækker ressourcer i bestemte retninger. Samtidig stiger forventningen til og brugen af sundhedsydelser, efterhånden som diagnosticering og behandlingsmuligheder bliver bedre. Hidtil har man forsøgt at imødegå presset med produktivitetsgevinster – nye teknologier, stordriftsfordele, højere grad af egenomsorg – men udviklingen peger på, at prioriteringer næppe kan undgås.

I prioriteringsdebatten skelnes ofte mellem ”prioritering af nød” og ”prioritering med vilje”. Den første handler om at afgrænse ydelser, fordi ressourcerne ikke rækker – og kan opleves som i modstrid med idealet om lige adgang. Den anden handler om bevidst at tilgodese nogle grupper særligt, netop fordi vi ønsker at reducere ulighed i sundhed. I begge tilfælde er der tale om prioritering, og i begge tilfælde må den etiske begrundelse være tydelig. Sundhedsvæsenets målestok – hvad vi forstår ved dets kerneopgaver – bliver dermed også målestok for, hvilke prioriteringer der er legitime.

Et teknisk, men centralt begreb her er ”differentiel omkostningseffektivitet”.
Når man vælger at målrette en indsats mod de mest sårbare, accepterer man ofte, at der kunne være opnået mere sundhed for de samme penge, hvis indsatsen var lagt på en bredere og bedre stillet gruppe. Til gengæld opnår man større retfærdighed, fordi indsatsen kommer dem til gode, der ellers systematisk har ringere muligheder. Dette viser, hvorfor differentieret behandling ikke blot er et spørgsmål om faglig tilpasning, men også en etisk prioritering af, hvordan samfundets ressourcer bedst skal anvendes for at fremme lighed i sundhed.

Dette er særligt vigtigt i et sundhedsvæsen som er blevet mere komplekst (specialisering, centralisering, flere aktører og overgange) og med en øget egenomsorgsdiskurs, som forudsætter proaktiv adfærd, overskud og navigationskompetence.
To passager fra rådets redegørelse om *Omsorg i sundhedsvæsenet* fra 2022 giver et godt billede af, hvad det er for en udvikling, som gør en bevidst etisk prioritering nødvendig, hvis man vil fremme lighed i sundhed for de mest sårbare:

> *Siden 1980'erne er antallet af hospitaler i Danmark faldet støt til fordel for større enheder med en markant større specialisering og et højere aktivitetsniveau. Aktiviteten har bevæget sig væk fra ubegrænsede, lange hospitalsophold, mod kortere, ambulante ophold ved hjælp af hurtigere diagnostik og behandling. Det er sigende, at den gennemsnitlige liggetid i 1930'erne lå på omkring en måned. I 2008 var den på 4,3 dage mens den i dag er 3,4 dage (2018 tal, somatisk behandling). Danmark har den laveste liggetid i Europa, og med flere ambulante behandlinger og accelererede behandlingsforløb på vej, ventes liggetiden at falde yderligere.*[14]

Og:

> *Specialisering har medført skarpere arbejdsdeling mellem sygehuse, så patienter behandles på flere forskellige sygehuse. Behandlingsforløb bliver mere fragmenterede i kraft af samme specialisering med den konsekvens, at den enkelte patient kan opleve forøget aktivitet i form af kontroller og check i samme forløb. I stedet for ét langt indlæggelsesforløb tilbydes i dag ambulant forundersøgelse, dagkirurgi, evt. kort indlæggelse, så ambulant kontrol, derefter genoptræning. Dette har medført, at særligt hospitaler i dag er store enheder præget af et stort antal forskellige faggrupper med forskellige sygdoms- og omsorgsbegreber, som håndterer et væld af forskellige kontakter på en baggrund af korte liggetider. Sådanne omlægninger har skabt store produktivitetsstigninger, men de har også skabt komplicerede forløb for patienter og personale idet informationsmængden er øget, muligheden for kommunikationsforstyrrelser er øget og koordineringsudfordringer er taget til.*[15]

For patienter med gode ressourcer kan udviklingen være frigørende. For mange sårbare indebærer det dog et dobbelt pres i form af flere opgaver, færre forklaringer, mindre tid og større afstand, hvilket kan være yderst udfordrende, hvis man ikke har gode ressourcer, høj egenomsorg, gode digitale kompetencer og et stærkt netværk omkring sig til at kunne overskue, planlægge og administrere de mange kontaktflader. I klinisk praksis viser det sig let som udeblivelser, lavere efterlevelse, kortere samtaler, misforståelser og brudte forløb – og kan være anledninger til professionelles oplevelse af, at 'systemet i sig selv' er den største barriere. I den situation kan et stort fokus på sundhedskompetencer forvandle sig til en negativ udpegning. Når resultater udebliver, antager man, at patienten manglede vilje, mens det måske i virkeligheden ofte var patientkompetencer eller et mere fleksibelt og imødekommende system, der manglede. Og hvis det er tilfældet, vil det blive klart, at det også er en ledelsesopgave på både højere (politisk) og lavere (afdelingsledelses)niveau, hvis der skal kompenseres for de uhensigtsmæssigheder overfor sårbare patienter, som sundhedsvæsenets udvikling har medført.

3. 5 Fordele og ulemper ved differentierede indsatser: offentlighed, stigmatisering og kompetenceophedning

Med differentierede indsatser sigtes der til en vifte af mulige interventioner og organisatoriske tiltag, som gennem en opprioritering af sårbare grupper søger at ændre på status quo i sundhedsvæsenet. At gøre noget særligt for nogle – ved at give mere tid, udvise større opmærksomhed, bruge flere penge eller mønstre fleksibilitet – er aldrig neutralt. Det er både udtryk for en faglig justering og en etisk prioritering mellem patienter og mellem formål. Når Det Etiske Råd spørger, om særlige tiltag er retfærdige eller rimelige, bør spørgsmålet derfor formuleres tydeligt: Er det retfærdigt at gøre brug af særlige tiltag – frem for at gøre noget andet? Eller: Er det retfærdigt at gøre brug af særlige tiltag til nogle – fremfor til alle? Her er "noget andet" ofte den fortsatte tilslutning til status quo. Den etiske bedømmelse kan derfor ikke løsrives fra et blik for de uligheder, som allerede eksisterer, og fra den forståelse for ulighedens mekanismer, som er beskrevet i Baggrund.

Det er muligt at mene, at det over en bred kam er rimeligt at prioritere særlige tiltag til sårbare grupper; man kan mene, at det i en række veldefinerede tilfælde er rimeligt; eller man kan hævde, at rimeligheden udelukkende kan afgøres konkret, fra tilfælde til tilfælde. Uanset hvilket synspunkt man anlægger, kræver bedømmelsen af differentierede indsatser både principiel klarhed og empirisk omhu:

Hvad er interventionens sigte, på hvilket grundlag udvælges modtagere, hvilke resultater forventes, hvem fortrænges, og hvordan følges ulighedseffekter over tid?

Nedenfor samles tre diskussioner, som ofte afgør, om differentierede tiltag kan anses for legitime. De angår spørgsmålet om offentlighed omkring differentierende tiltag, stigmatisering og kompetence-'ophedning'.

Differentieringer, op- og nedprioriteringer samt positiv særbehandling kan være kontroversielle, fordi de indebærer, at personer behandles forskelligt på baggrund af særlige træk. Derfor ses også en variation i graden af offentlighed omkring differentieringer. Nogle er eksplicitte og politisk forankrede, andre lever som uskrevne praksisser, og i sjældnere tilfælde skjules de – eller eksisterer uerkendt som følge af vaner, fordomme eller lokale traditioner.

Fordelen ved eksplicit offentlighed er tydelig. Når et tiltag begrundes og beskrives, skærpes kravet om relevans og sammenhæng. Man må forklare, hvorfor disse patienter, hvilken gevinst efterstræbes, hvor sandsynlig gevinsten er, hvad der ikke bliver gjort som konsekvens – og hvem der dermed ikke får del i ressourcerne. Ekspliciteringen øger gennemsigtigheden i den uundgåelige prioritering mellem patienter og formål og kan dermed styrke legitimiteten.

Ulempen kan være, at en offentlig diskussion om konkrete differentieringer kan udløse konflikt og mistillid – især hvis debatten reduceres til karikaturer af "favorisering" og "særbehandling". Alligevel er skjulte prioriteringer formentlig værre. De er svære at begrunde, kan erodere tillid og gøre læring umulig. Spørgsmålet bliver derfor hvilken form for offentlighed, der er påkrævet.
Her kan man forestille sig tre veje:

Én vej fokuserer på, at det frem for alt er politikere, der som borgernes repræsentanter bør gøre sig en række offentlige overvejelser om, hvilke prioriteringer, der skal foretages. Fordelen er, at der opnås demokratisk legitimitet og fælles rammer. Ulempen kan være upræcise eller alt for rigide retningslinjer. En anden vej overlader i højere grad beslutninger til et fagligt skøn tæt på praksis. Fordelen er præcision, relevans og smidighed. Ulempen er risikoen for lavere legitimitet og større variation. En oplagt tredje vej vil være en hybrid mellem de to førstnævnte, hvor principper og kriterier debatteres og fastlægges politisk, mens de konkrete programmer og deres implementering overlades til fagprofessionelle med krav om dokumentation og evaluering.

Offentlighedsdimensionen rummer også et dilemma for professionelle. Sundhedspersoner forstår sig med rette som patientens fortaler. Rollen som gatekeeper og ressourceforvalter kan derfor opleves som en trussel mod den kliniske autonomi og mod idealet om at gøre det bedst mulige for den patient, der sidder foran én. Spørgsmålet er, hvilke former for grænsesætning og prioritering, sundhedspersoner kan udøve med tilstrækkelig moralsk autoritet. Hvem har legitimiteten til at etablere begrænsninger og privilegier? Et muligt svar peger igen mod en kombination af politisk forankrede rammer og fagligt informeret skøn, hvor professionen både beskyttes mod vilkårlighed og forpligtes på at begrunde og måle effekter – herunder effekter på ulighed.

At 'diskriminere' er i ordets grundbetydning blot at skelne og at behandle tilfælde forskelligt. I et retfærdighedsperspektiv bliver diskrimination først uretfærdig, når forskellen baseres på uvedkommende træk. Differentierede indsatser kan derfor beskrives som en form for "anti-diskriminerende diskrimination" og et forsøg på at foretage en udvidet klinisk skelnen, der søger at kompensere for ulige forudsætninger, så den samme faglige standard reelt bliver opnåelig. Netop derfor er *grundlaget* for at skelne afgørende. For ikke at blive stigmatiserende må særlige tiltag hvile på velanalyserede og veldokumenterede indikatorer fremfor på stereotyper[16]. Her er epidemiologi og interventionsforskning centrale. Som der peges på i Baggrund er det sådanne indikatorer, der sammen med inddragelse af målgruppen kan levere pålidelige indikationer på, hvem der med rimelighed vil have gavn af særlig hjælp, og hvor indsatsen gør mest gavn i forhold til ulighed.

På den anden side kan differentierede tiltag også give anledning til bekymringer. En første bekymring handler om vanskelighederne ved at træffe 'de rigtige sårbare'. Enhver målretning opererer med typiske tilfælde. Det rummer risiko for fejlklassifikation, idet man enten tilskriver sårbarhed til nogen, der ikke har den, eller man overser sårbarhed hos andre. Det skyldes, at social ulighed i sundhed er et statistisk fænomen, som i og for sig er uafhængigt af de individer, som udgør de respektive grupper, befolkningen inddeles i. Derfor risikerer man meget let at påføre enkeltpersoner problemer, de ikke har (eller omvendt at overse udfordringer, de måske har), når man omtaler problemer og løsninger, der har med social ulighed at gøre – simpelthen fordi der bliver opstillet nogle forventninger til og forestillinger om, hvem der er sårbar, og hvem der er ressourcestærk. Et differentierende program må derfor have muligheden for individuel korrektion indbygget, og der må følges op på restgrupper, som falder uden for typologierne.

En beslægtet udfordring drejer sig om risikoen for stigmatisering. Differentierede tiltag leder efter træk ved personer eller grupper, der gør dem til genstand for særlige initiativer. Som forskning beskriver, kan iagttagelsen af et 'træk' dog også reducere personen i vores blik[17]. At placere nogen i en særkategori kan – hvis det gøres forkert – forstærke en 'dem og os'-retorik, låse modtageren i en passiv rolle som offer og give anledning til moralsk fordømmelse. Spørgsmålet er, om stigmatisering er en nødvendig følge af differentiering? Så galt står det næppe til. Forskellen er, om særlige tiltag ledsages af forstående og empatiske eller nedladende antagelser om modtagerne, fx når kriterierne for hjælp er uklare eller uigennemsigtige, når kommunikationen er mangelfuld, eller når personalets omgangstone bliver moralisering i stedet for faglig omsorg. Omvendt opstår stigmatisering også, hvis man i sundhedsvæsenet totalt ignorerer forskelle – for så lægges ansvaret alene på individet, og udeblevne resultater tolkes let som personlige svigt.

Stigmatiseringskritikken må derfor ses i forhold til det eksisterende niveau af ulighed i sundhed. Mange af hverdagens ulighedsskabende mekanismer er, som det fremgår af baggrundsnotatet, *stille*. De består af organisatoriske barrierer, ekspertsprog, implicitte forventninger om egenomsorg, "gatekeeper"- vaner og social distance. Spørgsmålet er ikke kun, om et tiltag i sig selv kan stigmatisere, men om gruppen samlet set – i det store billede – vil opleve mere eller mindre stigmatisering, hvis tiltaget gennemføres. Og her spiller spørgsmålet om offentlighed også ind. En ordentlig forklaret og gennemsigtig begrundelse for særbehandling kan mindske mistolkninger, mens hemmelighedskræmmeri øger risikoen for rygter og skam.

Opsamlende kan det det siges, at differentierede indsatser kan være både retfærdige og nødvendige, når de kompenserer for ulige forudsætninger, er gennemsigtigt begrundet, hviler på klare og relevante kriterier, og evalueres for deres effekt på ulighed. Men de kan også være problematisk udformede, hvis de skjules, hvis de hviler på stereotype forestillinger, hvis de fastlåser mennesker i kategorier, eller hvis de lægger stadig mere ansvar på patienter og professionelle uden at tilføre kapacitet og tilstrækkelige rammer.

4. Baggrund: Hvad er lighed i sundhed, og hvad kan sundhedsvæsenet gøre?

4. 1 Sundhedsloven og det etiske ideal om lighed i sundhed

Dette baggrundsafsnit handler om, hvad lighed og ulighed i sundhed er, hvordan den sætter sig igennem hos den enkelte og i befolkningen, hvilke mekanismer der opretholder den, og hvilken rolle sundhedsvæsenet spiller i forhold hertil.
Tanken er, at en vis forståelse af disse forhold er en forudsætning for at kunne tage stilling til det, som er dette projekts hovedspørgsmål, nemlig: Hvorvidt og hvordan sundhedsvæsenet bør bidrage til bekæmpelsen af social ulighed i sundhed.
I udgangspunktet kan lighed og ulighed optræde.

Som nævnt i indledningen har Det Etiske Råd valgt at fokusere på dette spørgsmål, fordi en forpligtelse til at modvirke ulighed i sundhed synes at udspringe af de etiske normer om *let og lige adgang til sundhedsvæsenet* og *behandling af høj kvalitet*, som er centralt forankrede i Sundhedsloven.
I Sundhedslovens §1 hedder det således, at ”Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte”.

Efterfølgende, i §2, kvalificeres dette formål yderligere. Her understreges det, at formålet med en lovgivning for sundhedsvæsenet er, at der kan stilles visse krav til sundhedsvæsenet. For det første må omgangen med personer have sit udgangspunkt i respekten for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Dernæst peges der på en række behov, som sundhedsvæsenet skal kunne opfylde. Når det drejer sig om lighed i sundhed, er det de to første behov, som er væsentlige. Det formuleres, at sundhedsvæsenet skal opfylde behovet for ”1) let og lige adgang til sundhedsvæsenet” og ”2) behandling af høj kvalitet”. Mens ’let og lige adgang’ handler om tilgængeligheden af sundhedsvæsenets ydelser, handler ’høj kvalitet’ om hvor *gode* ydelserne er.

Forskellen mellem de to krav i Sundhedslovens §2, som beskrives her, sløres let af det forhold, at både formålet 'let og lige adgang' og formålet 'behandling af høj kvalitet' har 'lighed' som det bagvedliggende normative ideal. Det er værd at understrege, for når forskere forsøger at kortlægge og forklare forekomsten af mønstre i ulighed i sundhed sker det ofte af en grund, som ikke altid gøres eksplicit, nemlig, at i hvert fald nogle former for ulighed anses for *uretfærdige*.

Som oftest er der to forskellige former for lighed på spil i diskussionen af, hvorfor og hvornår uligheder også er uretfærdige. På engelsk er det muligt at sondre mellem 'equality' og 'equity'. På dansk kan det formuleres således:[18]

- Lighed i muligheder (='equality'), hvor en hovedpåstand kunne lyde: Det er alt andet lige uretfærdigt, hvis nogle har ringere mulighed for at opnå goder end andre. Fokus i denne forståelse af lighed er på, om personer har lige gode muligheder – fx en let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Hvordan de så forvalter disse muligheder, kan siges at være op til dem selv.
- Lighed i resultat ('equity'), hvor en hovedpåstand kunne lyde: Det er alt andet lige uretfærdigt, hvis nogle har færre goder end andre. Fokus i denne forståelse af lighed er på, om personer har det samme udfald eller resultat i forhold til et gode – fx en høj kvalitet i behandlingen. Interessen samler sig således om, hvor lige fordelingen af goder er, efter at patienter har været i kontakt med sundhedsvæsenet.

Hovedkravet om 'let og lige adgang til sundhedsvæsenet' i Sundhedslovens §2 – velsagtens det bedst kendte 'princip' fra sundhedslovens formålsbestemmelser - udtrykker et ideal om universel adgang til sundhedsvæsenet. Den ofte fremhævede tanke bag lyder, at det netop er som en universel og fordringsløs 'ligestillende' institution, at sundhedsvæsenet kan være med til at kompensere for den ulighed i sundhedstilstanden, som sociale mekanismer i samfundet er med til at skabe. Økonomisk formåen skal ikke afgøre, om man har adgang til væsentlige sundhedsydelser, og grunden til, at adgangen skal være 'let' og ikke blot lige, skyldes muligvis en opmærksomhed på, at der findes barrierer for adgang, som gør det svært for nogle at få adgang. Det stærke fokus på 'adgang', som giver billedet af en dør eller en tærskel, der er med til at definere et 'udenfor' og et 'inden for' sundhedsvæsenet, leverer et manende billede: uden for sundhedsvæsenet råder der hierarkier og forskelle, inden for sundhedsvæsenet forvandles man til patient, og disse behandles alle ens, uanset baggrund.

Kravet om 'behandling af høj kvalitet' er mindre kendt, men ikke mindre vigtig af den årsag. Ofte bruges dette 'princip' til fremhæve, at alle borgere, uanset deres geografiske placering, har krav på ensartet behandling, både når det drejer sig om, hvad der tilbydes, og hvilken kvalitet der leveres. Af hensyn til ligheden i adgang er det vanskeligt at skulle acceptere, at fx nogle hospitaler eller nogle regioner undlader at indføre nye behandlinger, fordi de er for dyre, mens andre hospitaler eller regioner indfører dem. Alle bør således have adgang til fx samme type moderne knæoperation, og alle skal modtage samme veludviklede og kvalitetsbevidste operative procedure, men ikke alle kan garanteres samme funktionsevne et år efter operation eller samme tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Grundtanken bag en sådan forståelse lyder, at de første forhold står det i sundhedsvæsenets magt at kontrollere, mens de sidste forhold beror på en række sammenhænge, som det i høj grad er ude af sundhedsvæsenets hænder at influere på.

Det kan være meget vanskeligt at beskrive og iværksætte 'det gode' i et sundhedsvæsen, selv om mange på et intuitivt plan har en forståelse for, at det udgør hovedformålet for et sundhedsvæsen at gøre godt. Derfor tales der i sundhedsvæsenets dagligdag som regel om *kvaliteten* af ydelser i sundhedsvæsenet og om hvordan en sådan kvalitet *sikres*. Ved at fokusere på 'kvalitet' frem for blot, om en tilstand er god, bliver det lettere at dele 'det gode' op i overskuelige størrelser, at måle 'det gode', samt at sætte mål for 'det gode'. På den baggrund er det muligt at pege på en række kvalitetsdimensioner, som alle spiller en rolle for 'det gode sundhedsvæsen':[19]

- **Kvalitet har en objektiv dimension**
  Behandlingsresultater vil ofte have en målelig dimension, det kan være overlevelseshyppighed eller hyppigheden af infektion efter en bestemt operation.
- **Kvalitet har en subjektiv dimension**
  Ved siden af en medicinsk effekt af behandling er der også en oplevet side af en behandling. Patienter vil opleve utilfredsstillende forløb som dårlig kvalitet. Det Etiske Råd har beskæftiget sig indgående med denne kvalitetsdimension i sit arbejde med omsorg i sundhedsvæsenet.[20]
- **Kvalitet har en økonomisk dimension**
  Højt objektiv og subjektivt oplevet kvalitet ville ikke være så vanskeligt at opnå, hvis ikke det var fordi, at effektivitet også udgjorde et relevant kvalitetsmål, da begrænsede ressourcer bør udnyttes bedst muligt.
- **Kvalitet har en etisk dimension**
  I kraft af den ressourcebegrænsning, der sætter effektivitet og kvalitet i forbindelse med hinanden, opstår der et etisk spørgsmål om, hvorledes den rette fordeling af de begrænsede ressourcer bør se ud. Hvis ressourcer bør udnyttes så effektivt som muligt, så bør de også udnyttes så retfærdigt som muligt – men hvad vil det sige?

De fire nævnte dimensioner i kvalitetsbegrebet er ikke de eneste relevante, fx drejer kvalitet sig ikke bare om, hvad sundhedsvæsenet kan levere her-og-nu, det har også en fremadrettet dimension, der drejer sig om sundhedsvæsenets fremtidige holdbarhed. Forudseenhed angående befolkningens sygdomsudvikling, sundhedsvæsenets organisering og struktur, samt personalets tilstrækkelighed og uddannelse, spiller også væsentlige roller.

Spørgsmålet er således, hvilke af kvalitetens dimensioner, der er vigtige for at vi kan kalde sundhedsvæsenets ydelser retfærdige. Er det kun geografiske kriterier, der bør være afgørende for forståelsen af 'behandling af høj kvalitet', eller kunne social baggrund, som et sammenligningskriterium for ligebehandling, være lige så relevant? På samme vis kan det være relevant diskutere, hvorledes man bør forstå

'høj kvalitet'. Det synes afgørende at diskutere, om sundhedsvæsenet er forpligtet på at *prøve* lige godt i alle tilfælde, forstået på den måde, at alle har krav på let og lige adgang, og samme kvalitet i *forsøget* på at behandle. Eller om sundhedsvæsenet er forpligtet på at skabe det samme *resultat* af en behandling for alle. Alt efter hvor stor vægt man lægger på ulighedens knudrede oprindelse i dybere livsforløb (en stor del af årsagerne til ulighed i sundhed skyldes faktorer fra et samlet livsforløb, fx opvækstforhold, uddannelse, økonomisk baggrund, arbejdsmiljø, sundhedsadfærd, og er således grundlagt inden man får kontakt med sundhedsvæsenet), forekommer det måske som et urealistisk krav at pålægge sundhedsvæsenet, at skulle sikre et lige resultat for patienter med meget forskellige forudsætninger.

4. 2 Eksempel: Rigsrevisionens kritik af sygehusenes behandlingskvalitet

Et systematisk anlagt eksempel på sundhedsvæsenets håndtering af kravet om behandling af høj kvalitet, sådan som den er indskrevet i Sundhedsloven, finder man i Rigsrevisionens beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene. Mens formålet 'let og lige adgang' kan siges at sikre lige muligheder i adgangen til sundhed, er det formålet om 'behandling af høj kvalitet', der skal sikre det lige udfald af en given behandling.

Rigsrevisionen påpeger meget eksplicit, at det er kravet om behandling af høj kvalitet, som udgør det principielle grundlag for deres arbejde med at sammenligne behandlingsresultater for patienter med forskellige sociale baggrunde. Det er således et krav om lighed i resultat Rigsrevisionen holder frem for Sundhedsministeriet og regionerne i deres rapport fra 2019.

I rapporten konkluderes det, at socialt dårligt stillede patienter får en ringere behandling, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Patienter, som er dårligt stillede på en række parametre som alder, uddannelse, indkomst, samlivsstatus, arbejdsmarkedstilknytning, sværhedsgrad af aktuel sygdom, fik i den undersøgte periode fra 2007-2016, sjældnere tilbudt en behandling, som fulgte retningslinjerne for de sygdomme, der blev undersøgt (hjertesvigt, slagtilfælde (apopleksi), KOL og hoftenære lårbensbrud).

I dele af den undersøgte periode blev forskellene ikke mindre, men tværtimod større (registreret som et fald i opfyldelsen af det nationale mål om behandling af høj kvalitet i perioden 2015-2017 på landsplan og i alle regioner fra 63,5% til 57,5%).

I undersøgelsen har man anvendt data fra RKKP (nu Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut), regionernes kliniske kvalitetsdatabaser, og sammenholdt disse med patienternes baggrund, for derefter at måle på, hvor godt sygehusene er lykkedes med at opfylde de kliniske retningslinjerne, som indeholder mål for den mest optimale behandling. Analysen undersøgte, hvor mange patienter, der fik opfyldt kriterierne for den optimale behandling, og hvilken baggrund de i så fald havde.

Det er værd at fremhæve, og det gør Rigsrevisionens rapport også en pointe ud af, at forskelle i kvalitet ikke nødvendigvis udgør et problem, hvis der er tale om bevidste, faglige valg. Men, hvis forskellene er opstået som følge af, at der ikke er foretaget bevidste valg, er der tale om ubegrundede forskelle. Rigsrevisionens konklusion er bekymrende og lyder, at forekomsten af ubegrundede forskelle synes at skyldes en manglende interesse for resultatet af behandlinger, forstået på den måde, at Sundhedsministeriet og regionerne ikke har taget tilstrækkeligt initiativ til at sikre sig viden om, hvorvidt der forekommer ubegrundede forskelle i behandlingskvaliteten. Som det hedder, så gør rammerne (RKKP, Regionernes kliniske databaser) det muligt at monitorere udviklingen i behandlingskvaliteten i regioner og på sygehuse og at afdække årsager til eventuelle forskelle. Problemet er blot, at det ikke analyseres, om patienter med ens behandlingsbehov og forskellig baggrund får samme høje behandlingskvalitet. Kritikken lyder, at der ikke er opmærksomhed på, om forskelle i behandlingskvaliteten kunne afhænge af andet end fx egne arbejdsgange og kapacitet. Spørgsmålet om, hvorvidt forskelle i resultater har en sammenhæng med patientkarakteristika i form af alder, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning, undersøges simpelthen ikke.

Undersøgelsens resultater tegner et generelt billede af, at retningslinjerne for behandlingskvalitet ikke følges i lige så høj grad for patienter med lav uddannelse, lav indkomst, som bor alene og har en høj alder, som for de patienter, der er bedre stillede.

På den måde skyldes størstedelen af forklaringskraften bag forskellene i resultat forhold, der er etableret uden for sundhedsvæsenet. Dette har man dog forsøgt at tage højde for i undersøgelsen. Det er derfor værd at bemærke, at der ikke er tale om aktiv diskrimination eller forskelsbehandling. Som undersøgelsen fremhæver, så skyldes forskellen i opfyldelsen af kriterierne for optimal behandling sandsynligvis, at man ikke er tilstrækkeligt opmærksom på den rolle, man i sundhedsvæsenet er med til at spille. Foretages behandlinger forskelligt, alt efter social baggrund, er det ikke utænkeligt, at man risikerer at forstærke eksisterende uligheder, under henvisning til, at uligheden i behandlingsresultater skyldes den generelle ulighed i sundhed i befolkningen.

Eksempler på resultater fra Rigsrevisionens rapport. Med 'optimal behandling' indikeres, at de kliniske retningslinjer er blevet fulgt.

Hjertesvigt	42% af de bedst stillede patienter fik den optimale behandling. 5% af de dårligst stillede patienter fik den optimale behandling
KOL	93% af de bedst stillede patienter fik den optimale behandling. 8% af de dårligst stillede patienter fik den optimale behandling
Apopleksi	75% af de bedst stillede patienter fik den optimale behandling. 47% af de dårligst stillede patienter fik den optimale behandling
Brækket hofte/lårbensbrud	34% af de bedst stillede patienter fik den optimale behandling. 11% af de dårligst stillede patienter fik den optimale behandling

Et eksempel på en procesindikator for hjertesvigt, hvor man fandt betydelige ubegrundede forskelle, var 'struktureret undervisningsprogram', hvor indikatoren viser, om patienten har påbegyndt et individualiseret undervisningsprogram om ernæring, fysisk træning og medicin- og sygdomsforståelse. Eller sagt mere direkte: det viser sig, at der er store forskelle i, hvem man overhovedet sætter til at lære mere om egen sygdom.

Et eksempel på en procesindikator for KOL, hvor man fandt store ubegrundede forskelle, var 'ernæringstilstand', hvor indikatoren viser, om patienten får målt sit BMI med henblik på evt. ernæringstilskud og ernæringsterapi. Eller sagt mere direkte: det viser sig, at der er store forskelle i, hvem man følger op på med henblik på at sikre en god ernæring.

De identificerede forskelle i overholdelse af kliniske retningslinjer er et godt eksempel på, hvor vanskeligt det kan være at identificere social, uformel og dermed ubegrundet forskelsbehandling. Ingen har jo sat sig for at forskelsbehandle patienter eller øge uligheden i forekomsten af død og genindlæggelser, selvom der findes stærke indikationer på, at det finder sted. Hvor der ud fra princippet om (samme) høj(e) kvalitet i behandlingen ikke burde være nogen forskel på, hvilken behandling forskellige patienter med den samme sygdom får, når de kommer på sygehuset, viser Rigsrevisionens rapport, at der er betydelige forskelle i både den tilbudte og gennemførte behandling.

4. 3 Lighed i sundhed i et epidemiologisk perspektiv

Som Rigsrevisionens rapport er et eksempel på, findes der mange undersøgelser af lighed i sundhed i Danmark. I disse undersøgelser bruger man ofte ordet 'social' til at beskrive ligheden eller uligheden, sådan som det fx er tilfældet i Sundhedsstyrelsens rapport 'social ulighed i sundhed og sygdom', fra 2020[22]. Bag denne brug af ordet 'social' i forbindelse med diskussionen af lighed og ulighed i sundhed ligger ofte et epidemiologisk perspektiv. Vendingen 'social ulighed i sundhed' bliver i et sådant perspektiv til en lidt underforstået forkortelse for nogle meget komplekse forhold. Når et resultat af en undersøgelse konstaterer, at risikoen for at dø, inden man fylder 65 år, er næsten fire gange så høj for de, der kun har en grundskoleuddannelse, sammenlignet med de, der har en videregående uddannelse, er dette udtryk for en epidemiologisk betragtning af sundhed.

'Epidemiologi' kommer af det græske 'epi' (hos), 'demos' (folk) og 'logos' (lære/viden om) og betegner dermed 'viden om det, der er fælles hos folket'. Med en mere moderne sprogbrug hedder det, at epidemiologi er studiet af sundhed og sygdom i relation til befolkninger eller befolkningsgrupper[23]. I grunden er det forskelle mellem grupper, som er i centrum, idet epidemiologi beskriver forskelle i risici eller sygelighed mellem forskellige befolkningsgrupper. Der er hermed tale om et særligt perspektiv som i særklasse får sin berettigelse, når det drejer sig om at beskrive og forklare uligheder i sundhed på gruppe- eller befolkningsniveau.

Mens et epidemiologisk perspektiv altså betragter ulighed i sundhed på gruppe- og befolkningsniveau, ser det ofte anderledes ud for sundhedsprofessionelle. I stedet for sociale grupper møder sundhedsprofessionelle således som regel enkeltpersoner, der har overskredet en tærskel for at søge hjælp. De har taget kontakt og fået adgang til sundhedsvæsenet. De er kommet indenfor. Sådanne sundhedsprofessionelle ser sygdom fra et patientperspektiv, hvor et hjælpebehov har manifesteret sig med en vis tydelighed. Et sådant individperspektiv på sygdom og sundhed adskiller sig på en række punkter fra et befolkningsperspektiv. Hvis man ser på sundhed og sygdom i et befolkningsperspektiv, kan man fx få øje på en række forhold, der spiller en rolle for personer, som ikke søger hjælp. Pointen er, at man kan nå frem til ret forskellige konklusioner om, hvad der er skadevoldende forhold, ved at se tingene i et befolkningsperspektiv frem for et patientperspektiv.

Hvis social ulighed generelt forstås som, at der er forskelle i levevilkår og besiddelsen af væsentlige goder mellem forskellige grupper i samfundet, så forstås der ved social ulighed i sundhed, at forskellige grupper besidder godet 'sundhed' på forskellige niveauer. Ved sundhed forstås fravær af sygdom og dødelighed, og ved at uligheden er social forstås, at den er sammenfaldende med ulighed i besiddelsen af andre centrale goder (fx uddannelse, job, indkomst).
Læg mærke til, at det er sammenfaldet, der er det interessante.

Ulighed
De sociale og økonomiske faktorer, som på samfundsniveau bedst beskriver, hvordan magt og velstand er fordelt i det pågældende samfund, er samtidig de bedste indikatorer på, at placeringen i den sociale struktur på individniveau har indflydelse på helbredet[24]. Fordi de regnes for de stærkeste, er de tre hyppigst anvendte indikatorer uddannelse, job og indkomst. Uddannelse, fordi det er en stærk forudsiger om mulighed for succes i arbejdslivet, afspejler en generel intellektuel kapital, samt peger tilbage på social arv og opvækstbetingelser. Job, fordi arbejdslivet udgør en af samfundets vigtigste arenaer for livsudfoldelse og ofte udgør forbindelsesleddet mellem uddannelse og indkomst. Og endelig indkomst, fordi det på en meget direkte måde relaterer til de materielle og ikke-materielle forhold, der påvirker helbredet.

Social

Ordet 'social' bruges i sammenhæng med 'ulighed' netop til at indikere et gennemgående sammenfald i socio-økonomisk position og adgangen til goder – i en bred forstand. Helt kort formuleret udtrykker uligheder sig i forskellige socialt formidlede fænomener, såsom uddannelsesniveau, økonomisk formåen eller arbejdsmarkedsdeltagelse. Betegnelsen 'social' siger dermed noget om sygdomsmekanismernes karakter, nemlig, at man kan sætte ind over for dem på andre måder end gennem medicinsk behandling. Det er derfor, at søsterbegrebet til behandling er forebyggelse, der som praksis kan påvirke sundhedstilstande ved at gøre noget ved sygdomseksterne faktorer såsom arbejdsmiljø, livsstil eller organiseringen af hospitalssektoren.[25]

Sundhed

Ordet 'sundhed' udgør en fællesbetegnelse for kroppens og psykens tilstand. I en traditionel bio-medicinsk forståelse af sundhed er der tale om en negativ definition, hvor sundhed betegner fraværet af sygdom. WHO arbejder dog med en bredere forståelse af sundhed, der beskrives som; "A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"[26]. I denne positive variant drejer sundhed sig ikke kun om fravær af sygdom, men om det hele liv og den generelle trivsel. Forskellen handler om, hvorvidt sundhedsvæsenets mål bør være at identificere patologiske tilstande, som skal undgås, eller en mere ideel tilstand, der skal efterstræbes.

4. 4 Hvilken betydning har sundheds-væsenet for lighed i sundhed?

Et centralt spørgsmål i forbindelse med diskussionen om lighed i sundhed er som nævnt indledningsvist, hvilken rolle sundhedsvæsenet spiller. Men hvad er sundhedsvæsenet egentlig? Vi bruger ordet 'sundhedsvæsen' som en samlebetegnelse for hele den institutionelle ramme for sygdomshåndtering og sundhedsfremme i Danmark.

De danske Regioner har ansvaret for hospitalerne og den specialiserede del af sundhedstjenesten, bl.a. personer med handicap og distriktspsykiatri. Kommunerne varetager en række opgaver der knytter sig til sundhedsfremme, forebyggelse, hjemmepleje, skolesundhedspleje, børnetandpleje, sundhedsplejersker og rehabilitering. Private aktører omfatter bl.a. praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer og apoteker. De sidstnævnte modtager ofte refusion for deres ydelser, som i så fald afholdes af regionerne.

Almen praksis har traditionelt været borgernes første, frie og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet og udfylder dermed en rolle som generalist, gatekeeper og tovholder, og indgår på den måde som en integreret del af sundhedsvæsenet.
I de senere år er der sket en udvikling af sygehusene, som er blevet mere specialiserede med kortere indlæggelsestider. Med den forventede stigning i antallet af ældre, borgere med kroniske sygdomme eller multisygdom, samt borgere med funktionsnedsættelser, er det et samlet sundhedsvæsen, som fremover skal være i stand til at koordinere patientforløb. I et forløbsperspektiv varetager sundhedsvæsenet forebyggelse, diagnostik, behandling, rehabilitering og pleje samt uddannelse og forskning. I Det Etiske Råds arbejde med lighed i sundhed har fokus primært været på de fire midterste indsatser (diagnostik, behandling, rehabilitering, pleje), hvor almen praksis, regionernes sundhedsvæsen og den kommunale del af sundhedsvæsenet spiller en rolle.

Det skulle gerne stå klart af ovenstående, at sundhedsvæsenet er en kompleks og varieret organisation, hvor mange forskellige opgaver løses af forskellige medarbejdere. Igennem dette baggrundsnotat vil der blive henvist til 'sundhedsvæsenet'. Dette indbefatter hele sundhedsvæsenet som beskrevet her, dvs. som forløb, som forskellige sektorer og som forskellige personalegrupper eller ansvarslag.

Det ofte brugte udtryk 'social ulighed i sundhed' bruges primært på to måder. Dels om ulighed i sundhedstilstanden, dvs. om *risikoen* for at blive syg og skulle leve med følgerne af sygdom, dels om ulighed i sundhedsvæsenet, dvs. i *brugen* af sundhedsvæsenet og i den behandling, man får, hvis man er patient.[27]

Nyere undersøgelser af sundhedstilstanden for forskellige grupper og profiler viser alle, at uligheden i *risiko* for at blive syg har mange og komplekse årsager. En række forskelle i samfundet, såsom tidligt grundlagte livsstilsforhold, forskelle i adgangen til sunde livsstilsvalg, forskelle i adgangen til skole og idrætstilbud, kulturelle forskelle, forskelle i adgang til sociale netværk, og forskelle i traditioner og forældres overskud, bidrager alle hertil. Som det fremgår, er årsagerne til denne ulighed først og fremmest at finde *uden for* sundhedsvæsenet.

Uligheden i adgang til sundhedsydelser og til en ensartet behandlingskvalitet finder dog også sine årsager *inden for* sundhedsvæsenet. Idet der er store forskelle på ressourcer og forudsætninger i befolkningen som sådan, er der også forskelle i evnen til at passere de barrierer, der måtte være for adgang til støtte og behandling. Disse forskelle kan i høj grad være betinget af de samme årsager som skaber en ulighed i risiko, fx forskelle i uddannelsesniveau eller økonomisk formåen, eller i adgangen til at få kompetent støtte fra et netværk i forbindelse med henvendelser for at få behandling.[28]

Den mest realistiske forståelse af sundhedsvæsenets muligheder er nemlig, at det kan spille en større rolle for uligheden i konsekvenser af sygdom, end for uligheden i risiko for at blive syg.

Denne sondring mellem et 'inden for' og et 'uden for' sundhedsvæsenet er af stor betydning, for den er forudsætningen for en realistisk bedømmelse af, hvad sundhedsvæsenet kan gøre ved ulighed i sundhed. Den mest realistiske forståelse af sundhedsvæsenets muligheder er nemlig, at det kan spille en større rolle for uligheden i *konsekvenser* af sygdom, end for uligheden i *risiko* for at blive syg.

Det er en udbredt forestilling, at et universelt sundhedssystem er skabt med henblik på, og derfor også medvirker til, at begrænse eller udrydde ulighed i sundhed. Det første vil ofte være rigtigt, mens det andet ikke uden videre følger.
Et velkendt eksempel på dette er oprettelsen af det engelske NHS i 1948. Senere undersøgelser, fx den såkaldte 'Black-report' fra 1980, viste, at store uligheder i sundhed stadig eksisterede tredive år efter oprettelsen af et sundhedsvæsen med universel adgang. 'Whitehall-studierne', foretaget i 1985-88, viste, at uligheder i sundhed følger samfundets øvrige uligheder tæt[29]. Det faktum, at de socialpolitiske indsatser og et udbygget sundhedsvæsen overraskende nok ikke fjernede den sociale ulighed i sundhed, bragte spørgsmålet højere op på den politiske dagsorden i WHO og europæiske lande op gennem 1980'erne og 90'erne, og i Danmark siden årtusindskiftet.[30]

Længe inden den moderne velfærdsstat så dagens lys, var de sociale årsager til og de sociale konsekvenser af sygdom vigtige argumenter for etableringen af social- og sygeforsikringer. Gennemgående sociale forandringer og tværgående sundhedsindsatser i form af bedre ernæring samt forbedrede bolig- og hygiejneforhold går derfor forud i tid for store vaccinationsprogrammer og introduktionen af antibiotika, og forklarer størstedelen af forbedringerne hen mod længere og sundere liv, langt mere end fremskridtene i moderne medicin.[31]

Der kan ikke sættes lighedstegn mellem sundhed og sundhedstilbud. Det er ikke eksistensen af sundhedstilbud af høj kvalitet, der afgør den almene sundhedstilstand.

Én ting står derfor klart. Der kan ikke sættes lighedstegn mellem sundhed og sundhedstilbud. Det er ikke eksistensen af sundhedstilbud af høj kvalitet, der afgør den almene sundhedstilstand. En mængde forhold influerer eller bestemmer helbredstilstanden i befolkningen og dens underinddelinger, og de har langt større indflydelse, end adgangen til behandling. Livsforhold kan være langt mere konsekvensrige, end adgangen til sundhedsydelser. Sygdom har sine kilder i det levede liv, så at sige.

Når det gælder tilfælde af lungekræft og trafikuheld, som begge er tilfælde af sygdom eller skade, så træder sundhedsvæsenet til. Men bør vi sige, at ethvert tiltag, der vil reducere dødsfald, hører ind under et lands sundhedsvæsen? Måske, det kan være svært at afgøre. Oplysning om rygning kan tænkes som et sundhedsinitiativ, mens trafikplanlægning traditionelt falder uden for sundhedsvæsenet. Men hvorfor er grænserne trukket således? Hvis man tænker på, at kvinders læsefærdigheder i visse udviklingslande ifølge WHO spiller den største enkeltstående rolle for børnesundheden[32], forekommer det rimeligt at sige, at undervisningssystemet i et land har stor betydning for sundheden, men vel næppe, at det dermed burde forstås som en del af sundhedsvæsenet? Det kan forekomme småabsurd overhovedet at rejse spørgsmålet, men er i grunden et logisk spørgsmål at stille, hvis sundhed betragtes i et befolkningsperspektiv. Således er de sociale determinanters logik.

Det er dog også med til at komplicere diskussionen om sundhedsvæsenets eget ansvar for at medvirke til eller at bekæmpe ulighed i sundhed. Hvis man har den forståelse, at det ikke nødvendigvis er dem, hvis titel starter med sundhed, der er bedst til at håndtere ulighed i sundhed, åbner det for den mulige holdning, at 'der er ikke så meget at gøre' som læge, sundhedsplejerske eller sundhedschef. I hvert fald ikke, hvis man sammenligner deres virke med effekten af at minimere fattigdom, øge kvaliteten i daginstitutioner, sikre at flere gennemfører ungdomsuddannelser, sikre varierede beskæftigelsesmuligheder, øge indflydelsen på eget arbejdsliv og et bedre arbejdsmiljø.[33]

At en realistisk bedømmelse af sundhedsvæsenets indflydelse på sundhedstilstanden, ser således ud, foranlediger naturligt nok til spørgsmålet: burde Det Etiske Råd ikke rette opmærksomheden mod ulighed i sundhed, sådan som den opstår uden for sundhedsvæsenet? Hvorfor skal vi gøre så meget ud af sundhedsvæsenet som et behandlingssted, når nu vi ved, at det sammenlignet med andre faktorer har en relativt beskeden indflydelse på sundhedsmæssige nøgletal såsom levetid?

Det skal vi, netop fordi sundhedsvæsenet er sat i en vanskelig situation, som skaber etiske dilemmaer for sundhedsprofessionelle i kliniske sammenhænge og for de beslutningstagere, som er ansvarlige for sundhedsvæsenets opbygning og finansiering. Ulighed i sundhed udgør for sundhedsvæsenet et komplekst problem, forstået på den måde, at sundhedsvæsenet ikke står med nøglerne til en løsning af dets egne ulighedsproblemer, da de er et udtryk for samfundets komplette organisering, og ikke alene det danske sundhedsvæsens.[34]

Dertil kommer, at legitimiteten af sundhedsvæsenets virke er udtryk for en balancegang. Tiltag i sundhedsvæsenet med henblik på at differentiere behandlinger, prioritere mellem patienter eller gøre brug af positiv særbehandling i tilfælde af ulige adgang til eller ulige resultat af behandling, er etisk omstridte, og kan derfor udfordre sundhedsvæsenets legitimitet.

4. 5 Eksempel: Ulighed i kræftbehandling i Danmark

I 2019 lavede Kræftens Bekæmpelse en hvidbog om den sociale ulighed i kræftbehandling i Danmark. I den bliver det tydeligt, at kræftpatienter, som har en kort uddannelse, lav indkomst eller bor alene, er dårligere stillet i deres kræftforløb, end patienter med lang uddannelse, høj indkomst eller samboende partner. I oversigtsform ser undersøgelsens hovedfund således ud:

- **Social ulighed i forekomst af kræft:**
  Mange kræftformer forekommer hyppigere blandt personer, som har en kortere uddannelse, lav indkomst eller bor alene. Årsagen er delvist, at nogle risikofaktorer for kræft, såsom tobak, kost og overvægt (de tre væsentligste livsstilsårsager til kræft), optræder oftere eller i større grad i disse grupper.
- **Social ulighed i diagnosticering og behandling:**
  For de fleste former for kræft er der en større risiko for, at kræft opdages i et senere stadie blandt personer med lav socio-økonomisk status. Kræftknuden er ofte større, eller har oftere spredt sig til andre steder i kroppen, hvilket har betydning for både behandling, senfølger og overlevelse. Studier peger på, at der er sociale forskelle i, hvordan symptomer på kræft tolkes, hvordan og hvorledes man tager kontakt til egen læge, samt i kommunikationen mellem læge og patient.
- **Social ulighed i rehabilitering og senfølger:**
  Patienter med lav socio-økonomisk status har flere fysiske eller psykologiske senfølger efter kræft (smerte, nedsat funktionsevne, angst, depression, tab af tilknytning til arbejdsmarkedet). Og alligevel henvises og deltager denne gruppe mindre i rehabilitering, som skal hjælpe patienter med at klare sig i hverdagslivet.
- **Social ulighed i palliativ behandling og overlevelse:**
  Undersøgelser antyder, at der kan være sociale forskelle i det palliative forløb for uhelbredeligt syge kræftpatienter. Patienter, der bor alene, henvises i mindre grad til palliativ behandling, og terminaltilskud gives i mindre grad til patienter med lav indkomst. Uanset kræftform overlever patienter med en kort uddannelse eller en lav indkomst i kortere tid sammenlignet med kræftpatienter, der har en lang uddannelse eller en høj indkomst.[35]

Oversigten viser, at der er social ulighed i hele kræftforløbet, hvilket indikerer, at en række faktorer skyldes forhold, det ikke uden videre står i sundhedsvæsenets magt at ændre på. Ulighed spiller groft sagt en rolle i forhold til selve kræftsygdommen (fx i forhold til hvor tidligt den opdages), patienten (hvilken baggrund eller ressourcer vedkommende besidder) eller behandlingen. Behandlingsresultater for

patienter med kræft, for nu at komplicere sagen yderligere, er influeret af et væld af faktorer, såsom sundhedskompetencer, livsstil, sundhedssøgende adfærd, sundhedstilbud, stadie ved diagnose og selve behandlingstilbuddets karakter. Forebyggelse kan altså spille en stor rolle i forhold til bekæmpelsen af ulighed i *kræftforekomster*, men hvilke måder, der i sundhedsvæsenet behandles for kræft, spiller også en rolle for den enkelte patients endelige resultat. Hvidbogen viser således, at personer, afhængig af uddannelse og indkomst, ikke får et lige udbytte af den samme behandling. Særligt er der en stærk sammenhæng mellem uddannelsesbaggrund og behandlingsresultatet[36]. En sådan ulighed i resultat er muligvis mindsket med indførslen af kræftpakkernes standardiserede behandlingsforløb, men for en række af de svageste patienter skal der sandsynligvis et anderledes opsøgende og fastholdende arbejde til, som bringer medicinske og sociale kompetencer i spil sammen.[37]

Det fremhæves særligt i hvidbogen, at det ser ”ud til, at kræftpatienter med kort uddannelse, lav indkomst eller som bor alene, ikke i samme grad som bedre stillede kræftpatienter har haft gavn af de fremskridt, der er sket både i den primære forebyggelse, diagnostik og behandling.” [38] I et tidligere studie hedder det, at ”selvom den relative overlevelsesrate for de 15 hyppigst forekommende kræftformer er forbedret over de seneste 20 år, så ser det ud som om, at kræftpatienter med de højeste indkomster har haft størst udbytte af fremskridt inden for kræftdiagnostik og -behandling og dermed forøget den socio-økonomiske ulighed i overlevelse. Omfanget af denne ulighed er ikke triviel, eftersom et betragteligt antal liv kunne forlænges, hvis forskellen i overlevelse kunne fjernes ved at forbedre resultaterne for patienter med lavere socio-økonomisk status”.[39]

Årsagerne til den øgede ulighed skyldes bl.a. en stigende ulighed i livstilsfaktorer over tid. Fx er der i dag en større forskel i andelen, der dagligt ryger. I 1987 var der 47% med en kort uddannelse, der røg, mens 40% med en lang uddannelse gjorde. I 2017 havde dette ændret sig til 25% over for 7%. Når det gælder udviklingen i fx overvægt og usundt kostmønster, har der over tid været en sammenlignelig udvikling.

Vigtigst for denne sammenhæng er dog hvidbogens fokus på, hvor forskelligartede patienter kan være, og på, at lighed i behandling ikke nødvendigvis fører til lighed i resultat. Mens der kan være mange gevinster ved optimerede standardbehandlinger gennem de mange kræftpakker, er det også relevant at forstå, hvorledes lige behandling kan skabe ulige resultater. I hvidbogen opsamles dette perspektiv gennem fire ’differentielle effekter’, som alle er relevante at inddrage i en diskussion af, hvorvidt sundhedsvæsenet skal øge brugen af differentierede behandlinger.[40]

- **Differentiel implementering**
  Nogle interventioner eller strukturelle tiltag når ikke alle socioøkonomiske grupper lige godt, blandt andet fordi ressourcerne i det sundhedsvæsen, som skal udføre indsatsen, er ulige fordelt. Indsatsen kan til gengæld målrettes udvalgte socioøkonomiske grupper eller højrisikogrupper.

- **Differentiel effektivitet**
  Hvor effektiv en given intervention eller et strukturelt tiltag er, kan variere i de forskellige socioøkonomiske grupper. Fx har kampagner for rygestop vist sig at være mere effektive til at ændre rygeadfærden blandt de mest velstillede grupper og dermed øge uligheden. Omvendt vil et strukturelt tiltag som fx en øgning af tobakspriserne være mere effektivt blandt personer med lav indkomst, hvilket dermed vil reducere uligheden. Ligeledes er der observeret store differentielle effekter af tilbud om screening, intensive behandlingsforløb, samt opfølgning og rehabilitering, hvilket indvirker på uligheden i de respektive kræftrelaterede mål.

- **Differentiel modtagelighed**
  Den samme ændring i eksponering eller den samme behandling og rehabilitering kan have forskellig effekt i de forskellige socioøkonomiske grupper, fordi andre årsager virker med. Den samme dosering af en given behandling kan således have forskellig effekt, alt efter hvilke andre samtidige samvirkende forhold og faktorer, der er til stede blandt de personer, der modtager behandlingen.

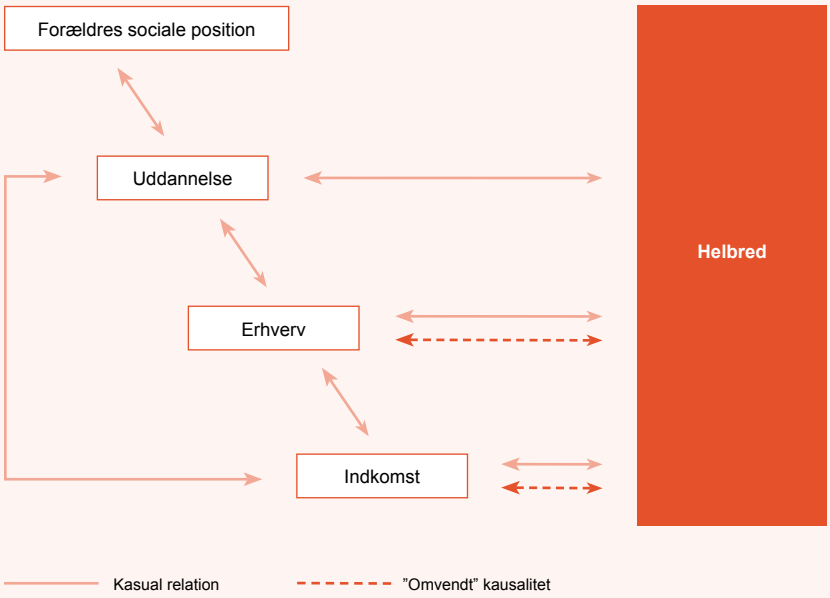
- **Differentiel kapabilitet**
  De fleste interventioner og tiltag i kræftforløbet kræver stor mobilisering af patientens ressourcer. Forudsætningerne for at forandre, håndtere, mestre eller tilpasse sig varierer meget i de forskellige socioøkonomiske grupper. Dette gælder både i forhold til fx at ændre en given livsstil, overholde behandlingen og deltage i rehabilitering. Således kan ulighed opstå, hvis interventioner ikke adresserer både individuelle og kontekstuelle forudsætninger for, at den målrettede adfærd kan finde sted.

4. 6 Mekanismer: at forstå og forklare uligheder i sundhed

Mens det er forholdsvis let at måle uligheden i befolkningen med hensyn til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, indkomst og helbred, og dermed at afgøre, *hvilke* forhold, der har betydning for uligheder i sundhed, er det langt vanskeligere at afgøre, *hvordan* en række forhold har betydning for ulighederne. Et væsentligt træk ved den epidemiologiske forståelse af sygdommes årsager er, at de fleste sygdomsårsager ikke er tilstrækkelige i sig selv for at kunne udløse sygdom. Mange, som for eksempel er eksponerede for en virus, får ikke uden videre sygdommen. Det afhænger af, hvordan deres immunsystem fungerer, som igen afhænger af tidligere infektioner og vaccinationer, men også af andre faktorer, hvoraf nogle netop er meget ulige fordelt såsom stress eller overvægt.

Det er heller ikke alle, der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, som bliver syge. Det sker meget oftere for de, som er vokset op med fattigdom og omsorgssvigt. Det er heller ikke alle, som får KOL af at ryge. Det afhænger af gener, infektioner og luftforureninger som man har været udsat for tidligt i livet. Der findes altså en ulighed i modtagelighed. Der er selvfølgelig strikte medicinske kausaliteter, som forklarer, *hvad* der sker, når man træffes af sygdom, men som har anderledes svært ved at forklare, *hvem* der træffes af sygdom. Sikkert er det dog, at sygdom ikke på simpel-kausal vis alene udløses af 'sygdomsårsager' – og hermed er det selve kategorien 'årsag', der står til diskussion. Der følger derfor en kort fremstilling af diskussionen af årsagssammenhænge inden for epidemiologien.

Figur 2.1 Social position og helbred – relevante årsagsrelationer



Kilde: Yngwe Åberg. Health Equity Studies no. 5, 2005. Karolinska Institut.

Fire faktorer der alle har indflydelse på 'sundhed' og som i daglig tale forkortes til 'sociale'.[41]

En første tilgang til at forstå og forklare uligheder i sundhed argumenterer for, at personer med dårligt helbred har en øget risiko for at havne i en lavere socio-økonomisk position, netop på grund af helbredstilstanden. Kausaliteten, der udpeges, siger, at det ikke er position i samfundet, der forårsager det dårlige helbred, men det dårlige helbred, som forårsager den sociale position. Et eksempel kunne være, at når psykisk syge ofte befinder sig i en lav social position, så skyldes det faktum, at de er havnet lavt på den sociale rangstige eller ikke har kunnet bevæge sig opad, ikke deres position i samfundet, men netop deres sygdom.

En anden tilgang argumenterer for, at forskelle i sygelighed skyldes individuelle risikofaktorer, og at uligheder i sundhed skyldes, at personer med lav status er karakteriseret ved flere biologiske og adfærdsmæssige risikofaktorer. Dette gælder fx for KRAM-faktorer, hvor usund kost, rygning og fysisk inaktivitet er mere udbredt blandt personer med lav uddannelsesbaggrund eller socio-økonomisk position. En mulig begrænsning ved denne forklaring er, at det ikke forklarer, hvorfor risikofaktorer er skævt fordelt, men effekten af eksponering for risikofaktorerne er forskellig for forskellige socialgrupper, således at personer med lav status er mere sårbare over for effekten af risikofaktorer.

Dette er fx et af de betydelige fund i Whitehall-studierne. På trods af at en topembedsmand og et ufaglært bud røg det samme antal cigaretter, havde buddet stadig tre gange så høj risiko for at udvikle lungekræft som topembedsmanden, fordi flere risikofaktorer knyttet til social position interagerede, således at effekten af den enkelte faktor på udviklingen af sygdom forøgedes.[42]

En tredje tilgang argumenterer for, at strukturelle forhold i samfundet spiller en betydelig rolle for uligheder i sundhed. Der er tale om mekanismer, som ikke forklares af individuel adfærd, men som ikke er mindre virkelige, fx fysiske og psykiske krav som stilles på arbejdsmarkedet, mulighed og magt i forhold til at påvirke sit eget liv, adgang til sociale netværk og samfundets generelle niveau for støtte til social integration.

'Mobilitet' og 'social arv'

Forsøg på at øge ligheden har på en række områder været en generel bestræbelse i en lang årrække. Der er anvendt store ressourcer på at forbedre betingelserne for udfoldelse af liv gennem forbedrede uddannelsesmuligheder, arbejdsforhold og boligstandarder, for nu blot at nævne få, oplagte indsatsområder. En ofte fremhævet begrundelse for de mange politiske prioriteringer har været et ønske om at øge livsmulighederne for den enkelte gennem hvad man kunne kalde forøget *mobilitet*. Ordet indikerer, at noget er flytbart, under udvikling, foranderligt.

'Mobilitet' har på dansk et velkendt modbegreb, nemlig 'social arv', som netop bruges til at forstå, hvorledes uformelle forskelle ufortrødent sætter sig igennem, på trods af politiske og sociale tiltag. Ordet 'social' udgør et forsøg på at udpege en mere generel sammenhæng mellem opvækstvilkår og livschancer, samtidig med at 'ordet 'arv' indikerer en slags uløselighed over problemstillingen. Begrebet 'social arv' indikerer, at der er *sammenhænge* mellem opvækstforhold og livschancer, og at denne sammenhæng er *stærk.*

En ulempe ved begrebet 'social arv' er, at det kan invitere til en determinisme, som kan give et for restriktivt indtryk af mulighederne for at bryde med 'arven'.

I forståelsen af dette begreb og diskussionen af ulighed i sundhed i almindelighed er det derfor vigtigt at huske på, at de fleste studier er formuleret som sandsynligheder for grupper. De påviste sammenhænge er statistiske, og viser en tendens, ikke en personlig skæbne. 'Social arv' og 'mobilitet' er pædagogiske vendinger, som giver et billede af en særdeles filtret problematik og en ret så almen viden: at børn i et vist omfang kommer til at ligne deres forældre, både når det gælder genetiske forhold, social status, psyko-sociale problemer og menneskelige ressourcer til at tackle problemer, fx i forbindelse med egenomsorg og sundhedsadfærd.[43]

Arbejdet med at 'få hold' på disse komplicerede mekanismer er vanskeligt og involverer modsatrettede kausaliteter, som demonstreret af de tre eksempler på årsagsforklaringer. Nogle søger forklaringer i personers præferencer og valg. Rygning er fx en adfærd, der øger risikoen for lungekræft. Andre søger forklaringer i fjernere 'prædiktorer' for sygelighed og dødelighed, som fx hvorledes et arbejde med giftige stoffer kan øge risikoen for at udvikle kræft.

Tag som eksempel konsekvensen af sygdom. Personer med en kort uddannelse kan have svært ved at forblive på arbejdsmarkedet med en sygdom, som ikke i samme grad ville begrænse personer med en lang uddannelse. Fx kan personer med lang uddannelse varetage flere arbejdsfunktioner og kan lettere finde beskæftigelse, som ikke stiller høje krav til fysisk formåen. Ud fra denne betragtningsmåde etablerer sygdom i sig selv en ulighed i muligheder. Sygdom er en faktor, når det gælder forekomsten af ulighed. Men sygdom er også et resultat af ulighed, sådan som mange af de tidligere citerede undersøgelser viser. Dobbeltheden i denne dynamik betyder, at ulighed i forudsætninger, fx i form af uddannelsesniveau, risikerer at give ulige behandlingsresultater. Bytter man rundt på perspektivet, og formulerer det således, at ulige behandlingsresultater risikerer at give ulige muligheder for at uddanne sig, bliver det ene resultat i sundhed en ny faktor for den næste ulighed, når det gælder erhvervsmuligheder, og vice versa ad infinitum.[44]

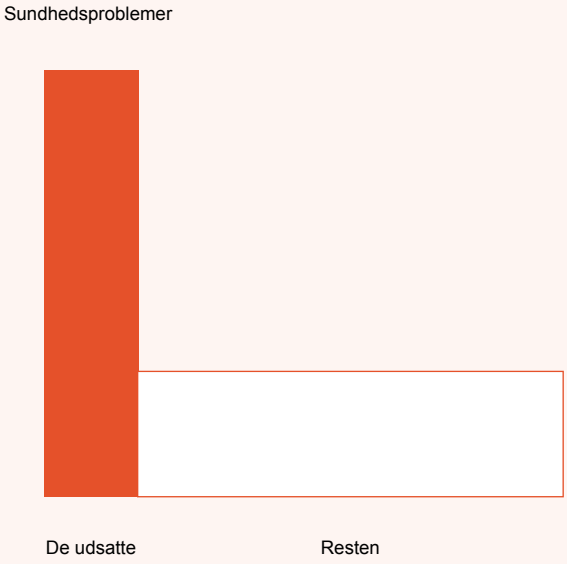
4. 7 Gradient og dikotomi

Som allerede nævnt flere gange er der en gennemgående forbindelse mellem individers sociale position og deres sygdomsrisiko, som går på tværs af hele befolkningen. Dette betegnes som den sociale gradient i sundhed. I næsten alle tilfælde kan der beskrives en gradient for den sociale ulighed i sundhed. Et uddannelsesniveau som skolelærer medfører en lavere risiko for tidlig død, end hvis man er ufaglært arbejder, mens akademikere lever længere end skolelærere, og akademikere med en Ph.D.-grad længere end akademikere uden.[45]

For visse sygdomme, ikke mindst alvorlige psykiske lidelser og misbrug, kan de sociale konsekvenser dog blive så alvorlige, at mennesker bliver socialt udsatte og udstødte fra både arbejdsmarked, boligmarked og familieliv. Snarere end en kontinuerlig gradsforskel bliver den sociale ulighed i sundhed hermed til en dikotomisk opdeling mellem, på den ene side, en socialt udsat og meget syg gruppe, og, på den anden side, resten af befolkningen.

Det er vigtigt at holde de to udtryk for ulighed i sundhed begrebsligt adskilt, fordi årsagsmekanismerne, og dermed effektive indsatser, er forskellige. Mens gradienten i stor udstrækning skabes af en skæv ophobning af determinanter over et livsforløb, og derfor bedst påvirkes med forebyggende tiltag mod risikofaktorer i miljø og sundhedsadfærd som er skævt fordelt, skabes de socialt udsattes svære situation af en ond cirkel af sociale konsekvenser, hvor sygdom (og det er ofte også psykisk sygdom) er forårsaget af og selv forårsager, en social randtilværelse[46]. Derfor handler det for særligt sårbare om at begrænse konsekvenserne af langvarig sygdom og de problemer, som personer med flere somatiske, psykiske og sociale problemer ofte har i mødet med et højt specialiseret sundhedsvæsen.[47]

Dikotomi



Gradient

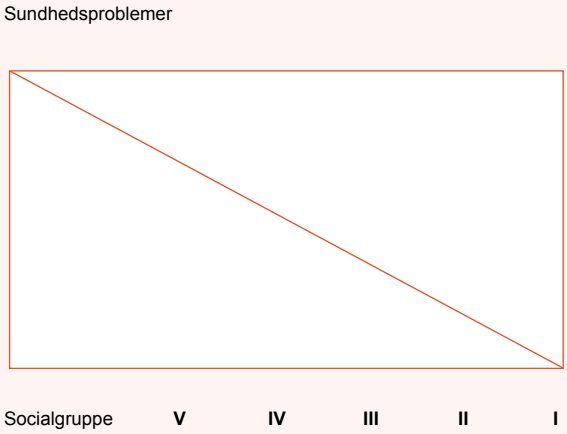


Illustration af dikotomi og gradient.[48]

Fremhæves vigtigheden af en indsats i forhold til dikotomien, er det ofte præget af en forestilling om, at de dårligst stillede patienter og de mest marginaliserede grupper i samfundet lever under særlige betingelser, har en særligt sundhedsskadelig adfærd, eller måske særlige livsværdier, som gør det vanskeligere at komme i kontakt med denne gruppe.

Fremhæves vigtigheden af gradienten, er det ofte præget af en forestilling om, at ulighed i sundhed påvirker hele befolkningen og er forårsaget af sociale strukturer, hvis effekt man ikke uden videre kan sidde overhørig. Derfor er der også forskel på, hvilke tiltag, man ofte vil foretrække at sætte i værk alt efter, hvilken tilgang man har til social ulighed. Hvis man vil gøre noget ved den sociale gradient, så rettes indsatsen ofte mod alle patienter i en universel strategi. Hvis man vil gøre noget for de mest udsatte (dikotomien), så tyder forskning på, at det ofte kræver meget mere håndholdte eller skræddersyede tiltag.[49]

Problemstillingen er meget vanskelig at løse. Der er tale om to forskellige indsatser, som kan være svære at løfte på samme tid. På en og samme tid skal man gennemføre forbedringer i folkesundheden generelt og mindske den sociale ulighed i sundhed. Den første indsats skal forsøge at løfte et *stade*, den anden skal forsøge at reducere et *spænd*.[50] Kombinationen af de to giver den vanskelighed, at de forebyggende indsatser skal forbedre sundhedsforholdene mere og hurtigere for mindre privilegerede grupper, hvis ikke de skal bidrage til at øge uligheden i sundhed – forstået som et spænd.

Det er i den her sammenhæng væsentligt at få med, at social ulighed består i, at nogle mennesker er dårligere stillede end andre i et socialt hierarki. Men det kan de godt være på et højt materielt niveau. En dårligt stillet borger i Danmark kan på globalt plan godt være relativt velstillet. I den forstand er størstedelen af den registrerede ulighed i sundhed i Danmark et relativt fænomen. Modsætningen hertil er en absolut tilstand, fx absolut fattigdom, som gør, at personer ikke får dækket basale og nødvendige behov, fx husly, føde, rent drikkevand, som på en åbenlys måde kan være forbundet med en dårlig sundhedstilstand.

> *Denne forskel er af stor betydning for spørgsmålet om differentieringen af indsatser, for den er med til at afgøre, om ulighed skal måles i absolutte termer (som en forskel mellem grupper) eller i relative termer (som forholdet mellem grupper). I det første tilfælde er der en stabil reference, som en forskel måles ud fra (fx basale behov), mens der i det andet tilfælde kun er en forskel mellem grupper at tage hensyn til.*

Som det forhåbentligt er blevet tydeligt, er gennemgangen af mekanismer, determinanter og relationen mellem gradient og dikotomi ikke blot epidemiologiske teknikaliteter om kausale sammenhænge. De forskellige årsagsbeskrivelser åbner nemlig også for forskellige normative konklusioner. Der er således rum for en etisk diskussion af, hvad forklaringsforholdet er mellem individuelle adfærdsfaktorer og strukturelle forhold, sådan som det vil være velkendt fra en række samfundsdiskussioner om 'individ og samfund'. Indsigten i mekanismer og mulige årsagsforklaringer kan i en etisk sammenhæng være med til at rejse væsentlige spørgsmål: hvad er det, der gør, at personer med mindre indkomster og dårligere uddannelser ryger mere, spiser mindre grønt og bevæger sig mindre? I hvilket omfang er der tale om, at personer *har* usunde præferencer? Er der en kausal sammenhæng, således at mennesker med færre muligheder uden egen skyld i højere grad *får* usunde præferencer? Hvilke af den slags etiske spørgsmål, man finder det nærliggende at rejse, afhænger bl.a. af, hvilken tilgang man har til den mere tekniske, epidemiologiske forståelse af lighed i sundhed.

4. 8 Udligningens hovedpine: generelle kvalitetsløft eller målrettede tiltag

Både Rigsrevisionens undersøgelse af overholdelsen af kvalitetsindikatorer for hjertesvigt, slagtilfælde (apopleksi), KOL og hoftenære lårbensbrud samt hvidbogen *Social ulighed i kræft i Danmark* og andre undersøgelser af ulighed i kræftbehandling i Danmark, viser som beskrevet tidligere en stigende ulighed på trods af et universelt sundhedsvæsen med adgang for alle.

Denne tilstand betegnes ofte som 'Velfærdsstatsparadokset', nemlig, at Ginikoefficienten (et mål for graden af økonomisk ulighed) i et land som Danmark er lav, men den sociale ulighed i sundhed er relativt stor og i en række tilfælde stigende.[51] En forklaring kan være, at en stor del af den danske befolkning er blevet meget sundere og derfor lever længere, med en stigning i middellevetiden som konsekvens. Fordelingen af den øgede levetid er blot skævt fordelt og 'efterlader' en relativt stor del af befolkningen med en meget lille andel i stigningen i middellevetiden.

Dykker man ned i forskellene og fokuserer på dødsårsager, viser det sig, at en stor del af forskellen i dødelighed mellem bedst og værst stillede kan tilskrives tobaks- og alkoholrelaterede lidelser. Således er der i Danmark årligt 15.920 ekstra dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, end blandt personer, der aldrig har røget[52]. Dette indikerer, sådan som det blev tydeligt i forbindelse med den øgede ulighed i kræftoverlevelse, at der sandsynligvis er sket en positiv stigning i middellevetiden hos velstillede personer, men næsten ingen blandt dårligere stillede. Den øgede forskel lader sig altså delvist forklare ved, at nogen har udviklet sig i en positiv retning, mens andre grupper har stået mere stille.

Når det er værd at fremhæve 'The Scandinavian Welfare Paradox of Health'[53], så skyldes det, at det udfordrer en populær antagelse om den ulighedsudlignende effekt af et universelt sundhedsvæsen med lige adgang. Samtidig kan det også være med til at tydeliggøre de etiske dilemmaer forbundet med differentieret behandling som modtræk til ulige behandling i sundhedsvæsenet. Derfor skal vi opholde os lidt ved den tidligere nævnte sondring mellem en social gradient i sundhed og så en mere absolut dikotomi i sundhed.

Det er som sagt vigtigt at holde de to udtryk for ulighed i sundhed begrebsligt adskilt, fordi årsagsmekanismerne, og dermed effektive indsatser, var forskellige. I et etisk perspektiv er det også vigtigt at holde dem begrebsligt adskilt, fordi de delvist og indirekte repræsenterer forskellige forståelser af, hvad lighed i resultat bør gå ud på.

Det blev endvidere fremhævet, at der er vigtige forskelle på, hvilke tiltag man kan vælge at sætte i værk alt efter hvilken tilgang man har til social ulighed.
Den sociale gradient blev ofte imødegået af en universel strategi, mens indsatser for de mest udsatte ofte krævede mere håndholdte eller skræddersyede tiltag.
Som analyserne af stigende ulighed i resultater af kræftbehandling har, så kan man med mere effektive og krævende behandlingsforløb nok mindske gradienten, men risikerer i nogle tilfælde samtidigt at forværre den dikotome ulighed.

Sagt helt klart og opsamlende: Man kan godt få flere gennemsnitlige leveår for hele patient-populationen gennem generelle forbedringer af behandlinger, men som vist, sker dette på bekostning af ligheden i resultat. Dermed opstår en ubekvem situation, om hvilken man må spørge sig selv: er det retfærdigt? Der opnås yderligere sundhed for pengene, den lette og lige adgang kan synes uantastet, men det er ikke alle, der har samme høje kvalitet i behandlingen.

I et etisk perspektiv er det særligt relevant at være opmærksom på de forskellige politiske og normative associationer, der ofte forbindes med termerne gradient og dikotomi, idet dette har en sammenhæng med spørgsmålet om, hvorledes ligebehandlingsindsatsen i sundhedsvæsenet bør prioriteres. Nogle opfatter det som vigtigst at fokusere på den dårligst stillede minoritet i befolkningen, hvis sundhedsproblemer kan minde mest om absolutte uligheder, mens andre i lige så høj grad ønsker at fokusere på den sociale gradient, hvor sundhedsproblemer øges i takt med lavere uddannelsesniveau og indkomst.

Normativiteten indlejret i gradient- og dikotomitilgangen er således forbundet med forskellen mellem lighed i mulighed og resultat. Og dette viser sig måske særlig tydeligt, når diskussionen sådan som det er tilfældet i dette projekt, handler om, hvorvidt og i hvilket omfang sundhedsvæsenet bør forpligtes på at yde en særlig hjælp eller en differentieret behandling til de særligt udsatte.

I den politiske og etiske samtale om formålet med sundhedsvæsenet er der betydelige forskelle i begrundelserne, alt efter om man insisterer på alles principielle ligebehandling, hvorfor det at yde en særlig hjælp kan få karakter af en undtagelsesmæssig ekstra indsats, frem for en bred samfundsforpligtelse på at

skabe samme lighed i sundhedsresultater for alle. I et sådant perspektiv bør det sundhedsvæsenet først og fremmest træde til med differentierede indsatser i situationer hvor mennesker *tydeligvis* ikke kan klare sig selv. En sådan særlig hjælp er i højere grad givet ud fra et konkret og mere synligt behovskriterium (og dermed tættere på en absolut forståelse af ulighed) frem for en mindre synlig, mere statistisk orienteret ulighed (som dermed er tættere på en relativ forståelse af ulighed), der til gengæld er allestedsnærværende og gennemtrængende.

Et sådant normativt gradientperspektiv på uligheder trækker på en forestilling om retfærdighed, hvor ydelsen af hjælp også sikrer en mere overordnet social retfærdighed. Dette indebærer en forestilling om, at sundhedsvæsenet bør træde til med særlige indsatser, når et individ på grund af baggrund, sygdom eller handicap er ude af stand til at udfolde sig på lige fod med andre, uafhængigt af hvilket niveau denne ulighed udfolder sig på. Dette er i en vis forstand en strengere eller mere ambitiøs begrundelse for at hjælpe, for det er en forpligtelse, der er mere følsom over for den blotte forskel i social position og dennes konsekvenser.

5. Noter

1. Omsorg i sundhedsvæsenet | Etisk Råd
2. *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017.* Sundhedsstyrelsen, 2020. Social ulighed i sundhed og sygdom (sst.dk)
3. Nyholm N., Halvorsen I., Mygind A., Christensen U. & Kristiansen, M.: *Diversity in cancer care: exploring social categories in encounters between health care professionals and breast cancer patients.* Scandinavian Journal of Caring Sciences 32/3, 2018, s. 1108-1117.
4. *Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser,* 2023. Behandlingsrådets-rapport-vedr-ulighed-i-somatisk-behandling-af-patienter-med-psykiske-lidelser-2022.pdf (behandlingsraadet.dk)

   Social ulighed i børn og unges udvikling, sundhed og trivsel. T*emarapport fra Databasen Børns Sundhed.* Statens Institut for Folkesundhed, 2022. Social_ulighed_i_boern_og_unges_udvikling_sundhed_og_trivsel.pdf

   Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang. Sundhedsstyrelsen, 2022. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet (sst.dk)

   Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017. Sundhedsstyrelsen, 2020. Social ulighed i sundhed og sygdom (sst.dk)

   Indsatser mod ulighed i sundhed. Sundhedsstyrelsen, 2020. Indsatser mod ulighed i sundhed (sst.dk)

   Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene. Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger, 2019.
   Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (rigsrevisionen.dk)

   Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen, 2011. F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx (sst.dk)
5. Daniels, Norman: Just Health. *Meeting Health Needs Fairly.* Cambridge University Press, s. 11.
6. Omsorg i sundhedsvæsenet | Etisk Råd
7. Grønbæk, Morten: “Social ulighed i sundhed. Fra vugge til grav” i Ploug, Niels (red.): *Social arv og social ulighed.* Hans Reitzels Forlag, 2016, s. 153.
8. Omsorg i sundhedsvæsenet | Etisk Råd
9. Sodemann, Morten: Sårbar? Det kan du selv være. Sundhedsvæsenets rolle i patienters sårbarhed, 2018, s. 32.
10. Williams, Bernard: Ethics and the Limits of Philosophy. Fontana Press, 1985, s. 130.
11. Have, Henk ten: Vulnerability. Challenging bioethics. Routledge, 2016, s. 11.
12. Jensen, Uffe Juul: Moralsk ansvar og menneskesyn. *Om holdninger i social- og sundhedssektoren.* Munksgaard, 1995, s. 174.
13. *Social ulighed I mødet med sundhedsvæsenet,* Sundhedsstyrelsen 2022, Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet.
14. S. 61: der_omsorg-i-sundhedsvaesenet_2022_redegoerelse.pdf
15. Ibid. s. 63.
16. Lippert-Rasmussen, Kasper: *Making Sense of Affirmative Action*. Oxford University Press, 2020, s. 163.

17. *"Når en fremmed træder frem for os, kan der fremkomme beviser på, at han besidder et træk der gør ham forskellig fra andre personer i den kategori af personer det er muligt for ham at være, og det af en mindre attraktiv karakter – i ekstreme tilfælde en person som er gennemført ond, farlig eller svag. Han reduceres således i vores bevidsthed fra en komplet eller sædvanlig person til en plettet eller forkastet person. Sådan et træk er et stigma, og særligt når den afvisende effekt er omfattende"*. Goffmann, Erving: Stigma. Penguin Books, 1990, s. 12.

18. Lippert-Rasmussen, Kasper & Holtug, Niels: *Lige muligheder for alle.* Nyt fra samfundsvidenskaberne, 2009.

19. Wulff, Henrik R.: Den samaritanske pligt. Det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen. Munksgaard, 1995, s. 177.

20. DER Omsorg i sundhedsvæsenet_2022_Redegørelse.pdf (nationaltcenterforetik.dk)

21. *Forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene. Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger,* 2019.
Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (rigsrevisionen.dk)

22. *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017.* Sundhedsstyrelsen, 2020. Social ulighed i sundhed og sygdom (sst.dk)

23. Grønbæk, Morten: "Epidemiologi" i Jensen, B. B., Grønbæ, M., Reventlow, S. (red.): *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard, 2021, s. 223.

24. Andersen, Ingelise; Lauridsen, Sigurd & Norup, Michael: "Lige muligheder og sundhed" i Holtug, Niels & Lippert-Rasmussen, Kasper (Red.): *Lige muligheder for alle. Social arv, kultur og retfærdighed.* Nyt fra samfundsvidenskaberne, 2009, s. 128. Der er dog også stigende fokus på forhold så som at bo alene vs sammen med andre (fx være gift), etnicitet, samt social støtte fra fx familie eller venner.

25. Vallgårda, Signild: "Hvad er social ulighed i sundhed?" i Vallgårda, S. og Koch, L. (red.): *Forskel og lighed i sundhed og sygdom.* Munksgaard, 2006, s. 17.

26. Constitution of the World Health Organization (who.int)

27. Vallgårda, Signild: *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?* Informations Forlag, 2019, s. 9.

28. Køn kan også være en faktor, som har betydning for, hvilken behandling man får, hvilket bl.a. har ført til oprettelsen af Center for Forskning i Kvinders Sundhed jf. Regeringen vil afsætte 160 mio. kr. til forskning i kvinders sundhed | Indenrigs- og Sundhedsministeriet

29. Wolff, Jonathan: *Ethics and Public Policy.* A Philosophical Inquiry. Routledge, 2020, s. 143-46.

30. Diderichsen, F.; Andersen, I.; Manuel, C.: *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser.* Sundhedsstyrelsen, 2011.

31. Daniels, Norman: *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press, s. 13.

32. Wolff, Jonathan: *Ethics and Public Policy. A Philosophical Inquiry.* Routledge, 2020, s. 142.

33. Grønbæk, Morten: "Social ulighed i sundhed. Fra vugge til grav" i Ploug, Niels (red.): *Social arv og social ulighed*. Hans Reitzels Forlag, 2016, s. 163.

34. Nielsen, Sigge Winther: *Entreprenørstaten*. Gads Forlag 2021.

35. Dalton, Susanne Oksbjerg; Olsen, Maja Halgren; Kjær, Trille Kristina: Social ulighed i kræft i Danmark. Hvidbog. Kræftens Bekæmpelse, 2019, s. 9. hvidbog_social_ulighed_kraeft_i_danmark.pdf (cancer.dk)

36. Østgård, Lene Sofie Granfeldt et.al.: "Effects of Education and Income on Treatment and Outcome in Patients with Acute Myeloid Leukemia in a Tax-Supported Health Care System: A National Population-Based Cohort Study". Journal of Clinical Oncology, Vol. 35, nr. 32, november 2017.

37. Dalton, Susanne Oksbjerg; Olsen, Maja Halgren; Kjær, Trille Kristina: Social ulighed i kræft i Danmark. Hvidbog. Kræftens Bekæmpelse, 2019, s. 5.

38. Dalton, Susanne Oksbjerg; Olsen, Maja Halgren; Kjær, Trille Kristina: Social ulighed i kræft i Danmark. Hvidbog. Kræftens Bekæmpelse, 2019, s. 12.

39. Susanne Oksbjerg Dalton, Maja Halgren Olsen, Christoffer Johansen, Jørgen H. Olsen & Kaae Klaus Andersen: "Socioeconomic inequality in cancer survival – changes over time. A population-based study, Denmark, 1987–2013". Acta Oncologica, 2019, 58:5, s. 737-744.

40. Dalton, Susanne Oksbjerg; Olsen, Maja Halgren; Kjær, Trille Kristina: Social ulighed i kræft i Danmark. Hvidbog. Kræftens Bekæmpelse, 2019, s. 20-21.

41. Diderichsen, F.; Andersen, I.; Manuel, C.: *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser.* Sundhedsstyrelsen, 2011.

42. Marmot, Michael et.al.: "Inequalities in Death. Specific Explanations of a General Pattern?" I Lancet 1 (1984), nr. 8384, s. 1003-1106.

43. Ploug, Niels: "Indledning" i Ploug, Niels (Red.): Social arv og social ulighed. Hans Reitzels Forlag, 2016, s. 10.

44. Holtug, Niels: "Lige muligheder som ideal i politisk filosofi" i Holtug, Niels & Lippert-Rasmussen, Kasper (Red.): *Lige muligheder for alle. Social arv, kultur og retfærdighed.* Nyt fra samfundsvidenskaberne, 2009, s. 21-44.

45. Grønbæk, Morten: "Social ulighed i sundhed. Fra vugge til grav" i Ploug, Niels (red.): *Social arv og social ulighed.* Hans Reitzels Forlag, 2016, s. 153.

46. Diderichsen, F.; Andersen, I.; Manuel, C.: *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser.* Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 38.

47. Diderichsen, Finn og Grønbæk, Morten: "Social ulighed i sundhed" i Jensen, B. B., Grønbæk, M., Reventlow, S. (red.): *Forebyggende sundhedsarbejde.* Munksgaard, 2021, s. 140. *Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser*, 2023. behandlingsrådets-rapport-vedr-ulighed-i-somatisk-behandling-af-patienter-med-psykiske-lidelser-2022.pdf (behandlingsraadet.dk)

48. Vallgårda, Signild: *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?* Informations Forlag, 2019.

49. Vallgårda, Signild: *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?* Informations Forlag, 2019, s. 48.

50. Diderichsen, Finn og Grønbæk, Morten: "Social ulighed i sundhed" i Jensen, B. B., Grønbæk, M., Reventlow, S. (red.): *Forebyggende sundhedsarbejde.* Munksgaard, 2021, s. 140.

51. *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017.* Sundhedsstyrelsen, 2020, s. 45-50. Social ulighed i sundhed og sygdom (sst.dk)

52. *Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – sygdomme og risikofaktorer. Resultater fra rapporterne.* Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 11. Resultater fra rapporterne Sygdomsbyrden i Danmark 2022 — sygdomme og risikofaktorer (sst.dk)

53. Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C.: *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser.* Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 16.

NATIONALT
CENTER FOR ETIK

Ørestads Boulevard 5

2300 København S

dketik@dketik.dk

nationaltcenterforetik.dk

DET
ETISKE
RÅD