

Målkonflikter står i vejen for mindre ulighed i sundhed

Den ustyrlige sundhed

Social ulighed i sundhed er et problem, som ingen har gavn af, som alle siger, der bør gøres noget ved, men som alligevel gradvist vokser sig større og større. Er det mangel på forskning og viden, er det mangel på politisk prioritering, eller er det et vildt og ustyrligt problem, som unddrager sig rationel analyse? Vi skal her argumentere for, at det er et spørgsmål,

hvor der findes megen viden, men hvor prioritering og implementering af effektive indsatser blokeres af implicite interesse- og målkonflikter, som derfor bør tydeliggøres og underkastes nødvendige – omend svære – politiske prioriteringer. Samtidig er der også flere synergier med et potentiale, som kan udnyttes bedre end i dag.

Der er store forskelle i menneskers helbred. Nogle dør unge, andre må leve mange år med invaliderende sygdom, mens andre igen dør raske, når de er 90. Det danske samfund har samtidig betydelige forskelle i befolkningens uddannelse, indkomst og formuer. Det er den gradvis stærkere kobling mellem de to former for forskelle – de sundhedsmæssige og de socioøkonomiske – som opfattes som det etiske problem med social ulighed i sundhed og dermed også som det videnskabelige og politiske problem (Sundhedsstyrelsen, 2011; Mackenbach, 2019).

En del af den sociale ulighed i sundhed er genetisk betinget, fordi genetisk arv både kan påvirke muligheder for uddannelse og et godt helbred (Harden og Koellinger, 2020). Men det ændrer ikke på, at mange kendte påvirkelige sygdomsårsager i børns opvækstvilkår, i arbejdsliv og boligmiljø, sundhedsadfærd, stress, infektioner mv. er systematisk socialt skævt fordelt i det danske samfund (Sundhedsstyrelsen, 2020a). Det betyder, at der er et stort uudnyttet potentiale, hvor forebyggelse og sundhedsfremme kan reducere sygdomsårsager blandt dem, som er mest eksponerede for dem, eller som er mere sårbare for deres helbredseffekt (Sundhedsstyrelsen, 2020b).

➤ Mange kendte påvirkelige sygdomsårsager i børns opvækstvilkår, i arbejdsliv og boligmiljø, sundhedsadfærd, stress, infektioner mv. er systematisk socialt skævt fordelt i det danske samfund

Ulighed i helbred kan opstå på to måder: ulighed i risiko for at blive syg og ulighed i forløb og konsekvenser af sygdom. For at forstå uligheden i risiko for at blive syg skal man vide noget om, hvilke sygdomsårsager som er ulige fordelt, eller om der er ulighed i sårbarheden for deres helbredseffekt. For at forstå uligheden i sygdomskonsekvenser har man desuden brug for viden

FINN DIDERICHSEN

Professor emeritus,
dr.med., Institut for Folkesund-
hedsvidenskab, Københavns
Universitet,
fdi@sund.ku.dk

ANNA PALDAM FOLKER

Professor, Statens Institut for
Folkesundhed, Syddansk
Universitet,
anpf@sdu.dk

om, hvad der påvirker sygdomsforløb og -konsekvenser i form af dødelighed, funktionsevne, livskvalitet mm.

Ulighed i sundhed måles oftest med beregning af risiko for sygdom og død opdelt efter længden på uddannelse. En sådan statistisk association fortæller ikke nødvendigvis noget om årsagsrelationerne. Er kort uddannelse en sygdomsårsag, eller er der arvelige forhold, som påvirker både uddannelse og helbred? Analyser af naturlige eksperimenter og brug af såkaldte instrumentelle variabler har vist en tydelig kausal effekt, hvor længere uddannelse betyder lavere sygelighed og dødelighed (Howe et al., 2023). I et historisk og globalt perspektiv har længere uddannelse i befolkningen også spillet en stor rolle for forbedringer af middellevetiden. Derfor kan det fremstå som paradoksalt, at uddannelsesforskelle i dødelighed er vokset sig større i takt med at befolkningens uddannelsesniveau generelt er steget (Östergren et al., 2017). Forklaringen er, at flere risikofaktorer i børn og unges opvækstvilkår oftere ophobes blandt de børn, som senere kun får en kort uddannelse. Desuden er en række sundhedsskadelige forhold i voksnes miljø og adfærd blevet stærkere knyttet til kort uddannelse, end de var før. Samtidig er den sociale mobilitet mindsket, og de unges uddannelsesniveau er stærkere associeret med forældrenes blandt de yngre generationer (Karlson og Landersø, 2021). Uddannelse har effekt på sygelighed og dødelighed, men en bedre uddannet befolkning kan ikke alene kompensere for andre faktorer, der påvirker social ulighed i sundhed som ophobning af risikofaktorer blandt de kortuddannede.

Social ulighed i sundhed er blevet betegnet som et vildt og ustyrligt (eng.: wicked) problem. Vilde problemer er karakteriseret ved, at de er svære at formulere, svære at forstå og svære at løse. De har ikke nogen lineær kobling mellem årsager, indsatser og effekter. At betegne social ulighed i sundhed som et vildt problem kan dog være med til at sløre, at der de sidste 40 år har været en stor forskningsaktivitet i både Danmark og internationalt, som har beskrevet uligheden, identificeret en lang række årsager og drivkræfter, samtidig med at der er udviklet og evalueret en lang række indsatser (Hoffmann, 2023). Der har dog globalt i nyere tid kun været få systematiske forsøg på at reducere de sociale uligheder i sundhed med nationale politiske indsatser, men de som findes, har vist, at det faktisk er muligt (Bambra, 2021). Da man f.eks. i England i 00'erne satsede kraftigt på flere ressourcer til bl.a. sundhed i udsatte områder mindskedes den geografiske ulighed i middellevetid. Da den gamle politik vendte tilbage, fortsatte uligheden igen med at stige.

Det er vores hypotese i denne artikel, at en række politiske målkonflikter har medvirket til at stå i vejen for prioritering og implementering af de politiske tiltag, som kunne have været effektive til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed i Danmark. Lad os tage nogle af vigtigste politikområder, hvor der kan gøres noget for at mindske social ulighed i sundhed, og se nærmere på, hvordan indsatser på disse områder kan være forbundet med konflikter om mål og midler.



Det er vores hypotese i denne artikel, at en række politiske målkonflikter har medvirket til at stå i vejen for prioritering og implementering af de politiske tiltag, som kunne have været effektive til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed i Danmark

Fjerne børnefattigdom eller økonomiske incitamerter til arbejde

Der er robust dansk og udenlandsk epidemiologisk forskning, som dokumenterer at børns tidlige vilkår, økonomisk, socialt og psykologisk har afgørende betydning for deres helbred resten af livet (Rod et al., 2020). Børnefattigdom, dvs. børnefamilier, der lever under fattigdomsgrænsen, har været i politisk fokus. Det er dog vigtigt at se fattigdom i en sammenhæng, fordi den optræder sammen med interagerende risikofaktorer som kort uddannelse hos forældrene, arbejdsløshed, psykisk og fysisk sygdom, vold, økonomisk stress og usikkerhed, bolig i en udsat bydel etc. Det kan derfor være svært at vurdere effekten af en enkelt faktor. Den samlede effekt af børns tidlige vilkår på dødelighed og sygelighed i voksenlivet er betydelig, og ligger bag en del af den sociale ulighed i sundhed – også i dagens Danmark (Eisenburg et al., 2022).

Det kan overraske, at børns tidlige vilkår stadig spiller så stor rolle for sundhedsudviklingen, med tanke på at der gøres meget for at kompensere for effekterne. Danmark har universelle programmer med svangre omsorg og sundhedspleje, med tidlig opsporing, vaccinationer, rådgivning og støtte til børnefamilier. Analyser fra Sundhedsstyrelsen peger dog på, at de universelle indsatser med fordel kan suppleres med ekstra indsatser for familier med større behov for hjælp (Sundhedsstyrelsen, 2022c). International forskning har dokumenteret, at forældrestøttende programmer kan mindske social ulighed i sundhed, hvis de starter ved graviditetens begyndelse, inkluderer hjemmebesøg og aktiv inddragelse af forældrene (Pierron, 2018). Sundhedsplejersker og jordemødre er udsat for en stor efterspørgsel på råd og information fra mere ressourcestærke forældre. Der kan med andre ord være en modsætning mellem efterspørgsel og behov i sundhedsarbejdet. Det kommer vi tilbage til.

At børns sociale og økonomiske opvækstvilkår stadig har alvorlige konsekvenser, rejser spørgsmålet om, hvorfor det har været så svært at gennemføre indsatser, som afbøder dem. Hvis vi alene ser på børnefattigdom, er der færre, men stadig ca. 50.000 børn, som lever i fattigdom i Danmark, og en tilsvarende gruppe børn, der lever på grænsen til fattigdom. Ydelseskommisionen (2021) illustrerede i sine analyser, at det nuværende system af kontanthjælp giver tydelige incitamerter til at søge arbejde og uddannelse, men at fattige børnefamilier samtidig i stigende udstrækning slås med en række andre sociale og sundhedsmæssige problemer, som gør det vanskeligt for dem at tage et arbejde. De økonomiske incitamerter fungerer mindre godt for den gruppe

(Martin, 2015), samtidig med at incitamenterne fastholdes af hensyn til princippet om, at ”det skal kunne betale sig at tage et arbejde”.



Der er således en målkonflikt mellem at give udsatte børn en bedre start ved at reducere fattigdom i børnefamilier og dermed reducere antallet af risikofaktorer for sygelighed, og ønsket om at bevare de økonomiske incitament til at tage lavt betalte job og dermed opnå øget arbejdsudbud og integration på arbejdsmarkedet.

Fleksible arbejdskrav eller højere pensionsalder for alle

Få sygdomsårsager er så socialt skævt fordelt som de, der er knyttet til det fysiske arbejdsmiljø. Tunge løft, træk og skub af byrder, ensidigt belastende arbejde og uhensigtsmæssige arbejdsstillinger og arbejdsulykker er meget hyppigere blandt personer, oftest kortuddannede og ufaglærte, som arbejder med f.eks. byggeri, fødevarer og omsorg. Det psykosociale arbejdsmiljø inkl. høje krav i kombination med lav indflydelse over, hvordan man skal leve op til dem, spiller også en rolle ikke mindst for den mentale sundhed blandt mennesker med kort uddannelse, og bidrager dermed til uligheden (Rugulies et al., 2023). Arbejdsmiljøet påvirker ikke kun risikoen for at blive syg, men også muligheden for at vende tilbage til arbejdet med nedsat arbejdsevne efter et sygdomsforløb. Derfor spiller arbejdsmiljøet også en afgørende rolle for uligheden i tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (Qvist, 2021). Midaldrende, som kun har grunduddannelse, rapporterer fem gange så ofte nedsat fysisk helbred med smerter og nedsat funktionsevne sammenlignet med jævnaldrende med en lang uddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2022a), og uligheden i arbejdsevne er tilsvarende stor (Aaskoven et al., 2024). Ulighed i risiko for at dø i årene inden pensionsalderen er i samme størrelsesorden (Strozza et al., 2022).

I Danmark findes en omfattende forskning og infrastruktur, som sammen med parterne på arbejdsmarkedet implementerer retningslinjer og monitorerer udviklingen på arbejdsmiljøområdet. Arbejdstilsynet arbejdede i en årække med ”Arbejdsmiljøstrategi 2020”, hvor man havde som mål at mindske antallet af arbejdsskader og andelen af ansatte, som følte sig overbelastede med fysiske eller psykiske arbejdskrav med 20 pct. Monitorering af udviklingen i de år, som er gået, har dog ikke kunnet påvise nogen forbedring på de parametre (NFA, 2019).

Visse skadelige elementer i arbejdsmiljøet er en integreret del af arbejdsopgaverne, som det kan være vanskeligt at fjerne. Samtidig har uligheden i helbredsrelateret tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet været stigende.

Det har skabt behov for et arbejdsmarked med mere fleksible arbejdskrav, og et mere fleksibelt pensionssystem. Samtidig har den politiske opmærksomhed

de senere år været rettet mod økonomiske krav om øget produktivitet, generelt højere pensionsalder og større arbejdsudbud.

Hvis det er vanskeligt at mindske uligheden i arbejdsbelastningerne, kan man mindske uligheden i, hvor længe mennesker er udsat for dem. Aktuelle reformer med tidlig pension, seniorpension osv. er forsøg på at muliggøre dette. De har potentialet til at kunne bidrage til mindsket ulighed i sundhed for de ældre, fordi det forkorter eksponeringstiden for dem, som har det tungeste arbejdsmiljø. Men det er kompliceret, bl.a. fordi det er vanskeligt at vurdere, hvem der skal inkluderes. Der findes nu objektive mål på fysisk arbejdsbelastning, men der savnes gode objektive kriterier for nedslidning.

Kombinationen af på den ene side strammere regler for førtidspension og andre former for tidlig tilbagetrækning og på den anden side højere arbejdskrav har samtidig skabt en gruppe på arbejdsmarkedet, som er for raske til at få førtidspension og for syge til at klare arbejdskravene (Jensen et al., 2019). De bliver da oftest henvist til at klare sig på kontanthjælp, med den økonomiske stress det indebærer, og dermed en større økonomisk ulighed i helbred. Der skal med andre ord findes en balance, og for den enkelte borger skal den ikke mindst findes i et tæt samarbejde mellem sundhedsvæsenet og socialektoren. Et samarbejde som i dag ikke fungerer optimalt. Det kommer vi tilbage til.

Meget taler for, at en håndhævelse af strammere regler for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet inkl. en for alle fast og stigende folkepensionsalder, vil øge den sociale ulighed i sundhed blandt de ældre. Da man kobledede pensionsalderen til den stigende middellevetid, var det tanken, at det skulle muliggøre et otium på i gennemsnit 14,5 år. Men selvom dødeligheden mindskes, betyder det ikke, at der bliver færre med de helbredsproblemer, som især påvirker arbejdsevnen hos ældre – dvs. muskel- og skeletlidelser og psykiske problemer. Med den store ulighed i forekomsten af disse sygdomme skaber en stigende pensionsalder tværtimod en større ulighed, både helbredsmæssigt, men også økonomisk for dem, som ikke kan fortsætte med at arbejde så længe. Dertil kommer at uligheden i dødelighed medfører, at personer med kort uddannelse oftere slet ikke får mulighed for at opleve noget otium.

➤➤ Der er således en målkonflikt mellem, på den ene side målene om øget arbejdsudbud, øget produktivitet og højere pensionsalder, og på den anden side behovet for mere fleksible arbejdskrav og tilbagetrækningsmuligheder for dem, som har haft de største arbejdskrav og færrest muligheder for at påvirke dem i deres arbejdsliv.

Beskytte befolkningens sundhed eller industriens frihed at skabe efterspørgsel på usunde produkter

Tobak og alkohol har i mange år spillet en væsentlig rolle for ulighed i dødelighed. Mennesker med kortere uddannelse dør i højere grad af tobaksrygning og for meget alkohol. Det beror både på, at kortuddannede er mere eksponerede, men også på, at de er mere modtagelige for helbredseffekten af især alkohol og tobak. Det sidste beror bl.a. på, at de oftere er mere eksponerede for andre interagerende årsager til de samme sygdomme. De usunde kostvaner i den danske befolkning udvikler sig også hastigt i retning mod større social ulighed, og sammen med lav fysisk aktivitet står disse risikofaktorer for en betydelig og meget ulige fordelt sygdomsbyrde. I sundhedspolitikken diskuteres indsatser mod risikofaktorerne ofte hver for sig, men den epidemiologiske virkelighed i Danmark er, at de i stigende udstrækning optræder sammen – især blandt socialt sårbare og i socialt udsatte lokalsamfund (Sundhedsstyrelsen, 2022a).

Det sætter fokus på de drivkræfter, som på tværs af risikofaktorerne skaber efterspørgsel og udbud på de sundhedsskadelige produkter. Der er mange mekanismer inkl. økonomiske, psykologiske og fysiologiske processer bag den stærke sammenhæng mellem social position og efterspørgsel på usunde produkter (Kraft og Kraft, 2021). Stress er en af de faktorer, som her spiller en central rolle og påvirker sundhedsadfærd ved at forstærke tendensen til at værdsætte forbrugets kortsigtede fordele for velbefindende frem for de langsigtede positive helbredseffekter.

Udbuddet af sundhedsskadelige produkter er mindst lige så afgørende for forbruget som efterspørgslen. Tobak, nikotin, alkohol og usunde fødevarer produceres af private kommercielle, ofte internationale virksomheder, som konkurrerer på et globalt marked. Det kræver produktudvikling og markedsføring for at sikre afkast til investorer. Der findes således en grundlæggende interessemodsatning. For at mindske befolkningens risiko for alvorlig sygdom og mindske uligheden i sundhed er det nødvendigt at mindske forbruget af de sundhedsskadelige produkter. Men den industri, som lever af at producere og sælge dem, har modsat en interesse i at udvikle og markedsføre nye produkter og få skabt efterspørgsel på dem.

Det er efter mange års stridigheder mellem internationale sundhedsmyndigheder og industrien lykkedes at presse cigaretforbruget tilbage. En global rammekonvention for regulering af tobaksmarkedet (FCTC) er blevet vedtaget med opbakning af et stort antal lande inkl. Danmark. Alkohol og fødevarerindustrien har indtil videre lykkedes med at undgå tilsvarende rammeaftaler. Det er desuden, særligt på kostområde, teknisk kompliceret at konstruere afgifter på en måde, så de både fremmer et sundere forbrug og ikke øger økonomisk ulighed. Der råder dog ingen tvivl om, at afgifter både er meget omkostningseffektive og vil have stor effekt på social ulighed i forbruget (Lauer et al., 2022). Samtidig findes der, som bl.a. Klimarådet har påpeget, et stort potentiale i at samtænke klima og folkesundhed i udformningen af afgifter på

landbrug og fødevarer (Willet et al., 2019) og i udformningen af landbrugsstøtten, så de både fremmer folkesundhed og beskytter klimaet (Springmann og Freund, 2022).

Omfattende international forskning har dokumenteret, hvordan industrien som modsvar til de sygdomsforebyggende initiativer anvender en lang række strategier for at forsvare deres interesser (Maani et al., 2023). Det handler ikke kun om at påvirke de politiske beslutninger via direkte lobbyisme, men også om et langsigtet arbejde for at påvirke samfundets narrativ med betoning af individets frie valg og ansvar. Der satses også på offentlig-private partnerskaber og social ansvarlighed, som bidrager til at nedtone den grundlæggende modsætning mellem profit og sundhed, og fremstille industrien som en del af løsningen. Industrien søger også at påvirke forskningen og så tvivl om forskningsresultater, som ikke gavner dens interesser. Når disse strategier ikke lykkes, tager industrien i stigende udstrækning retslige midler i brug for at begrænse de sygdomsforebyggende indsatser (Gilmore et al., 2023).

Den etiske diskussion om forebyggelse formuleres ofte i termer af en modsætning mellem individets frihed og statens ageren for at beskytte borgerne mod alvorlig sygdom. Når et godt helbred er en vigtig forudsætning for friheden til at leve det liv, man sætter pris på, bliver det dog misvisende at opstille en grundlæggende modsætning mellem frihed og forebyggelse. Der er med andre ord behov for en bredere etisk og politisk analyse, der ikke kun ser på modsætningen mellem det autonome individ og en regulerende stat, men også på modsætningen mellem en industri, som vinder på at udvikle og sælge sundhedsskadelige varer, en befolkning, som skal bære sygdomsbyrden af at forbruge dem, og en stat, som skal bære den økonomiske byrde af at behandle de sygdomme, som er resultatet.

➤ Der er således en målkonflikt mellem på den ene side at sikre erhvervslivets frihed til at udvikle, markedsføre og sælge produkter, som de skaber efterspørgsel på, statens behov for indkomster fra afgifter på bl.a. alkohol og tobak og så på den anden side samfundets ønske om at begrænse forbruget af sundhedsskadelige produkter, som resulterer i en meget ulige fordelt risiko for at blive ramt af alvorlig sygdom og for tidlig død.

Organisere sundhedsvæsenet efter behov eller efterspørgsel

Der er i Danmark en stor social ulighed i forløb og konsekvenser af sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2020a). Det retter opmærksomheden på, hvordan sundhedsvæsenet fungerer for mennesker med kort uddannelse og dårligt helbred. Her går udviklingen på flere parametre ikke den rette vej. I 1990'erne og 00'erne, hvor det med specialisering og centralisering af kræftbehandlingen

lykkedes at forbedre kræftoverlevelsen markant, skete der f.eks. samtidig en fordobling af den socioøkonomiske ulighed i kræftoverlevelse, og den er ikke mindsket siden da. Det er påvist, at social ulighed i den medicinske kvalitet af kræftbehandling bidrager til uligheden i overlevelse (Olson et al., 2023). Det samme gør sig gældende ift. flere andre alvorlige sygdomme. Ulighed i medicinsk betinget førtidspension er også steget kraftigt i de senere år (Sundhedsstyrelsen, 2020a).

Lighed i sundhedsvæsnets resultater i form af overlevelse, funktionsevne og tilbagevenden til arbejde er vigtigt. Tilsvarende er lighed i den tryghed som en let adgang til sundhedsvæsenet giver også centralt. Adgangen til nogle af sundhedsvæsenets ydelser rationeres med patientafgifter og ventelister. De har begge en tendens til at skabe ulighed i adgang, fordi flere sociale og økonomiske ressourcer gør det lettere at overvinde denne type af hindringer. Analyser af brugen af de praktiserende læger, hvor disse hindringer spiller en mindre rolle, viser, at de patienter, som tilhører den laveste indkomstkvarter, også her har signifikant lavere kontaktfrekvens end andre, når man tager hensyn til forskelle i selvrapporterede helbredsforhold (Sundhedsstyrelsen, 2023). For brug af bl.a. praktiserende speciallæger er denne ulighed større. Det afspejler ikke mindst den ulighed, der findes i uoverensstemmelsen mellem efterspørgsel og behov. Efterspørgsel skaber udbud, og større udbud genererer mere efterspørgsel. Det har skabt en situation, hvor udbuddet af bl.a. speciallæger er mange gange større i de bydele og kommuner, hvor behovet er mindst. Det er en mekanisme, som blev identificeret allerede for over 50 år siden og blev betegnet som ”The inverse care law” (Hart, 1971).

Ulighed i sygdomsforløb skabes i høj grad af ulighed i forekomst af andre sygdomme hos samme patient – såkaldt multisygdom. Især har det vist sig, at kombinationer af psykiske og somatiske lidelser påvirker hinandens forløb. Dødeligheden i somatiske sygdomme, inklusive de sygdomme, som normalt har gode behandlingsresultater, er f.eks. meget højere for patienter, som samtidig lider af en alvorlig psykisk lidelse (Behandlingsrådet, 2023). Da der er social ulighed i forekomst af psykiske lidelser, skaber det social ulighed i overlevelse af de somatiske lidelser.

Der er også andre mindre sundhedsfaglige, men mere kommunikative kvaliteter, som er særligt vigtige for patienter, som har færre ressourcer. Det handler om tid, empati og kompetence hos personalet til at lytte, forstå og leve sig ind i patienternes vilkår og handlemuligheder, og de sociale årsager til og konsekvenser af deres sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2022b). For at sundhedspersonalet skal kunne levere de kvaliteter, forudsætter det ikke kun kompetence, men også at de nødvendige strukturelle rammer er på plads (Sundhedsstyrelsen, 2022b). Det kræver geografisk nærhed og kontinuitet. For de patienter, som har flere sygdomme og sociale problemer samtidig, kræver det også generalistkompetencer og samarbejde med socialektoren. Det sidste kræver, at der findes viden om og respekt for hinandens kompetencer på tværs af sektorerne. Disse kvaliteter er af betydning for alle patienter uanset social position.

Det er kvantiteten af dem, som gør en forskel – den sårbare patient har brug for mere tid, geografisk nærhed, kontinuitet i behandler-patient-forholdet end andre.

Et tydeligt populationsansvar er vigtigt. Et sådant ansvar betyder, at det primære sundhedsvæsen sammen med kommunens socialsektor tager fælles ansvar for en afgrænset befolkning i et geografisk område, planlægger efter lokale behov ud fra tilgængelige data om sundhedsadfærd, sygelighed og sociale forhold og sikrer, at ingen tabes i de lange kronikerforløb. Det er som nævnt ikke mindst vigtigt for udsatte børnefamilier, voksne med en usikker position på arbejdsmarkedet og ældre, som behøver både medicinsk hjælp og social omsorg (Gkiouleka et al., 2023). Men det kræver, at ”the inverse care law” brydes. Det lokale budget skal variere proportionalt med forskellene i behov, så det personale, som skal arbejde med borgere i udsatte områder, har rammer og ressourcer, som muliggør at levere de kvaliteter, som der er behov for i en nær og tilgængelig indsats. Hvis vi antager, at behovene varierer med Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks, skal lægetætheden f.eks. være dobbelt så stor i Kalundborg som i Hørsholm, og ikke lige omvendt, som det er tilfældet i dag.

Der er dog samtidig målkonflikter, der skal håndteres. En velfærdsstat som vil være for alle, også for dem, som har råd til private alternativer, skal kunne møde en efterspørgsel på valgfrihed, lettilgængelighed og service. Det har rejst krav om flere private alternativer og konkurrence i udbuddet af sundhedsydelse. I nogle lande som f.eks. Sverige har det ledt til en privatisering, ikke så meget i form af flere privatpraktiserende læger, men i en form, hvor store internationale virksomheder har overtaget og driver det nære sundhedsvæsen. En begyndelse på dette ses også i Danmark, hvor f.eks. den multinationale koncern Ramsey Health Care i de senere år gennem sit datterselskab Alles Lægehus har overtaget mange lægehuse. Erfaringen fra Sverige er, at den udvikling øger udbuddet og aflaster det offentlige sundhedsvæsen for en del af arbejdet med mindre komplicerede patienter. Men det dræner samtidig det offentlige system for penge og personale. Desuden kan det sætte kæppe i hjulet for en udvikling mod befolkningsansvar, behovsbaseret ressourceallokering og samarbejde mellem social- og sundhedssektoren (Blix og Jordahl, 2021).

➤ Der er en målkonflikt mellem på ene side at tilgodese en stigende efterspørgsel på let adgang til specialister med valgfrihed, kommercielle alternativer, og kortere ventetider, og på den anden side at prioritere en udvikling henimod befolkningsansvar på tværs af social og sundhedsområdet, der kan tilgodese et behov for nærhed, kontinuitet og generalistkompetencer for de multisyge og mere udsatte borgere.

Konklusion: at prioritere ved målkonflikter og udnytte potentialet ved synergier

Det danske samfund arbejder med en lang række mål som f.eks. økonomisk vækst, miljømæssig bæredygtighed, handlefrihed for individer og virksomheder, høj beskæftigelse og integration samt ikke mindst en bedre og mere lige fordelt folkesundhed. Der råder meget lidt politisk uenighed om disse mål. Men det hindrer ikke, at målene kan være i konflikt med hinanden. Målkonflikter opstår, når ét mål opnås på bekostning af andre mål.

Vi har i denne artikel præciseret nogle sygdomsårsager, som spiller en rolle for ulighed i sundhed. Det handler om børnefattigdom, mindre fysisk og psykisk belastning i arbejdet, mindre forbrug af usunde produkter samt tilgængelighed og kvalitet af sundhedsydelser. Det er, når vi analyserer midlerne til at ændre den sociale fordeling af disse årsager, at målkonflikter kan opstå. Så handler det bl.a. om højere børnetilskud, højere priser på tobak, kød og sukker, fleksibel pensionsalder, stop for nye ydernumre i områder med færre syge. Dermed kommer vi i konflikt med andre mål om at sikre økonomiske incitamentter til at tage lavt betalte job, virksomheders og borgeres handlefrihed til at producere og konsumere, hvad de vil, ønsker om et større arbejdskraftudbud samt at kunne møde efterspørgsel på sundhedsydelser uanset behov. Vi mener, at disse konflikter reelt har stået i vejen for implementering af flere effektive indsatser mod ulighed i sundhed. Men det er ikke nødvendigvis tilsigtet. Denne type målkonflikter lægges sjældent tydeligt frem, så de kan blive en del af den offentlige samtale og dermed kan gøres til genstand for gennemskuelige politiske valg og prioriteringer.

Samtidig er det også vigtigt at pege på, at der på flere af de aktuelle områder ikke råder nogen konflikt mellem forskellige mål og midler. Der er f.eks. ikke altid en modsætning mellem målet om en bedre folkesundhed for hele befolkningen og mindsket social ulighed i sundhed. De mest omkostningseffektive forebyggende indsatser, som kan forbedre folkesundheden generelt, som højere afgifter på usunde produkter og lavere på sunde, er samtidig de indsatser, som er bedst til at mindske social ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2020b). Strukturelle forebyggende indsatser, der virker mod social ulighed i sundhed, resulterer også i bedre folkesundhed generelt.

På flere områder er der desuden synergi mellem forskellige mål og midler. Hvis vi opnår målet om en bedre og mindre ulige folkesundhed, så fremmer det både arbejdsudbud, beskæftigelse, økonomisk vækst og menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på. Det kan også bidrage til at mindske presset på stigende udgifter i sundhedsvæsenet. Højere afgifter på animalske og lavere på vegetabiliske fødevarer er godt for både folkesundhed og klima. Det samme gælder indsatser mod brug af fossile brændstoffer, som både kan give både mindre luftforurening og CO₂-udslip, og samtidig forbedre rammerne for fysisk aktivitet i daglig transport. Bedre arbejdstilsyn og større indflydelse for de ansatte over arbejdsmiljø kan give mindre ulighed i sundhed og samtidig

mindske sygefravær og behov for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, og dermed et større arbejdskraftudbud og højere produktivitet.

Kunsten er at tydeliggøre både konflikter og synergier for at kunne prioritere og kompensere ved de førstnævnte og udnytte potentialet ved de sidstnævnte.

Referencer

- Aaskoven, M. S., J. T. Lauridsen og T. Kjær (2024), "Live longer, work longer? An investigation of the health capacity to work at older ages in Denmark using combined register and survey data", *J Labour Market Res*, 58: 2.
- Bambra, C. (2021), "Levelling up: Global examples of reducing health inequalities", *Scand J Public Health*, 50(7): 908-13.
- Behandlingsrådet (2023), "Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser", Ålborg.
- Blix, M. og H. Jordahl (2021), *Privatizing welfare services: Lessons from the Swedish experiment*, London: Oxford University Press.
- Eisenburg, L. K., A. Rieckmann, T. L. Ngyuen et al. (2022), "Mediation of the parental education gradient in early adult mortality by childhood adversity", *Lancet Public Health*, 7(2): e146-e155.
- Gilmore, A. B., A. Fabbri, F. Baum et al. (2023), "Defining and conceptualising the commercial determinants of health", *The Lancet*, 401(10383): 1194-1213.
- Gkiouleka, A., G. Wong, S. Sowden et al. (2023), "Reducing health inequalities through general practice", *Lancet Public Health*, 8(6): e463-e472.
- Harden, K. P. og P. D. Koellinger (2020), "Using genetics for social science", *Nat Hum Behav*, 4: 567-76.
- Hart, J. T. (1971), "The inverse care law", *The Lancet*, 297(7696): 405-12.
- Hoffmann, R. (red.) (2023), *Handbook of Health Inequalities Across the Life Course*, London: Edward Elgar Publishing Limited.
- Howe, L. J., H. Rasheed, P. R. Jones et al. (2023), "Educational attainment, health outcomes and mortality: a within-sibship Mendelian randomization study", *Int J Epidemiol*, 52(5): 1579-91.
- Jensen, N. K., H. Brønnum-Hansen, I. Andersen et al. (2019), "Too sick to work, too healthy to qualify: a cross-country analysis of the effect of changes to disability benefits", *J Epidemiol Community Health*, 73: 717-22.
- Karlsen, K. B. og R. Landersø (2021), "The making and unmaking of opportunity. Educational mobility in 20th century Denmark", IZA DP 14135. IZA Institute of Labour Economics. Bonn
- Kraft, P. og B. Kraft (2021), "Explaining socioeconomic disparities in health behaviours: A review of biopsychological pathways involving stress and inflammation", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127: 689-708.
- Lauer, J. A., F. Sassi, A. L. P. Soucat og A. Vigo (red.) (2022), *Health taxes – policy and practice*, London: World Scientific Publications.
- Maani, N., M. Petticrew og S. Galea (red.) (2023), *The Commercial Determinants of Health*, New York: Oxford University Press.
- Mackenbach, J. P. (2019), *Health inequalities: Persistence and change in European welfare states*, Oxford University Press.
- Martin, J. P. (2015), "Activation and active labour market policies in OECD countries: stylised facts and evidence on their effectiveness", *IZA J Labor Policy*, 4: 4.
- NFA (2019), "Fakta om Arbejdsmiljø og helbred 2018", København.
- Olsen, M. H., T. K. Kjær og S. O. Dalton (2023), *Social ulighed i kræft i Danmark*, 2. udg., Hvidbog, Kræftens Bekæmpelse, København.
- Pierron, A. et al. (2018), "Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews", *BMC Public Health*, 18(1): 1087.
- Qvist, J. (2021), "The working class and early retirement in Denmark: Individual push factors", *Ageing and Society*, 41(9): 2118-42.
- Rod, N. H., J. Bengtsson, E. Budtz-Jørgensen et al. (2020), "Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study", *The Lancet*, 396(10249): 489-97.
- Rugilies, R., B. Aust, B. A. Greiner et al. (2023), "Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces", *The Lancet*, 402(10410): 1368-81
- Springmann, M. og F. Freund (2022), "Options for reforming agricultural subsidies from health climate and economic perspectives", *Nature Comm*, 13: 82.
- Strozza, C., S. Vigezzi, J. Callaway et al. (2022), *Socioeconomic inequalities in survival to retirement age in Denmark: a register-based analysis*, Syddansk Universitet, doi:10.31219/osf.io/8wbdv
- Sundhedsstyrelsen (2011), "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser", København.
- Sundhedsstyrelsen (2020a), "Social ulighed i sundhed og sygdom", København.
- Sundhedsstyrelsen (2020b), "Indsatser mod ulighed i sundhed", København.
- Sundhedsstyrelsen (2022a), "Sundhedsprofilen 2021", København.
- Sundhedsstyrelsen (2022b), "Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen", København.

- Sundhedsstyrelsen (2022c), "Anbefalinger for svangreomsorgen", version 4, København.
- Sundhedsstyrelsen (2023), "Social og geografisk ulighed i sundhedsydelse" København.
- Willett, W., J. Rockström, B. Loken et al. (2019), "Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems", *The Lancet*, 393(10170): 447-92.
- Ydelseskommissionen (2021), "Samlede anbefalinger til et nyt ydelsessystem", København.
- Östergren, O., O. Lundberg, B. Artnik et al. (2017), "Educational expansion and inequalities in mortality", *PLOS ONE* 12(8):e0182526.