

Geografisk ulighed i sundhed

Geografisk ulighed i sundhed har længe været italesat som et af de største problemer i det danske sundhedsvæsen.

Alligevel mangler der initiativer, som kan sætte en stopper for, at det er patienters postnummer, der afgør kvaliteten af deres behandling. Danske Patienter anbefaler, at der indføres faglige retningslinjer for forløbskvalitet.



Med specialeplanerne og oprettelsen af de nye supersygehuse er kvaliteten i de specialiserede ydelser blevet øget markant.

Samtidig er der sket en udvikling i sygdomsbilledet og de politiske ambitioner for organiseringen af sundhedsvæsenet, som har ført til, at en meget større del af behandlingsforløbet foregår i det nære sundhedsvæsen – langt væk fra hospitalerne og den faglige specialisering.

Desværre oplever alt for mange patienter og pårørende, at kvaliteten af behandling, pleje og rehabilitering ikke er fulgt med opgaveflytningen – og at det er politiske ambitioner og prioriteringer frem for faglighed, der sætter standarden for de forskellige ydelser.

Det har medført, at kvaliteten af de lokale sundhedstilbud er vidt forskellig, når man sammenligner på tværs af de fem regioner og 98 kommuner.

Det er med til at øge den geografiske ulighed i sundhed, hvor der er ekstremt stor variation i adgang til og udbytte af sundhedsvæsenets ydelser, afhængig af hvor i landet man bor.

DANSKE PATIENTERS ANBEFALING:

Der skal indføres faglige retningslinjer, som sikrer kvaliteten af patientforløb – også på tværs af sektorer. Herunder skal der indføres faglige standarder for kvaliteten af de kommunale sundhedstilbud.

Løbende monitorering skal sikre, at der bliver levet op til kravene.

Det er ikke rimeligt, at nogle patienter har adgang til bedre behandlings-, rehabiliterings- og forebyggelsestilbud end andre, blot fordi de bor et særligt sted i landet. Alligevel er listen med eksempler på geografisk ulighed lang:

- Nyrepatienter, der bor øst for Storebælt, må i gennemsnit vente 2,7 år på en ny nyre, mens ventetiden er den halve for patienterne på Fyn og i Jylland.
- Antallet af nydiagnosticerede epilepsipatienter er seks gange større i Brøndby end i Brønderslev, selv når der korrigeres for forskelle i indbyggertal, alder og sociale forhold. Diagnosen er vigtig for, at patienterne kan få den rigtige hjælp, men tallene tyder på store variationer i den diagnostiske håndtering.
- Mange diabetespatienter oplever, at de ikke kan få tildelt de hjælpemidler, de skal bruge til at regulere deres diabetes, fordi kommunen siger nej. Samtidig udleverer nabokommunen uden tøven udstyret til andre patienter med samme behov.
- For kommunerne i Region Midtjylland varierer andelen af patienter med erhvervet hjerneskade, der henvises til avanceret genoptræning frem for basal genoptræning, mellem 19 og 79 procent. Det estimeres, at 60-70 procent af patienterne har behov for genoptræning på avanceret niveau (Sundhedsstyrelsen 2017:21f).
- I 2017 brugte Københavns Kommune 65.078 kr. per borger over 65 år. I Gribskov Kommune var det tilsvarende beløb 27.885 kroner (Cevea 2017). Budgettets størrelse er ikke en direkte indikator for kvalitet, men der må formodes at være forskelle i blandt andet genoptræningstilbud og hjemmeplejeindsatser.
- Antallet af speciallæger per indbygger i Region Nordjylland er 2,3, mens tallet er 3,2 i Region Hovedstaden – på trods af, at sygdomsbyrden er større i det nordjyske (Sundheds- og Ældreministeriet 2018:5; Jensen et al. 2018:14,30)¹.

Variation i adgang til behandling og faglig kvalitet ses både i regioner og kommuner. Nogle forskelle skyldes, at der mangler faglige retningslinjer for kvalitet, og andre, at samspillet mellem sektorerne fungerer forskelligt fra sted til sted. Patienternes forløb går på tværs af sektorerne, og det skal afspejle sig i den måde, hvorpå vi definerer og måler kvaliteten i sundhedsydelserne. Faglige standarder for lokale sundhedstilbud er et vigtigt skridt på vejen, men det er ikke nok, hvis vi skal komme forskellene til livs.

Sociale og geografiske sammenhænge

Den geografiske ulighed i sundhed kan ikke ses isoleret fra den sociale ulighed i sundhed – eller fra den sociale ulighed i det hele taget. Mange faktorer, herunder indretningen af boligmarkedet, er med til at lave en geografisk sortering af befolkningen i forhold til indkomst. Beboere i socialt belastede lokalområder bliver generelt udsat for større helbredsrisici fra deres omgivelser end beboere i ikke-belastede områder.

På den måde kan de negative sundhedsmæssige effekter af lav social position og usunde omgivelser forstærke hinanden (Larsen et al. 2018).

Danske Patienter anbefaler, at regeringen indfører faglige retningslinjer, som sikrer kvaliteten af patientforløb (også på tværs af sektorer), så den geografiske variation i sundhedstilbuddene mindskes. Løbende monitorering skal sikre, at man lever op til de faglige retningslinjer og standarder.

Vi opfordrer til, at man gør Sundhedsstyrelsen ansvarlig for at udarbejde retningslinjer, som skal implementeres lokalt på hospitaler, i almen praksis og i de kommunale sundhedstilbud. Retningslinjerne skal som minimum indeholde faglige standarder for kvalitet i de kommunale sundhedstilbud og for ventetider.

Litteratur

Cevea (2017): Velfærdens Danmarkskort: Udgifter pr. ældre. <https://cevea.dk/velfaerdens-danmarkskort-udgifter-pr-aeldre#accept-cookies>

Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O & Christensen AI. (2018): Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Tabel 3.1.2 og tabel 2.1.1. København: Sundhedsstyrelsen.

Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, Pedersen SE, Friis K. (2018): Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for regioner og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland.

Sundhedsstyrelsen (2017): Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade.

Sundheds- og Ældreministeriet (2018): Lægedækning i hele Danmark. Status på lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning.

¹ Målt på selvvurderet helbred samt forekomsten af langvarig sygdom i de to regioner.