

# FOLKE VIRKE



Maj - Juni - Juli 2021

## Ulighed i sundhed

[www.folkevirke.dk](http://www.folkevirke.dk)



### Tag Jer sammen og hold afstand

Af Morten Sodemann,  
professor

3



### Ulighed i sundhed er også et patient-sikkerhedsproblem

Af Jens Reventlov, chefkonsulent  
og Inge Kristensen, direktør,  
Dansk Selskab for Patientsikkerhed

15



### Mange former for ulighed i sundhed

Af Liselott Blixt,  
sundheds- og  
psykiatriordfører  
for Dansk Folkeparti

10



## FOLKEVIRKE

Social, kulturel og politisk oplysning

Udgivet af oplysningsbevægelsen  
FOLKEVIRKE

Oplag: 1.200 . ISSN 0015-5845

**Deadline for næste nummer:  
15. juli 2021**

Bladet kan kun bestilles ved direkte henvendelse til:

**Folkevirkes kontor**

Niels Hemmingsens Gade 10, 3. sal  
1153 København K  
Tlf. 33 32 83 11  
E-mail: folkevirke@folkevirke.dk  
www.folkevirke.dk

Dette nummer koster i styksalg  
kr. 60 + porto.

Særpris for classesæt.

Bladabonnement kr. 210 + porto pr. år

Medlemskab kr. 400 pr. år

Beløbene kan indbetales på

Folkevirkes konto:

Reg.nr. 5301 . Kontonr. 0287753

**Redaktion**

Annemarie Balle (ansvarshavende)  
Firkløvervej 1  
2400 København NV  
Tlf. 51 51 24 20

**Forretningsudvalg**

Formand: Annemarie Balle  
Næstformand:  
Jeanne Bau-Madsen  
Kasserer: Tove Hinriksen  
Ulla-Brita Gregersen  
Karen Hallberg  
Ulla Lunde Hansen  
Mona Jensen  
Tove Kristensen  
Lene Lund  
Britta Poulsen  
Katina A. Rasmussen  
Susanne Tarp

**Tryk og layout**

Aars Bogtryk & Offset, tlf. 98 62 17 11  
E-mail: aarsbogtryk@aarsavis.dk  
Layout: Louise Christensen  
Genrefotos: www.colourbox.dk

FORENINGEN AF  
DANSKE KULTUR-  
TIDSSKRIFTER



## Ulighed i sundhed

Når der tales om ulighed, så er fokus oftest rettet mod ulighed i forhold til bl.a. køn, etnicitet og løn. Men en af de helt store uligheder findes inden for sundhed. Her kan man ikke blot udpege en enkelt årsag til problemerne – ofte er der tale om en vifte af årsager.

Ulighed i sundhed er i det seneste års tid blevet ekstra tydelig, når man ser, hvordan Corona-pandemien har udviklet sig i verdens forskellige lande. Det er ikke kun et spørgsmål om mulighederne for, hvordan vaccinerne er blevet rullet ud, men i høj grad også om, hvordan det har været muligt at behandle de syge. Nogle lande har haft katastrofal mangel på respiratorer, ilt og simpel adgang til lægebehandling.

Når der mere generelt tales om sundhed, så er det samtidig vigtigt at huske

på, at det ikke kun drejer sig om fravær af sygdom eller om at være "medicineret rask". Der er mange flere nuancer i vurderingen af at have opnået sundhed. Og også i det perspektiv tegner der sig uligheder – både her i Danmark og set i et mere globalt perspektiv.

I dette temanummer af Folkevirke er der blevet inviteret en række af de mest centrale spillere til at skrive om ulighed i sundhed set fra netop deres ståsted. Det er både forskere, behandlere og repræsentanter for organisationer, som har fokus på sundhed og de forskellige forhold, som spiller ind, når borgerne skal sikres en optimal sundhed.

På gensyn i Folkevirke – god læselyst!

**Annemarie Balle,  
redaktør**

## INDHOLD

Tag Jer sammen og hold afstand . . . . .	3
Mere lighed i sundhed – fire målkonflikter . . . . .	6
Mange former for ulighed i sundhed . . . . .	10
Ulighed i sundhed er også et patientsikkerhedsproblem . . . . .	15
Opgør med uligheden i sundhed . . . . .	19
Ulighed i sundhed rammer de socialt udsatte . . . . .	22
Mennesker med psykiske lidelser og ulighed i sundhed . . . . .	25
Folkevirkes projekt om stemmesedler:	
Stor interesse for debatter om stemmesedler . . . . .	29
Ny dato for Kvindestemmer 2021 i Kvindernes Bygning:	
Spændende, kunstneriske og musikalske oplevelser . . . . .	30
" Folkevirkes digitale brevkasse":	
Her afprøves nye mødeformer . . . . .	32
Veje ud af ensomhed:	
Folkevirke tilbyder utraditionelt og givende samvær	
– både elektronisk og fysisk . . . . .	33
Arrangementskalender 2021 . . . . .	34
Nye datoer for Folkevirkes landsmøde – 27. og 28. maj 2021:	
Folkevirkedebatter og givende samvær . . . . .	36

# Tag Jer sammen og hold afstand

Foto: Lars Skeaning



Af professor  
Morten Sodemann

*'Den moralske test for en regering er, hvordan regeringen behandler dem, der er i livets dagry, børnene; dem, der er i livets tusmørke, de ældre; dem, der er i livets skygge, de syge, de trængende og de handicappede' (Howard Hughes).*

Sårbare grupper i samfundet består historisk set af enkeltpersoner, der altid er de første, der oplever de negative virkninger af voksende økonomisk ulighed og politisk ustabilitet. Flygtninge har fungeret som en lakmusprøve på skiftende sociale normer, og årtier med voksende økonomisk ulighed og en velfærdsstat, der har tiltagende svært ved at tilpasse sig til virkeligheden.

Flygtninge/indvandrere har mindre adgang til sundhedsforebyggelse, behandling og genoptræning, udsættes hyppigere for diagnoseforsinkelser samt brud på patientsikkerheden og har ofte mindre udbytte af behandling. Flygtninge er en sårbar gruppe i samfundet, og det er dokumenteret, at denne gruppe i Skandinavien har en højere andel af overvægt og fedme sammenlignet med resten af befolkningen samt højere procent rygere. Dette er en udfordring, da både overvægt, fedme og rygning er blevet set som risikofaktorer for at blive syg af Covid-19.

I en svensk analyse var det at være mand, have mindre indkomst, lavere uddannelse, ikke være gift forbundet uafhængigt med en højere risiko for død fra COVID-19. At være en indvandrer fra lav- eller mellemindkomstlande var ligeledes uafhængigt forbundet med højere dødelighed af COVID-19. Cirka 65% af flygtningene i Sverige er enten overvægtige eller lider af fedme sammenlignet med 50% i resten af befolkningen. Blandt flygtninge i Sverige er omkring 35% rygere, hvilket er højere end resten af befolkningen. Flygtninge har også udfordringer med at få adgang til sundhedsvæsenet, og selvom de har de samme rettigheder til at få pleje som resten af befolkningen, er andelen af udækkede sundhedsbehov i denne gruppe høj. Uopfyldte sundhedsbehov betyder, at der har været behov for lægehjælp i de seneste tre måneder, men ikke søgt læge (fx på grund af manglende tillid til læger og vanskeligheder med at kontakte lægehjælp).

Etniske minoriteter rammes i sygdomssammenhæng ofte dobbelt, fordi sprogbarrieren forstærker social ulighed i sundhed som følge af kort skolegang, lav indkomst, bolig og erhverv. Den sociale ulighed under epidemier har altid været underkendt af politikere og embedsmænd. Det er kendetegnende for epidemier, at dem, der har mindst indflydelse på deres arbejdssituation, samtidig er dem, der har mindst indflydelse på deres boligforhold og dermed højest risiko for at blive syge.

## Hjemmearbejde er ikke for alle

Hovedparten af den globale arbejdsstyrke har arbejde, der ikke kan udføres hjemmefra, og der er tale om lavtlønnede frontlinjefunktioner med høj smitterisiko. I Sverige fandt man, at følgende jobfunktioner var blandt dem med højest smitterisiko, hvor taxachauffører havde en næsten fem gange højere risiko end baggrundsbefolkningen efterfulgt af øget risiko hos pizzabagere, bus-



chauffører, tjenere, ansatte i sundhedsvæsenet og tolke. Jo mere udsat boligområdet er, jo flere vil der være med et arbejde, der kræver fysisk fremmøde med risiko for smitte, og mere end dobbelt så mange lavtlønnede var fortsat afhængige af offentlig transport under COVID-19 som højtlønnede, ligeledes med større smitterisiko. En formand for en boligforening beskrev, hvordan der i nogle opgange kunne være over 100 beboere, der alle anvender det samme dørhåndtag i hoveddøren, det samme gelænder, den samme vaskekælder samtidig med, at der kun blev gjort nødtørftigt rent i opgangen hver 14 dag.

Kortuddannede har ofte sværere end andre ved at udnytte potentialet i forebyggelse, fordi informationen er for kompleks, og fordi kompetencerne til at omsætte generelle hygiejneråd til ens egen hverdag tilegnes gennem længere skolegang. Sundhedsinformationsbilledet har ændret sig, så borgere med syv års skolegang, som var tilstrækkeligt til at klare sig i samfundet for 20-30 år siden, ikke længere kan orientere sig, fordi sprogniveauet i offentlig kommunikation kræver mere end 12 års skolegang. COVID-19 pandemien har ikke været en undtagelse, selvom det tilsyneladende har overrasket både politikere og embedsmænd.

Epidemien ramte ikke alle etniske minoritetsgrupper lige hårdt, men en del af forklaringen kan være socioøkonomiske forskelle.

Pandemien har belyst og bekræftet, at social ulighed i sundhed kan forstærkes, når man ignorerer målgrupper, som har behov for tilpas-



set og mere aktiv information om, hvordan man beskytter sig selv og sin familie mod smitte. Pandemien har også sat fokus på politiske årsager til ulighed i sundhed i form af social- og boligpolitik, integrationspolitik og symbolpolitiske krav om dansksprogethed i offentlig kommunikation, hvor manglende dansk kundskaber i politisk forståelse anses for at være en bevidst afvisning af det danske sprog og et udtryk for modstand mod integration i samfundet. Der er desuden tegn på, at især adgang til sundhedsydelser under en pandemi kan skabe en vis folkestemning imod ligebehandling i sundhedsvæsenet. Samtidig skabte tvetydige politiske udmeldinger med udskamning og tale om fodlænker, udgangsforbud tvivl om myndighedernes reelle hensigter samt hadefulde ytringer i medier.

Endelig har pandemien, endnu en gang, afdækket og udfordret de politiske modsætninger, der præger forståelse af, hvad folkesundhed er: mens det kan være politisk acceptabelt at sikre en folkesundhed, der indbefatter 80% af befolkning-

gen, så udgør de resterende ubeskyttede 20% af befolkningen en optimal situation for smittespredning og dermed en nødvendig belastning af sundhedsvæsenet og dem, der rammes.

### **Socialt udsatte er overrepræsenteret**

Epidemier rammer altid hårdt blandt de fattige, kortuddannede og minoriteter. COVID-19 pandemien er ingen undtagelse. Overalt i verden har man, som man også så det med pest, kolera, gul feber, HIV, tuberkulose og influenzapandemierne, set socialt udsatte overrepræsenterede i smitte, sygdom og død af COVID-19. En meget uheldig triade af frontlinje serviceerhverv, crowdede hushold i dårlige boliger samt sprogbarrierer har verden over skabt et højrisiko miljø for mennesker ansat i lavindkomstjobs.

Flygtninge kan komme fra lande, hvor onlineaktiviteter overvåges nøje af politiet og foretrækker derfor udelukkende ansigt til ansigt kommunikation, når man beskæftiger sig med private forhold. Globalt har man,

igen, måttet konstatere, at myndighederne svigter på centrale parametre som troværdighed, tillid og tilpasset information, når det kommer til etniske minoriteter. Dét har, selv nu over et år efter pandemien nåede til Danmark, konsekvenser for smittespredning, sygdomsrisiko og dødelighed blandt minoriteter. Man kan ikke have en tilgang til epidemikontrol, der kun dækker 80% af befolkningen. Virus er ligeglåd med politiske vinde, opportunisme og symbolpolitik – reelt stortrives epidemier i tiden, mens politikkerne forhandler om, hvordan de hver især kan få maksimalt politisk udbytte af den sårbare samfundstilstand. Den sociale ulighed i uddannelse, jobfunktion og boligforhold sørger for, at virus har optimale spredningsforhold. Politikerne har under COVID-19 fået skabt deres egen politiske put-and-take sø med problemer, de selv har sat ud som små fisk, og nu er de blevet for store. Social ulighed er et politisk valg – det samme er løsningerne.

### Ny energi til gamle fordomme

Epidemien har givet ny energi til gamle fordomme og afsløret, at det fælles gode er vakkelvornet. Fordomme er flertallets privilegie. De fattige og syge har i virkeligheden en svag moral og en dårlig karakter – de kunne bare lade være med at blive syge. Medier og politikere har frydefuldt kastet sig over små befolkningsgrupper med smitteudbrud: de tykke, rygerlungerne, indvandrere, belastede boligområder, slagteriarbejdere og de unge festaber. En ghetto er bare blevet et symbolsk postnummer, vi elsker at

hade. Social afstand er i virkelighedens verden en luksuriøs valgmulighed, der ikke er tilgængelig for flertallet af jordens og den danske befolkning. Men dem der har hjemmearbejdsplads, gæsteværelser og sommerhuse tillader alligevel sig selv at udskamme dem, der må tage S-toget hen til plejehjemmet.

COVID-19 gør forskel på folk: den elsker symbolpolitik, nøl & aktiv ligegyldighed. Den rammer social skævt – rammer dem uden indflydelse på arbejde, bolig & uddannelse.

Vaccinerne har derimod en mulighed for at stille alle lige & reducere ulighed.

Majoritetsbefolkningens selvforståelse er lige så naiv, som den er skræmmende. Vi ville alle have et bedre samfund, hvis alle tog sig lidt mere sammen: hvis de unge holdt op med at drikke, hvis de døve ville høre lidt bedre efter, de blinde ville se sig lidt bedre for, de halte ville stå lidt tidligere op, de syge ville arbejde det væk, de fattige tjente nogle flere penge, de lasede købte noget pænere tøj, og de beskidte vaskede sig oftere.

Politikere tænker, at fattige og syge dybest set har en kollektiv karakterbrist, at de ikke hører efter, at de lever umådeholdent og ikke forstår en kollektiv besked. Fattige har selv valgt deres "livsstil" og den er et naturligt vilkår i et samfund.

Paradoksalt nok oplever flertallet sig selv som ofre for de fattiges rygesløse omgang med folkesundheden. Det er de kort uddannede og syge, der med deres ligegyldighed, truer det raske flertal.

Vi elsker at give de fremmede, de fattige og de kortuddannede skyl-

den for epidemier. Men det er hverken fair eller korrekt. Det er majoritetens kulturelle accept af ulighed i sundhed som et udtryk for en svag karakter, der er problemet.

Problemet med ulighed er, at dem det går ud over bruger al deres tid og energi på at bekæmpe konsekvenserne af det, mens flertallet bruger al deres tid og energi på at bagatellisere problemet. Vi skal være glade for, at vi har et velfærdssamfund, der træder til, når man falder og har brug for hjælp.

Men det er flertallet, der mener, de har ret til at bestemme, hvem der har brug for hvad, og hvornår man har brug for støtte. Flertallet har ikke ret, fordi de er flest, men de bestemmer alligevel. Derfor er der brug for mindretalsbeskyttelse og en stærk lov om folkesundhed, der gør folkesundhed til sundhed for hele folket – ikke kun for de rige og raske.



### ALLE SKAL HØRES

Sundhedsvæsenet er svært at finde rundt i. Vi må og skal indrette systemet på en måde, så dem, der har mest behov for hjælp, ikke farer vild på vejen. Og så dem, der ikke er vant til at råbe højt, også bliver hørt. Det er vigtigt for en god behandling.

*Klaus Lunding,  
Danske Patienters formand*

# Mere *lighed* i sundhed – fire målkonflikter



Af Finn Diderichsen,  
speciallæge,  
professor emeritus

Vi lever i et økonomisk ulige samfund. Mere ulige end for 30 år siden, men mindre ulige end de fleste andre lande. Ulighed i helbred er

heller ikke svært at få øje på. Nogle dør tidligt i ulykker eller af kræft, andre kan leve et langt liv og dør raske af alderdom, når de er 100. Det som i dag opfattes som det etiske og politiske problem er, at de to uligheder – i indkomst og i helbred – gradvis er knyttet stærkere til hinanden. Mennesker med små indkomster lever kortere liv, og ud af disse færre år er flere præget af

sygdom. Det faktum, at lighed i sundhed ofte italesættes som et prioriteret mål i mange lande, men at ingen – med en enkel undtagelse – endnu er lykkedes med at vende udviklingen, har rejst spørgsmålet, om det er vores viden om årsagerne, eller det er evnen og viljen til at gøre noget ved dem, som er problemet. Der er nogle ting, vi sikkert ved og nogle ting, som er mindre sikre. Men det faktum, at det i mange år mest er blevet 'viel Geschrei und wenig Volle', er nok mindre udtryk for manglende viden end for politiske komplikationer. En af forklaringerne er, at de nødvendige indsatser indebærer en række målkonflikter. Her skal jeg diskutere fire af dem. Vi ved med stor sikkerhed, at visse forhold i livsvilkår og adfærd både øger risikoen at blive syg og samtidig er socialt skævt fordelt efter uddannelse eller erhverv. Det handler bl.a. om belastninger i det fysiske arbejdsmiljø, lav indflydelse over, hvordan man skal leve op til arbejdskrav, arbejdsløshed og økonomisk stress, men også om brug af tobak og alkohol, om fysisk inaktivitet og en kost med for meget fedt, salt og sukker. På de områder er vores viden om helbredseffekterne meget robust.



"Kapitalisme-pyramiden", som den blev fremstillet omkring år 1900 i et russisk flyveblad.

### Arbejds miljø og pensionsalder

Ingen sygdomsårsager er så socialt ulige fordelt som fysiske arbejdsbelastninger, og de er afgørende for den store ulighed, der findes i tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Der er i de senere år sket forbedringer inden for bl.a. byggeri og omsorg, men symptomerne på overbelastning i arbejdet er ikke mindsket. Der gøres meget på det område, og den nye trepartsaftale fra 2020 om mål for arbejdsmiljøindsatsen betyder en stærkere fokus på de mest udsatte arbejdspladser. For mange job er fysisk belastning imidlertid en så integreret del af arbejdsopgaven, at den ulighed i arbejdsmiljø er svær helt at fjerne. Man kan forkorte tiden, som man er udsat for belastninger, fx med den nye "Arne-pension", hvor de, som har været på arbejdsmarkedet 44-46 år, kan gå et-tre år tidligere på pension. Det er bare ikke ret meget sammenlignet med de 11 færre raske år i livet, som en ufaglært har. Går man længere ad den vej med tidligere pension for dem, som har haft de mest belastende jobs, kommer det imidlertid i konflikt med velfærdsstatens behov af høj beskæftigelse langt op i årene, i en befolkning som lever længere og længere. Danmark har ligesom mange andre lande strammet reglerne for dagpenge og førtidspension i et forsøg på at lokke og tvinge frem et større arbejdsudbud, men det fungerer ikke for dem, som har et dårligt helbred. Dem, som er for syge til arbejde og for raske til at få førtidspension, tvinges ofte ud i kontanthjælp med alt, hvad det indebærer af usikkerhed

og økonomisk stress. Det forstærker mere, end det mindsker ulighed i sundhed.

### Ulighed i penge eller sundhed

For uligheden i dødelighed spiller tobak og alkohol en stor rolle, ikke mindst i Danmark. Heller ikke det er nogen nyhed, og der er på det område samlet en stor og velunderbygget viden om, hvad der kan gøres.

Verdenssundhedsorganisationen WHO præsenterede for at par år siden en liste over de indsatser, som ville give mest sundhed og lighed for pengene, og det handler først og fremmest om at gennemføre "en sund skattereform" med større afgifter på det usunde og mindre på det sunde samt en mere kraftfuld regulering af markedsføring, sponsorering og tilgængelighed. Danmark er for nylig blevet kritiseret af WHO for ikke at gøre brug af den videnskabelige viden i samme udstrækning, som andre lande gør. Der er således ingen målkonflikt mellem effektivitet og lighed i sundhed ved at hæve afgifterne, men der er en anden målkonflikt. Hæver man prisen på fx cigaretter, vil det være en regressiv skat, som øger den økonomiske ulighed, fordi folk med små indkomster ryger mere. I den beregning er der dog nogle afgørende detaljer. WHO's kræftforskningscenter i Lyon har regnet på, hvad højere cigaretpreiser betyder.

For Danmarks vedkommende kunne det se sådan her ud:

De 20% rigeste bruger i gennemsnit godt 0,1% af deres disponible indkomst på cigaretter, mens tallet

for de 20% fattigste er 4%. Om man fordobler cigaretpreisen til 100 kr. per pakke, vil det betyde en større udgift, men da dem med lav indkomst er dobbelt så prisfølsomme, vil en større andel af dem holde op. Dermed slipper mange lavindkomstagere med at betale tobaksskat, og de kan samlet set forventes at bruge ca. 5% på deres rygning.



### SOCIAL ULIGHED I SUNDHED KAN OG BØR REDUCERES

Social ulighed i sundhed er et af de områder, hvor der foreligger megen dokumentation og statistisk grundlag, som fastslår, at social position har betydning for borgernes levevilkår og sundhed, somatiske og psykiske sygdomme samt for midllevetiden. Der er således nogle grupper i befolkningen, som bliver tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør i en tidligere alder end andre. Denne systematiske skæve fordeling af sundhed og sygdom i samfundet kalder på etiske drøftelser om hvilke uligheder i sundhed, der kan betragtes som værende uretfærdige, hvilke der ikke står til at ændre ved, og hvilke der faktisk kan handles på med effekt og derfor bør reduceres.

*Leif Vestergaard Pedersen,  
arbejdsgruppeformand i  
arbejdet om ulighed i  
sundhed i Det Ethiske Råd*

Dem med lav indkomst er også udsat for andre risikofaktorer som stress m.m., hvilket gør dem mere sårbare for helbredseffekten af tobak. Derfor vil de vinde flere leveår ved at holde op. Samlet set betyder det, at de 20% fattigste i gennemsnit vinder over 10 gange så mange sunde leveår på hævede afgifter som de 20% rigeste. Den stigning i økonomisk stress, de vil opleve, vil slet ikke opveje den forskel. Selvom cigaretafgifter således har en regressiv effekt økonomisk, er deres helbredseffekt progressiv. Det ændrer dog ikke ved, at de personer med små indkomster, som ikke kan



holde op med at ryge, rammes negativt – både økonomisk og helbredsmæssigt.

#### **Lægefordeling efter behov eller efterspørgsel?**

Den brede politiske opbakning til den danske velfærdsstat bygger bl.a. på, at den er noget for alle – rig som fattig. Alle har vi glæde af godt sundhedsvæsen og ikke kun dem, som ikke ville have råd til en privat sundhedsforsikring. Når man så spørger, hvorfor vi alligevel har så stor ulighed i sundhed, er et af de forhold, som springer i øjnene, at nærheden til en praktiserende speciallæge er meget større i rige og relativt sunde forstadskommuner som Gentofte sammenlignet med fattigere og sygere udkantskommuner som Grenå. Og der, hvor der er et stort udbud, bliver der en større efterspørgsel. I de over 40 år hvor man regelmæssigt har holdt øje med, om den danske befolkning har, som der står i loven: "let og lige adgang til sundhedsvæsenet", har man fundet, at veluddannede, som altså i gennemsnit har mindre be-

hov, bruger en uforholdsmæssig stor del af speciallægerne ydelser. Den umiddelbare løsning på det skulle være at fordele lægerne geografisk, så alle områder får del af de skattefinansierede ydelser i forhold til befolkningens behov. Det har imidlertid i mange år vist sig meget svært at gøre. Lægerne værner om den frie etableringsret, og mange foretrækker at bo i storbyen. Politisk kan man være nervøs for, at om man gennemtvinger en anden fordeling, som bedre svarer til den geografiske ulighed i behov, vil det få læger og de patienter, som har råd til det, til at foretrække private og kommercielle alternativer, som så gradvis vil undergrave viljen til at bidrage til det fælles.

#### **Specialister eller generalister**

Danmark havde – og har i nogen grad stadig – en høj dødelighed i kræft sammenlignet med de andre nordiske lande. Det er ikke kun på grund af, at vi er et lille land med en stor og stærk tobaksindustri, men også fordi behandlingen af kræft i mange år ikke var optimal. Der er

### **SKAL ULIGHED ACCEPTERES?**

Hvor langt skal samfundet gå for at begrænse den ulighed, der opstår, når folk påfører sig selv skade gennem deres livsstil med rygning? I hvilket omfang bør samfundet agere paternalistisk fx ved at hæve afgifterne eller forbyde tobakken? Og i hvilket omfang bør samfundet i stedet værne om det enkelte menneskes ret til selvbestemmelse og frihed til at vælge for sig selv – og dermed også acceptere uligheden i levetiden? Er der tale om selvvalgt ulighed i levetiden – eller har den enkelte i realiteten ikke noget valg?

*Leif Vestergaard Pedersen,  
arbejdsgruppeformand i  
arbejdet om ulighed i  
sundhed i Det Ethiske Råd*



nu de seneste 20 år gennemført en kraftig specialisering og centralisering, som har bragt kræftoverlevelsen i Danmark op på samme høje niveau som i de andre lande. Men samtidig er uligheden i kræftoverlevelse fordoblet.

Den centralisering har samtidig betydet, at antallet af læger på hospitalerne er øget med over 50%, samtidig som der er blevet færre alment praktiserende læger. I samme periode er befolkningen blevet ældre, og flere lider af mange flere sygdomme samtidig – såkaldt multisygdom. Særligt stor er den sociale ulighed blandt dem, som lider af både psykisk og fysisk sygdom. Det er desuden sygdomme, som ofte påvirker hinandens forløb. Den, som fx lider af både diabetes og depression, har ofte ikke overskud til at passe godt på sit blodsukker. Og det vil meget ofte være en person med kun grundskole, og den usikkerhed på arbejdsmarkedet, som det ofte indebærer. Den patient, som har flere sygdomme samtidig, må ofte bruge megen tid og energi på at fare rundt på utallige ambulatorier, og det kan være krævende ikke mindst for den ældre patient, som bor langt fra de store sygehuse. Den multisyge patient behøver nærhed, og en tovholder som er generalist med overblik og helhedssyn. Den kortuddannede, som ikke fanger alle tekniske beskeder i farten, behøver at føle tillid, og det kræver kontinuitet. Og den socialt sårbare patient behøver en læge og en socialrådgiver, som kan samarbejde og respektere hinandens kompetencer. Men specialiseringen og centraliseringen, som har været

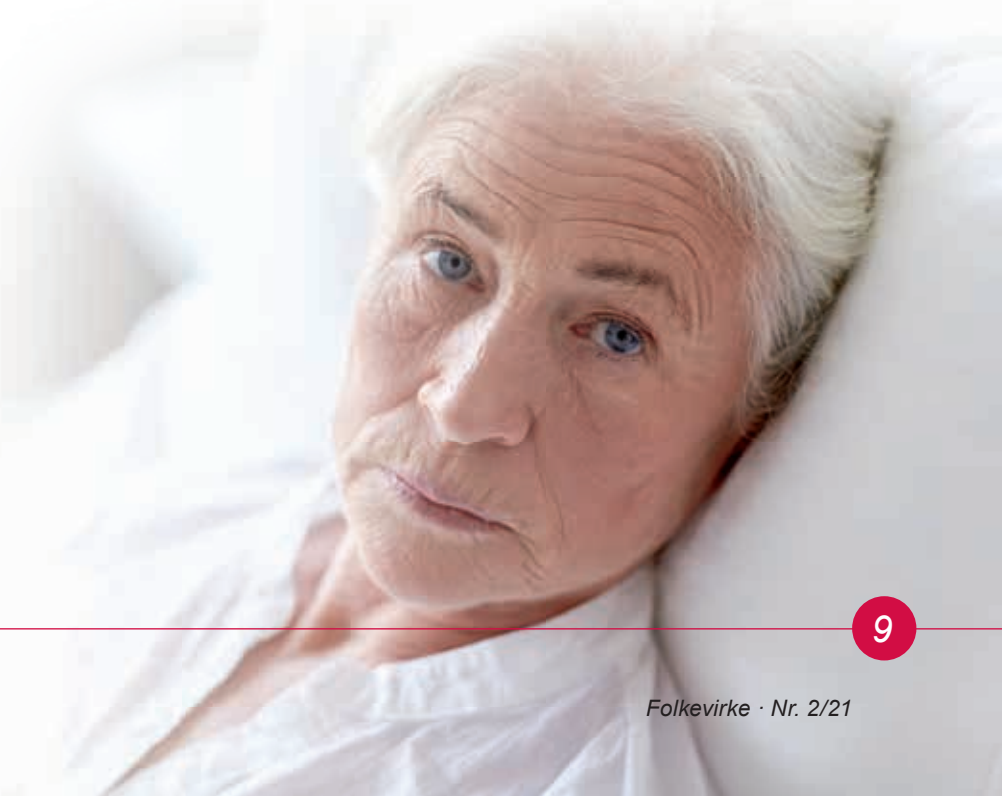
nødvendig for den medicinske effektivitet, har gjort alt dette vanskeligere og dermed også bygget på uligheden. På sygehusafdelingerne er der kommet patientansvarlige læger, men den multisyge patient og en lokal befolkning behøver en områdeansvarlig læge, som ser til, at ingen tabes bort, heller ikke den deprimerede diabetiker, som har glemte sine kontroller. De fleste vælger læge nær, hvor de bor, men områdeansvar kan i princip stå i konflikt med den valgfrihed, som mange prioriterer.

### Summering

Jeg nævnte indledningsvis en undtagelse fra reglen om, at det ikke er lykkedes at reducere ulighed i sundhed. Den indtraf 1997-2010, da den daværende engelske regering lod alle nye ressourcer til sundhedsvæsen, børnefamilier, skoler og arbejdsløshed gå til de 20% fattigste områder. Så blev uligheden mindsket i nogle år. Men da den gamle regering og politik kom tilbage, begyndte den at stige igen. Den grundlæggende målkonflikt, som også kommer til udtryk i ek-

semplerne, handler om, at der på den ene side findes en samfundsskabt ulighed i sundhed i befolkningen, som opleves som uretfærdig og påvirkelig samtidig som at flere af de indsatser, som kan mindske den, vil begrænse menneskers frihed. Det er dog hverken nyt eller uaktuelt, at vi med små frihedsbegrænsninger prøver at være solidariske med de sårbare. Vi sænker hastigheden, når vi passerer en skole, vi har det sidste år holdt afstand og båret masker af hensyn til ældre og kronisk syge. Vi kunne måske også tolerere en højere pris på det usunde i solidaritet med de, som er sårbare for effekterne af tobak, alkohol og fedmefremmende kost. Det er unægtelig nogle frihedsbegrænsninger, men mon ikke de fleste vil være enige i, at intet begrænser menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på, så meget som et dårligt helbred.

At tydeliggøre målkonflikter, som kan være politisk besværligt, kan bidrage til en bedre offentlig samtale og transparente beslutninger.



# Mange former for *ulighed* i sundhed

Foto: Steen Brogaard



Af Liselott Blixt,  
sundheds- og  
psykiatriordfører  
for Dansk Folkeparti

*“Jeg står bag vores lille gård og kigger ud over vores marker, solen står højt på den dyblå himmel, jeg kan se milevidt omkring og se de forskellige afgrøder på markerne. Kornet vajer dovent, når der kommer et vindpust, men stråler med sin gule farve. Her er helt stille, kun når et lille vindstød får kornet til at bevæge sig, kommer der en hvislende lyd, eller når fasanen svirrer med vingerne samtidig med, at den kommer med en skogrende lyd. Jeg vender mig og går over vejen, ud over*

*engen, hvor der er blødt og lidt sumpet, men jeg kender stien og ved, hvor jeg skal gå. Går over mosen og ser de store, flotte siv og dunhammere, som står højt og flot og omkranser de små søer. På søen svømmer gråænder, dykænder og svaner. Jeg går op over diget, og på toppen har jeg et kæmpe overblik over de mange klitter og over Østersøen. En stor, flot bred strand, hvor man kun kan se vand, så langt øjet rækker. Jeg trækker vejret dybt ned i lungerne og tænker, hvor er her skønt. Jeg fortsætter min tur langs diget, går hjemad, hvor jeg vælger at gå igennem den lille skov. Jeg møder ikke så mange mennesker, men dem jeg møder, hilser jeg på, som vi altid gør. For her kender vi næsten hinanden allesammen”.*

Ja, det er dejligt at bo på landet, åbne vidder og en fantastisk skøn natur. Ro og fred, langt fra storbyens stress og larm. I de små byer kender folk hinanden, og man samles ofte til byfester. Men det er også her, vi ser, at folk flytter fra, når de vil videreudanne sig. Flere og flere flytter mod de store byer, for det er der, de store virksomheder som oftest ligger, hvor de kan få et spændende arbejde.

Jeg voksede op i Rødby/Rødbyhavn, og dén gang var det en kommune med mange arbejdspladser, skoler med tre trin, flere forskellige forretninger og et fint socialt liv. Men meget har ændret sig; i takt med at virksomheder flyttede eller lukkede, så flyttede folk med ud, og i dag er der kun halvdelen af befolk-

ningen tilbage. Skolen med tre trin er lukket, og børn i Rødbyhavn skal nu tage bussen for at komme i skole i Rødby eller Holeby. Hvad har det så med ulighed at gøre?

Min holdning er, at når vi har ladet dette ske, så får vi områder i Danmark, der afspejler forskellige kulturer og livsstile. Der er andre kommuner end Lolland, som har mange på overførselsindkomst, der er boligområder med mange indvandrere, boligområder med alle de velhavende, og man kan på den måde helt lokalt gå og "spejle" sig i hinanden.

Når du er barn, ser du op til dine forældre eller andre personer, som du synes er seje, og som du gerne vil ligne, når du bliver stor. Men hvem er det, man som barn gerne vil

ligne, når de fleste, du ser, er hjemme med en pension eller er arbejdsløse, fordi der ikke er jobmuligheder? Det er bekymrende at se, at det også er her, der sker flest tvangsfjernelser af børn, samt at børnedødeligheden er fire gange højere på Lolland end på Frederiksberg. Det får mig til at gyse, og jeg forstår ikke, at man ikke kigger lidt mere på de forskelle, og hvad de betyder for danskernes liv.

Når de mange højtuddannede fraflytter disse kommuner, så er det ikke attraktivt for andre højt uddannede at bosætte sig der, og derfor er der også mange læger, der ikke søger disse steder hen.

Så det er lidt af et paradoks, at dér, hvor der er flest syge, og hvor sundheden halter mest, er det sværest



#### **ULIGHED BØR AFHJÆLPES**

Sundhedsvæsenet bør afhjælpe den sociale ulighed i sundhed. Sådan er det ikke i dag. Patienter med forskellig baggrund og samme diagnose behandles forskelligt – og det er dem med færrest ressourcer, der får det dårligste resultat.

*Klaus Lunding,  
Danske Patienters formand*

at få en fast læge. Det nytter ikke noget at prøve at løse det med forbud og forhøjede afgifter. Det er egentlig bare med til at understrege, hvor lidt forståelse der er for det egentlige problem. Ulighed i sundhed.

#### **Bruger forkerte briller**

Med over 13 år i bagagen som sundhedsordfører på Christiansborg, så er ulighed i sundhed et emne, som jeg ofte har diskuteret. Jeg har lige så ofte været i modstrid med lærde, specielt de meget lærde, og det er noget, som ligger mig meget på sinde, da jeg mener, at man ofte ser med de forkerte briller på, hvordan vi sikrer lighed i sundhed, lighed i levede leveår, samt et godt helbred.

Der er lavet flere undersøgelser og forskningsstudier, der viser, at bor man på Lolland, så er gennemsnitsalderen flere år kortere, end hvis du bor i Nordsjælland. Samtidig har borgerne i Lolland Kommune mange leveår med dårligt helbred.



Årsagerne hertil er i høj grad rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, mental mistrivsel samt kronisk sygdom.

For at undgå dette er det bedste bud som oftest at hæve alderen for, hvornår man kan købe alkohol og tobak og sætte prisen op på usunde madvarer som fedt og sukker.

Jeg mener, at man har for lidt fokus på de sociale forhold, og det burde netop være de sociale skel og de muligheder, man som borger har for at skabe sig et godt liv, der burde være fokus på.

Borgerens sociale position er afgørende for, i hvor høj grad man evner at ændre på sin sundhedsadfærd, fx stoppe med at ryge og drikke, ligesom det betyder noget for evnen til at leve med fx en kronisk sygdom. At komme med løftede pegefingre og flere afgifter vil kun være symptombehandling, og det vil ikke ændre på de forhold, der betyder noget for den enkeltes hverdag.

### Uligheden starter ved fødslen

Hvis vi ser på de faktiske forhold, begynder det allerede fra den tidlige start i livet. Det er barnets udvikling fra spæd, skolegangen og uddannelsesmiljøet og det sociale nærmiljø, der skal kigges på, hvis vi skal sikre, at børn fra start har de samme muligheder, uanset hvor i landet de er født.

Sådan er det ikke i dag.

Den udvikling, som er sket, er, at de der ønsker en højere uddannelse eller et højt kvalificeret job, de flytter ofte fra de små landsbyer og vender sjældent tilbage, når de er færdiguddannede. Det efterlader nogle kommuner med mange ældre og folk på overførselsindkomst.



Hvem er der for de unge at spejle sig i? Hvad er det for uddannelser, der ligger tæt på, som kan give de unge lysten til at gå en anden vej og få modet til at bryde den sociale arv? Al forskning viser, at jo højere uddannelse des sundere lever man. Alligevel så skal man ofte rejse langt for at tage en uddannelse, og infrastrukturen for at nå derhen er heller ikke altid den bedste. Så det kræver mere for dem, der har færre ressourcer, og så skal man have et specielt og ukueligt drive for at kæmpe for sine muligheder og få en uddannelse. Det er ikke nemt at skulle rykke sig selv op med rode og sigte efter en anden fremtid end den, der har ligget i kortene livet igennem. Da jeg gik i skole, var der én fra min klasse, der valgte gymnasiet, og der var ingen, der valgte en akademisk uddannelse.

Jeg mener, at vi skal se på det sociale. Der skal tilføres virksomheder med arbejdspladser, og det skal være attraktivt at bosætte sig andre steder end ved de store byer. Det er noget, som vi faktisk allerede har

taget hul på f.eks. ved at rykke statens arbejdspladser rundt i hele Danmark.

Men det er ikke nok. Der skal meget mere til.

Samtidig skal der gøres en stor indsats for de børn, som vokser op i miljøer, hvor de ikke har noget at se op til eller noget at se frem til. Det skal være sjovt at komme i skole, og de børn, der kommer i skole uden madpakke hver dag – dem skal vi sikre en sund og lødigt frokost. Vi skylder dem også, at de kan videreuddanne sig og blive til det, de vil, uden at de skal flytte langt væk eller bruge flere timer dagligt på transport. Vi bliver nødt til at behandle børn forskelligt for at sikre, de får den lighed, som er vigtig for deres sundhed. Børn har brug for tillid og for at blive stolet på og ikke altid kun høre om alt det, de gør forkert og er skyld i.

### Ulighed i lægebehandling

Vi møder også uligheden på andre områder. Du skal være heldig, for hvis du bliver syg, så skal det være

den rigtige sygdom, du får. For det skal helst være den sygdom, som mange har, og som læger finder prestige i at arbejde med. Der, hvor der er virksomheder, der forsker i behandling, og hvor specialet bliver bredt ud til flere, for så kommer du i et udredningsforløb, får en behandlingsgaranti, og de fleste kender din sygdom, og du har heller ikke problemer, når du skal have hjælp fra kommunen.

Men er du rigtig uheldig, så får du fx en sjælden diagnose, uforklarlige smerter eller ME.

Med en af de sjældne sygdomme kan du kigge langt efter en læge, der kender til den eller interesserer sig for sygdommen, og skulle der fremkomme et lægemiddel, så er det alt for dyrt til, at samfundet vil ofre det på dig. Når sygdommen så ikke bliver anerkendt, så er det også sværere at få den hjælp og de ydelser, der er af social karakter.

Det netværk og de ressourcer, du har, betyder også en del.

Dem, der har kræfter til at råbe op og tage kampen, får hurtigere hjælp end dem, som ikke har kræfter og et netværk til at kæmpe for sig. Dem, der har økonomi til at betale selv, tager ofte skeen i egen hånd og kan betale sig til en bedre sundhed. Her spiller de sociale forhold også ind.

### **Ulighed i psykiske sygdomme**

Den store ulighed i forhold til hvil-

ken sygdom, der er tale om, ser vi også, når vi kigger på lighed mellem psykisk sygdom og somatisk sygdom. Midler bliver ofte prioriteret til de somatiske sygehuse og behandlinger. Vi ser en faneflugt fra personalet fra de arbejdssteder, som har med psykiatiske diagnoser at gøre. Så alt i alt en ond cirkel.



Her skal vi gøre op med, om vi blot vil symptombehandle fremfor at sætte tidligere ind og på den måde forebygge og sikre trivsel og mental sundhed. Jeg så helst, at vi satte os ned og fandt ud af, hvilken psykiatri, vi ville være glade for og tilfredse med. En mental sundhed, som sætter ind allerede med sundhedsplejersken, videre op i skolen, hvor lærere og pædagoger også er klædt på til opgaven. Forskning viser, at kan man tidligt behandle mange af de angsttilfælde, der er

blandt børn, så ville man spare dem for andre psykiatiske diagnoser samt flere behandlinger i psykiatrien. Samtidig skal man kunne indlægges, når man er syg og ikke udskrives før, man ved, at der er nogen på den anden side, der kan tage hånd om en.

I somatikken har vi genoptræning og rehabilitering, men har du været indlagt med fx en svær depression eller en spiseforstyrrelse, så skal du ofte klare dig selv, når du bliver udskrevet. Vi burde have handlingsplaner på de psykiske områder på samme måde, som vi ser på nogle somatiske områder.

Jeg mener, at hvis vi skal opnå ligestilling på sjældne psykiske og somatiske diagnoser, så skal der udarbejdes handlingsplaner for hver enkelt. Det skal naturligvis gøres af de specialister, der ved noget om sygdommene, og med den nyeste og bedste viden.

### **Genoptræning er blevet kastebold**

Jeg arbejdede selv som social- og sundhedsassistent på en apopleksi-afdeling. Her fik vi borgere ind med blodprop eller blødning i hjernen. Dengang for ca. 20 år siden var de indlagt og blev trænet, indtil der ikke var de store fremskridt og blev udskrevet til kommunen til videre genoptræning. Jeg var på en fantastisk afdeling, hvor der blev trænet både med ergoterapeuter, fysio-



terapeuter, logopæder, og der var også tilknyttet en socialrådgiver.

Borgeren blev ikke udskrevet, før kommunen var klar til det. Men så blev der skåret på hospitalerne, og nu er det kommunerne, der skal tage over – alt for tidligt i forløbet. Det har været trist at se den udvikling. Man skal være heldig at bo i en kommune, som sikrer den nødvendige rehabilitering, og som sikrer, at man kommer på et af de specialiserede tilbud, som ved alt om, hvad der kræves. I de kommuner, der ikke gør det godt nok, ser vi, at dem, der har råd, betaler for deres egen rehabilitering. Og det er altså ikke godt nok, at det skal være ens pengepung, der afgør, om du får den bedste behandling.

Det første jeg gjorde, da jeg blev folketingsmedlem, var at lave et beslutningsforslag om en handlingsplan for senhjærneskader. Det tog en del år, og meget blev rettet op, og der blev sat mange millioner kroner af, og nu er et nyt neurorehabiliteringscenter blevet bygget i Glostrup. Men alligevel så er det, som om man går tilbage til det gamle, hvor man nogle steder kun giver den allermest nødvendige

hjælp. Det er som om, at når man slipper fokus, så glider det tilbage til det, det var.

### Ulighed i tandpleje

Det sidste eksempel på en stor ulighed, jeg vil pege på, er vores tandlægeregning. Hvorfor er det nu, at man skal betale for en byld i munden, men ikke en byld, der sidder på kroppen?

Det er et spørgsmål, som vi ofte får, og det eneste, vi kan sige, er, at det er en historisk udvikling. Det stammer fra den gang, at smeden rev de rådne tænder ud, og derefter levede man tandløs.

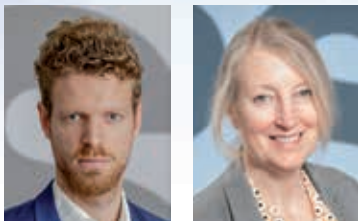
I dag ser vi flere og flere, der ikke har råd til at få lavet deres tænder, og det bliver vi nødt til at gøre noget ved. Vi har nu i de seneste tre år ventet på at få en forhand-

ling med sundhedsministeren. Vi var så småt begyndt på det med den tidligere regering, men så kom der et folketingsvalg, og siden er det ikke taget op. Jeg mener, at vi skal sikre, at alle har råd til tandpleje, at vi bliver ved med at have en incitamentsstruktur, så det kan betale sig at passe sine tænder, men at der bliver et loft over, hvor meget man har som egenbetaling. Der skal være et statsligt niveau, som sikrer et ordentligt tandsæt. Så jeg ser frem til, at vi snart får en forhandling på området.

Så med alle disse tanker og forhold ønsker jeg, at vi i fremtiden ser på hele vores infrastruktur og sociale forhold, så vi kan bevare den skønne natur, som vi alle kan have glæde af samtidig med, at vi skaber mere lighed for alle.



# Ulighed i *sundhed* er også et patientsikkerhedsproblem



Af chefkonsulent Jens Reventlov og direktør Inge Kristensen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

For nylig suspendede de danske sundhedsmyndigheder AstraZeneca-vaccinen i Danmark. Det har været bemærkelsesværdigt, at der er så mange kvinder blandt dem, der får alvorlige bivirkninger.

Hvad har det med ulighed at gøre, kan man spørge?

Om der er et reelt kønsproblem omkring vaccinerne er svært at vide på nuværende tidspunkt. Men faktisk er køn en væsentlig, men lidt overset ulighedsparameter. Også i sundhedssammenhæng. Også etnicitet har stor betydning for vores sundhed – og for den ulighed, der opleves. Amerikanske undersøgelser har set på sammenhænge mellem ulighed og patientsikkerhed. Vi ved desværre alt for lidt om nogle af disse mekanismer i Danmark. I Danmark har vi – i princippet – fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, og vi har brug for viden, der kan sikre, at vi faktisk også får fri og lige adgang.

## Ulighed i sundhed og patientsikkerhed

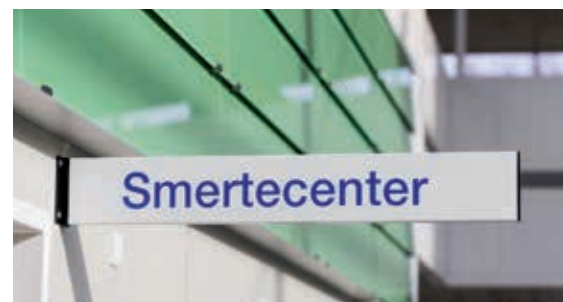
Ulighed i sundhed er betegnelsen

for det faktum, at sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet. Det betyder, at social position har betydning for sundhed, fysiske og psykiske sygdomme samt for, hvor lang tid vi lever. Nogle grupper i befolkningen bliver med andre ord tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør i en tidligere alder end andre, blandt andet på grund af sociale faktorer<sup>1</sup>. Årsagerne – eller determinanterne – for sundhed er bl.a. beskrevet i Dahlgren and Whiteheads publikation fra 1991<sup>2</sup> og dækker over bl.a. køn, etnicitet, uddannelsesniveau og social indkomst.

Men er der sammenhæng mellem, hvordan særlige patientsikkerhedsproblemer fordeler sig på allerede kendte faktorer for sundhed? Kan der eksempelvis ses en sammenhæng mellem medicinfejl og særlige sårbare grupper, hos grupper med bestemt uddannelsesniveau etc.? Det er ikke belyst i særlig grad i dansk sammenhæng.

Patientsikkerhed har langt fra været på dagsordenen altid. Faktisk er det et begreb, der kun har ca. 20 år på bagen. I 2000 udgav det amerikanske Institute of Medicine rapporten "To Err is Human" (Det er menneskeligt at fejle), der viste, at op imod næsten 100.000 dødsfald i det amerikanske sundhedsvæsen skyldtes fejl og skader, der kunne være forhindret, og siden har patientsikkerhed for alvor været i fokus for de

vestlige sundhedssystemer. I Danmark viste en tilsvarende undersøgelse<sup>3</sup> (år 2001), at ca. 9% af patienter, der udskrives fra danske hospitaler, har været udsat for en skade som følge af en utilsigtet hændelse. Omkring 40% af disse utilsigtede hændelser kunne være forebygget, f.eks. ved en ændret arbejdstilrettelæggelse eller ved ny eller ændret teknologi.



I snart 20 år har det danske sundhedsvæsen haft et stærkt fokus på at systematisere patientsikkerhedsarbejdet. I Danmark har arbejdet været centreret på at skabe lærende sundhedsorganisationer, der systematisk opsamler læring og erfaringer fra utilsigtede hændelser og skader, så de samme fejl og skader ikke sker igen. Der har desuden været et fokus på kompetenceudvikling i patientsikkerhed og kvalitet og på at sikre og implementere sikre arbejdsgange og procedurer som et middel til at mindske fejl og skader. Men selvom der er gjort et stort stykke arbejde for at systematisere patientsikkerhedsarbejdet, så sker der

stadig fejl og skader på patienter. I en dansk sammenhæng har der således været et fokus på at styrke systematikken og metoderne til at sikre patientsikkerheden og kvaliteten, men der har i mindre grad været et fokus på, hvordan sociale forhold kan påvirke de skader og fejl, som patienter og pårørende udsættes for.

Der har i sundhedsvæsenet været et stort fokus på ulighed i sundhed, og det forhold, at social position har betydning for sundhed, somatiske og psykiske sygdomme samt for midlellelivetiden. Nogle grupper i befolkningen bliver med andre ord tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør i en tidligere alder end andre blandt andet på grund af sociale faktorer<sup>4</sup>.

### Sundhed og patientsikkerhed

En for nylig offentliggjort rapport af Sundhedsstyrelsen viser, at social



ulighed i sundhed stadig er et stort problem i Danmark. Rapporten viser f.eks., at personer med kortere uddannelse oplever sygdom, mærker større konsekvenser af sygdommen og dør tidligere end personer med en lang videregående uddannelse, men rapporten ser ikke på ulighed i patientsikkerhed. Det er i dansk sammenhæng ikke belyst, om der er ulighed i patientsikkerhedsproblemer. Patientsikkerhed er en indikator for kvalitet i behandlingen af patienter og borgere og bør ikke variere imellem forskellige sociale grupper.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har gennemgået et såkaldt meta-studie, der ser på femten undersøgelser for at finde frem til sammenhænge mellem patientsikkerhed og andre faktorer for sundhed.

Neden for gennemgår vi nogle af de vigtigste faktorer:

- Syv af de femten undersøgelser beskriver sociale forskelle i diagnostiske procedurer og processer.

Fire af undersøgelserne beskriver **kønnsforskelle** i diagnosen.

Henning et al. og Maserejian et al. beskriver, at kvinder har en lavere sandsynlighed for at modtage korrekt og rettidig diagnose af henholdsvis kræft og visse hjertesygdomme, sammenlignet med mænd<sup>5</sup>. Henning et al. beskriver forskelle i fortolkningen af kliniske symptomer og henvisningsmønstre hos patienter med kræft i blæren, der besøger den praktiserende læge til primær konsultation. Undersøgelsen viser, at til trods for, at kvinder har dårligere prognoser, og på trods af, at der ikke er nogen kønsrelaterede forskelle i kliniske symptomer på blærekræft, er kvinder mere tilbøjelige til at blive behandlet for påståede urinvejsinfektioner uden at blive henvist videre til en specialist, sammenlignet med mænd. Maserejian et al.<sup>6</sup> beskriver forskelle i lægernes diagnose af koronar hjertesygdom (hjertekrampe

### TRANSPARENS I SUNDHEDSBEHANDLING

Vi skal vide mere om, hvornår og hvor ofte patienter med samme sygdom ikke får samme resultat af deres behandling. Ved løbende at måle på uligheden mellem patientgrupperne – fx på en afdeling – kan man se, hvordan det står til. Man kan lave målrettede indsatser for at gøre det bedre, og man kan se, om det hjælper eller ej.

**Klaus Lunding,**  
**Danske Patienters formand**



og hjerteinfarkt) ved hjælp af et eksperiment, der præsenterede videobåndede symptomer, hvor der skete en systematisk ændring af patientens køn, alder, socioøkonomiske status og race. I denne undersøgelse blev det konkluderet, at læger er mindre sikre på diagnose på hjertesygdom hos midaldrende kvindelige patienter, hvilket indikerer, at deres køn og alderskombination vildleder læger. Der er dog også undersøgelser, der peger på udfordringer for mænd:

Hansen et al.<sup>7</sup> beskriver, at mænd oplever længere tid mellem første kontakt med lægen og reelt undersøgelsestidspunkt for kræft. Som vi beskrev i introduktionen, er der også kønsforskelle i forbindelse med lægemidler og bivirkninger. En amerikansk undersøgelse<sup>8</sup> (Zucker&Prendergast, 2020) viser, at kvinder er dobbelt så udsat for bivirkninger ved håndkøbsmedicin som mænd, og at der stadig er et efterslæb på viden om kønsspecifikke virkninger og bivirkninger af medicin.

- Fem af de syv undersøgelser beskriver **etniske forskelle** i diagno-

ser. En undersøgelse beskriver, at selvom sorte patienter oplever lavere niveauer af depression end hvide patienter, er de mere tilbøjelige til at blive underdiagnosticeret med depression under det første besøg hos lægen sammenlignet med hvide<sup>9</sup>. To undersøgelser finder ingen sammenhæng mellem etnicitet og diagnostiske fejl, mens Fleming-Dutra et al. finder det modsatte<sup>10</sup>. Sidstnævnte undersøgelse rapporterer, at sorte børn er mindre tilbøjelige til at blive diagnosticeret med mellemørebetændelse sammenlignet med hvide børn på trods af, at de har de samme symptomer. En undersøgelse rapporterer, at diagnoser af type 2 diabetes er forbundet med etnicitet, hvilket resulterer i underdiagnose for hvide patienter på trods af de samme symptomer som sorte og spanske patienter.

#### **Patientsikkerhedsudfordringer relateret til medicin- og behandlingsprocedurer**

Fem af de femten undersøgelser rapporterer om sociale forskelle i medicinprocedurer. Tre af de fem undersøgelser beskriver kønsfor-

skelle i medicinprocedurer. En systematisk gennemgang<sup>11</sup>, der beskriver kønsforskelle i ordinerede antibiotikarecepter, viser, at mængden af antibiotika, der er ordineret til kvinder, er 36% højere end den, der er ordineret til mænd i aldersgruppen 16-34 år og 40% højere i aldersgruppen 35-54 år. Green et al. beskriver, at kvinder har lavere sandsynlighed for at få opioidrecept (morfin) til smertebehandling<sup>12</sup>. To af de fem beskriver etniske forskelle for sorte patienter i medicinprocedurer. Becker et al. finder, at sorte er mindre tilbøjelige til at modtage opioider til smertebehandling sammenlignet med hvide<sup>13</sup>. Endelig beskriver Fleming-Dutra et al., at hvide børn med mellemørebetændelse er mere tilbøjelige til at modtage bredspektret antibiotika end sorte børn<sup>14</sup>. Én af de fem undersøgelser beskriver indkomstforskelle og rapporterer en større sandsynlighed for at modtage potentielt u hensigtsmæssige recepter til patienter med lav indkomst sammenlignet med deres rigere kolleger. Forskelle baseret på patienternes uddannelsesmæssige baggrund er ikke beskrevet i nogen af de fem undersøgelser.





### Behandling på tværs af sundhedsvæsenet

To af de femten undersøgelser beskriver sociale forskelle i relation til behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Begge undersøgelser beskriver, at der er forskellige henvisningsmønstre med hensyn til patienternes køn. Kvinder er f.eks. mere tilbøjelige til at blive henvist eller gennemgå en hjertestresstest sammenlignet med mænd, mens Hansens et al.<sup>15</sup> rapporterer, at mænd er mere tilbøjelige til at opleve forsinkelser i henvisning til hospitalet eller til anden behandling sammenlignet med kvinder. En af de to undersøgelser beskriver indkomstforskelle med hensyn til behandling på tværs af sundhedsvæsenet og rapporterer, at kvinder med høj indkomst oplever kortere systemforsinkelser.

### Dansk sammenhæng

Ligesom ulighedsskabende faktorer kan have mange facetter, have

mange forskellige årsagsvirkninger og kan være svære at definere, kan også patientsikkerhedsproblemer have mange facetter og årsagsvirk-

ninger – for hvad falder ind under et ”patientsikkerhedsproblem”?

Når vi kigger på studiet ”Social disparities in patient safety in primary care: a systematic review” og dets resultater, så tyder det altså på, at der kan være store forskelle, og at en af de vigtige determinanter faktisk er, hvilket køn vi har. Det vil være oplagt at undersøge den sociale ulighed i relation til den diagnostiske proces og i relation til lægemidlers virkning yderligere i dansk sammenhæng, og Dansk Selskab for Patientsikkerhed vil fortsat arbejde for at reducere den bias, der kan ses – på grund af faktorer som køn og etnicitet. Det er væsentligt, at et sundhedssystem, som har fri og lige adgang, også arbejder systematisk med at opnå denne lige adgang for alle.

### Noter

- <sup>1</sup> <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed>.
- <sup>2</sup> Dahlgren G, Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Patient Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- <sup>3</sup> Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. Schiøler T, Lipzak H Pedersen BL et al. Ugeskrift for læger, 2001;163(39).
- <sup>4</sup> <https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed>.
- <sup>5</sup> Henning A, Wehrberger M, Madersbacher S, Pycha A, Martini T, Compjog E, Jeschke K, Tripolt C, Rauchenwald M. Do differences in clinical symptoms and referral patterns contribute to the gender gap in bladder cancer?
- <sup>6</sup> Maserejian NN, Link CL, Lutfey KL, Marceau LD, McKinlay JB. Disparities in physicians' interpretations of heart disease symptoms by patient gender: results of a video vignette factorial experiment. *J Women's Health*. 2009;18:1661-1667.
- <sup>7</sup> Hansen RP, Olesen F, Sørensen HT, Sokolowski I, Søndergaard J. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:49. doi.
- <sup>8</sup> Zucker, I., Prendergast, B.J. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biol Sex Differ* 11, 32 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00308-5>.
- <sup>9</sup> Lukachko A, Olfson M. Race and the clinical diagnosis of depression in new primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:98-100.
- <sup>10</sup> Fleming-Dutra KE, Shapiro DJ, Hicks LA, Gerber JS, Hersh AL: Race, otitis media, and antibiotic selection. *Pediatrics* 2014;ped. 2014-1781.
- <sup>11</sup> Schröder W, Sommer H, Gladstone BP, Foschi F, Hellman J, Evengard B, Tacconelli E. Gender differences in antibiotic prescribing in the community: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother*. 2016;71:1800-1806.
- <sup>12</sup> Green D, Bedson J, Blagojevic-Burwell M, Jordan K, der Windt D. Factors associated with primary care prescription of opioids for joint pain. *Eur J Pain*. 2013;17:234-244.
- <sup>13</sup> Becker WC, Starrels JL, Heo M, Li X, Weiner MG, Turner BJ. Racial differences in primary care opioid risk reduction strategies.
- <sup>14</sup> Fleming-Dutra KE, Shapiro DJ, Hicks LA, Gerber JS, Hersh AL: Race, otitis media, and antibiotic selection. *Pediatrics* 2014;ped. 2014-1781.
- <sup>15</sup> Hansen RP, Olesen F, Sørensen HT, Sokolowski I, Søndergaard J. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study.

# Opgør med uligheden i sundhed



Af Sif Holst,  
næstformand  
i Danske Handicap-  
organisationer

Når vi taler om ulighed i sundhed, er der især to ting, som er vigtige at slå fast fra begyndelsen:

- Ulighed i sundhed er grundlæggende uretfærdig.
- Uligheden i sundhed er stor – også i Danmark.

Selv om vi ofte tænker, at adgangen til sundhed i kraft af vores vel fungerende sundhedsvæsen og gode velfærdssamfund er lige, så er virkeligheden desværre ret anderledes. Ulighed i sundhed handler både om ulighed mellem sygdomme og den ulighed, det enkelte menneske oplever i et sundhedsvæsen, som langt fra har lige adgang til behandling, forebyggelse og rehabilitering for alle. Mennesker med handicap er ofte dobbelt ramt. I kraft af deres handicap bliver de mødt af et system, som ikke giver dem samme adgang til behandling som andre. Ligesom deres handicap eller de sygdomme, de lider af, ikke er prioriteret på lige fod med andre sygdomme. Vi ser en ulighed mellem sygdomme – hvor nogle sygdomme – og kombinationen af mange sygdomme ofte medfører dårligere behandling, afbrudte og komplicerede forløb – i et system, som har svært ved at behandle det hele menneske, og som ikke formår at løfte både forebyg-

gende, behandlende og rehabiliterende indsatser. Ligesom vi ser en ringe adgang og mange barrierer i sundhedsvæsenet for mennesker med et handicap.

## Forskel på mennesker

Sundhedsloven fastsætter rent faktisk en række krav til sundhedsvæsenet, herunder at det skal sikre "let og lige adgang". Det indebærer en pligt til at sikre, at sundhedsvæsenets ydelser tilrettelægges, så de kan benyttes af alle, herunder også mennesker med handicap.

Desværre er virkeligheden ikke helt sådan.



Det bliver tydeligt, hvis man ser på screeninger for kræft. En sundhedsydelse, som tilbydes for at mindske forekomsten og konsekvenserne af kræft. En ydelse, som tilbydes alle – og som netop er sat i verden for, at alle får den samme behandling og mulighed for at opdage og behandle kræft i tide.

Men mennesker med funktionsnedsættelser deltager i langt mindre

omfang end andre i forebyggende screeninger for kræft. Danske Handicaporganisationer har lavet en undersøgelse blandt vores medlemmer og spurgt, om man har oplevet problemer med at deltage i kræftscreeninger. 23 procent af dem, der oplyser at have et handicap eller en langvarig sygdom, har oplevet problemer med at deltage i screeninger en eller flere gange. Altså hver fjerde.

Statens Institut for Folkesundhed offentliggjorde i 2017 en omfattende undersøgelse af "Voksne med cerebral parese i Danmark" (tidligere kaldet spastisk lammelse) med fokus på deres sociale og helbreds mæssige situation. Undersøgelsen viste, at 44 procent af alle kvinder med cerebral parese i alderen 23-61 år har været screenet for livmoderhalskræft inden for de seneste fem år. For kvinder uden cerebral parese er tallet 76 procent.

Tallene er skræmmende. For konsekvensen er jo, at kvinder med cerebral parese har større risiko for at få livmoderhalskræft, fordi celleforandringerne ikke opdages i tide. Det betyder også, at kvinder, der benytter en kørestol, ikke i samme omfang får foretaget en mammografi og opdager knuden i brystet, eller at en mand, der bor i et botilbud, ikke kommer afsted til screening for tarmkraft hvert andet år, som ellers er et tilbud til alle borgere over 50 år.

De lave tal for deltagelse i kræftscreeninger dækker endvidere over store forskelle. Nogle grupper er langt hårdere ramt end andre.

Blandt kvinder med cerebral parese, som er svært motorisk handicappede og har en påvirket intellektuel udvikling, er kun 12 procent blevet screenet inden for de seneste fem år. Kun 16 procent af de kvinder, der har cerebral parese og bor på botilbud, er blevet screenet og blot 13 procent af dem, der stadig bor hjemme, er blevet screenet for livmoderhalskræft.

Årsagerne er og kan være mange. Mennesker med kognitive funktionsnedsættelser har brug for hjælp til at komme til screening. Det er ikke nok med en indkaldelse i e-boks, som ingen ser eller får handlet på. Andre oplever, at den fysiske adgang er en barriere – for eksempel er det ofte et problem, at udstyr til både undersøgelser for livmoderhalskræft og brystkræft er dårligt tilpasset, endstige umuligt at benytte, hvis du har brug for en kørestol.

Uanset årsagen er det dybt problematisk, at forskellene er så store. Og det underbygger den ulighed, som opleves på en række andre para-

metre. Nemlig den ulige behandling af forskellige sygdomme – og problemer med at behandle flere samtidige sygdomme.

### **Forskel på sygdomme**

Der er nemlig i sig selv en stor forskel på behandlingen og prioriteringen af forskellige sygdomme. Både inden for sundhedsvæsenet og i den behandling, som findes uden for sundhedsvæsenet, når vi ser på forebyggelse og rehabilitering.

Den måske tydeligste forskel er mellem psykiatrien og det somatiske område, altså de fysiske sygdomme. Hvor psykiatrien gennem en årrække har været underprioriteret, og hvor vi ser, at mennesker med psykiske lidelser lever mellem 15 og 20 år kortere end andre. Igen er der mange årsager.

For mennesker med psykiske lidelser spiller en lang række socioøkonomiske faktorer en rolle, ligesom livsstilssygdomme gør det. Jeg tror godt, langt de fleste er klar over, at der er stor ulighed i sundhed på

baggrund af en række livsstilsfaktorer. At man får kræft af rygning. At overvægt kan medføre diabetes. Og at kost og motion er afgørende for helbredet på længere sigt. Det er på en måde åbenlyst. Men også derfor er det så problematisk, at vi både har et sundhedsvæsen og et kommunalt system, som netop har svært ved at håndtere samspillet mellem flere samtidige sygdomme og udfordringer.

For mange mennesker med kroniske sygdomme er kompleksiteten stor. Borgere, der lider af mere end én sygdom, skal navigere i et kompliceret system, der ofte ikke er gearet til at håndtere alle sygdomme på én gang. De skal ofte gå til kontroller, behandlinger og samtaler med flere afdelinger på sygehuset og i kommunen og må selv tage ansvaret for deres situation. Ingen i sundhedsvæsenet tager ansvaret for dem.

Beregninger viser, at cirka hver fjerde dansker lider af mere end én kronisk eller alvorlig sygdom og



derfor kan betegnes som multisyg. Mennesker med multisygdom er en særlig patientgruppe, der er kendetegnet ved at have komplekse problemstillinger knyttet til somatiske og også ofte psykiatriske sygdomme, sociale problemer og udfordret arbejdsmarkedstilknytning.

Sundhedsvæsenet har svært ved at håndtere disse komplicerede problemstillinger hensigtsmæssigt med den nuværende fokusering på hver enkelt sygdom. Ligesom det kommunale behandlingssystem har svært ved at løfte den komplicerede behandlingsopgave med flere diagnoser, som har konsekvenser for liv og dagligdag.

Ulighed i sundhed er i meget høj grad knyttet til sammenfald af netop flere sygdomme – men også andre livsomstændigheder, der gør både behandling og forebyggelse vanskelige.

### Ulighed i systemer

Derudover er uligheden i sundhed koblet til de systemer og strukturer, som vores behandling er knyttet op på. Både vores somatiske og psykiatriske behandling er forskellig – ligesom der er forskel på, om behandlingstilbuddet skal gives af kommuner eller regioner.

I det regionale sundhedsvæsen, på sygehusene, er der langt mere håndfaste krav til, hvad man som patient har ret til, og hvilken ydelse man får. Selv om vi tydeligt kan se, som tidligere beskrevet, at der er forskel på i hvor høj grad, forskellige grupper af mennesker benytter sig af sundhedsvæsenets tilbud om for eksempel kræftscreeninger. Så er det jo sådan, at man har en ret til at

få dem. Og hvis man får for eksempel brystkræft, kommer man ind i det, der kaldes et pakkeforløb, hvor man får tilbudt et helt fast forløb bestående af en række ydelser i sundhedsvæsenet.

Det samme er ikke gældende, hvis man har en psykisk lidelse og har brug for et socialpsykiatrisk tilbud efter at have været indlagt. Eller hvis man får en hjerneskade og har brug for genoptræning. Her er det i højere grad op til en kommunal vurdering at finde og give det tilbud og den behandling, som der er behov for. Med store kommunale forskelle til følge.

Det er ikke nødvendigvis sådan, at behandlingen er bedre i sundhedsvæsenet end i kommunen. Men der er forskel på de rettigheder, man har som patient. Og det er vigtigt at være opmærksom på de svære overgange og forskellene i den tænkning, der er på behandlingen.

Der er gennem en årrække sket en stor forandring i sundhedsydelser, som betyder, at mere og mere behandles i kommunerne.

Hvis vi igen ser på psykiatrien, er den gennemsnitlige indlæggelsestid for psykiatriske patienter faldet markant. Det betyder, at patienter med svære psykiske lidelser er indlagt i langt kortere tid end tidligere – og det behov de har for behandling, når de bliver udskrevet, er dermed langt større – ligesom den behandling, de har brug for, er langt mere specialiseret. Det samme gælder en lang række andre sundhedsydelser. Tendensen er, at man er kortere tid på hospitalet og deraf selvfølgelig også har brug for langt mere hjælp og behandling for at



### ULIGHED SKAL MÅLES LØBENDE

Det skal hele tiden være tydeligt, hvordan det står til med den sociale ulighed i sundhedsvæsenet. Ellers risikerer vi, at emnet kun er aktuelt hvert fjerde år, når Sundhedsstyrelsen udgiver en ny statusrapport. Men arbejdet for at reducere uligheden skal ske hver dag. Derfor skal der måles på uligheden løbende, og det skal gøres til et kvalitetsmål, som lederne kan styre efter.

*Klaus Lunding,  
Danske Patienters formand*

vende tilbage til hverdagen efterfølgende.

For mennesker med handicap og kroniske sygdomme er det selvfølgelig væsentligt. Fordi det øger behovet for, at kommunale behandlingstilbud er specialiserede, omfattende og gode nok.

Det er vigtigt at have med, når vi skal tale om, hvordan vi løser udfordringer med ulighed i sundhed.

Fordi det handler om at se på strukturer i hele systemet – ligesom vi skal se på faktorer for det hele menneske. Hvis vi skal uligheden i sundhed til livs, skal der ses på mange samtidige sygdomme og faktorer hos det enkelte menneske. Og vi skal formå at skabe systemer, som kan rumme det.

Der skal være lige adgang til alle dele af sundhedsvæsenet og dets ydelser – uanset sygdom eller handicap.



# Ulighed i sundhed rammer de *socialt udsatte*



Af Helle Jarlmoose, generalsekretær i KFUKs Sociale Arbejde

Det er velkendt, at der er ulighed i sundhed, og at uligheden er stigende. Det kommer helt konkret til udtryk ved, at socialt udsatte og sårbare borgere dør 20 år for tidligt. Hvad kendetegner denne gruppe af borgere, og hvorfor dør de af sygdomme, som vi andre ikke dør af? Vi ved, at en række faktorer som kort uddannelse, arbejdsløshed, dårlig økonomi, mangel på sociale relationer og omsorgssvigt i barndommen har betydning for menneskers sundhed. Dertil kommer, at der i gruppen af socialt udsatte er en høj forekomst af risikofaktorer som rygning, misbrug og dårlig mental sundhed.

Denne gruppe af sårbare borgere deltager sjældent i de forskellige screeningsprogrammer, der skal fore-

bygge og opdage alvorlige sygdomme på et så tidligt tidspunkt, at behandlingen har en god prognose. Det kan fx være screening for tarmkræft eller brystkræft. Typisk får man sin invitation til at deltage i sin e-Boks eller pr. brev. Der er typisk allerede booket en tid, så hvorfor tager socialt udsatte ikke imod invitationen? Mange har ikke NemID og adgang til e-Boks. Men hvis de har fået invitationen i hånden, kan det være svært at overskue. Selv med de bedste intentioner kan det være svært

at overholde en aftale ude i fremtiden, når man lever på gaden. Når dagen kommer, kan en stofbruger måske være travlt optaget af at skaffe stoffer og har på grund af abstinenser ikke overskud til at møde op til den aftalte tid. Mange kommer derfor for sent i gang med udredning og behandling.

## Lægelige udfordringer

Vores sundhedssystem er på mange måder bygget op omkring den praktiserende læge, der jo i vores vel-



færdssamfund er indgangen til sundhedssystemet. Men mange udsatte er slet ikke tilknyttet en praktiserende læge. Og når de endelig møder op, har mange praktiserende læger svært ved at støtte udsatte til at få den behandling, de har brug for. Hvad stiller man op med mennesker, som er afhængige af stoffer eller alkohol, som har psykiske lidelser og store sociale problemer, og som det er svært at passe ind i de faste rammer hos den praktiserende læge eller på hospitalerne?

Vi kan konstatere, at socialt udsatte ikke modtager og får fuldt udbytte af den ofte avancerede behandling, som tilbydes i sundhedssystemet. Socialt udsatte borgere har ofte et meget komplekst sygdomsbillede med mere end én kronisk eller alvorlig sygdom kombineret med et aktivt misbrug.

Et af de helt store problemer omkring socialt udsattes sundhed er, at de først kommer i kontakt med sundhedsvæsenet, når det går rigtig galt. Når skinnensåret bliver så betændt, at de reelt ikke kan gå. Eller når lungerne kollapser pga. astmatisk bronkitis.

For sådanne multisyge er behandlingsforløb ofte komplicerede med en kombination af undersøgelser, indlæggelser, ambulante behandlinger og opfølgende tiltag, der kan strække sig over længere tid. Det kan være svært at holde styr på, når man ikke har adgang til e-Boks. Det kræver megen transport frem og tilbage, og til og fra forskellige hospitaler. Det rejser spørgsmål som: Kan man få kørselsordning, når man er hjemløs? Kan man blive scannet, hvis man er påvirket af stoffer eller

alkohol? Kan man få taget en blodprøve? Hvad gør man, når man ikke har råd til den medicin, der bliver ordineret? Hvor går man hen med sin angst, når man ikke har familie eller netværk.

### **Lav sundhedskompetence**

Mange udsatte har det, man kalder lav sundhedskompetence. Det vil sige, at de ikke er gode til at håndtere forhold omkring deres helbred, fx at gå til lægen, at møde op hos specialister, når de har fået en henvisning eller holde styr på hospitalsindkaldelser.

Et godt behandlingsforløb forudsætter et optimalt samarbejde mellem sundhedsvæsen og kommuner for alle borgere.

Det er velkendt, at overgange i livet kan udgøre en risiko. Når en anbragt ung bliver 18 år, stopper al hjælp, medmindre der tilbydes efterværn. Det kræver, at nogen et sted i systemet sætter dette i værk på den unges vegne. Tilsvarende kan overgangen fra hospital til hjem – fra sygehus til hjemmepleje – være en udfordring. Måske har vi en fejlagtig opfattelse af, at en behandling har en begyndelse og en afslutning, men det er ikke altid tilfældet. Måske skal der genoptræning til. Måske bliver en genindlæggelse nødvendig. De gode overgange handler om en fælles forståelse mellem region og kommune af, hvem der har ansvar for hvad, og at dette ansvar løftes. Men er det altid tilfældet, når det drejer sig om de mest sårbare i vores samfund?

Hvis en ældre og i øvrigt ressourcestærk patient har fået foretaget en øjenoperation og har brug for at få

dryppet sine øjne otte gange i døgn net de næste 14 dage, sender kommunen efter anmodning fra sygehuset en hjemmesygeplejerske for at sikre fuldt udbytte af behandlingen. Men hvis en udsat borger er blevet opereret for kræft og har brug for 32 gange strålebehandling over flere måneder, hvad så??? Hvem hjælper borgeren med at huske på aftaler, komme ud ad døren, ledsage og være såkaldt pårørende-substitut? I dag er det typisk en opgave, som de frivillige sociale organisationer som KFUKs Sociale Arbejde må påtage sig og dermed fungere som brobygger mellem region og kommune.



### **FOKUS PÅ GENETIK OG TILGÆNGELIGHED**

Uligheden i sundhed opstår af mange årsager. Genetisk arv, levevilkår, livsstil og sundhedsvæsenets tilgængelighed i bred forstand har alle betydning for uligheden. De etiske drøftelser spænder derfor også vidt. Bør vi gøre en særlig indsats for dem, der er hårdt ramt af den genetiske arv for at sikre lige adgang til såkaldte kvalitetsjusterede leveår? Og kan vi overhovedet acceptere, at tilgængeligheden til sundhedsvæsenet i sig selv er med til at øge uligheden?

*Leif Vestergaard Pedersen,  
arbejdsgrupeformand i  
arbejdet om ulighed i  
sundhed i Det Ethiske Råd*



### Nye løsninger

Folkesundhedskrisen covid-19 har sat fokus på nogle af de barrierer, som socialt udsatte møder og har tilmed medført nye løsninger. Et eksempel herpå er misbrugsbehandlingen. Nedlukningen af samfundet i foråret 2020 nødvendiggjorde nytænkning, da behovet for en mere tilgængelig substitutionsbehandling blev åbenlys. Det førte til, at misbrugsbehandlere opsøgte borgerne, hvor de nu var – fx i Reden – og at hjemmevergning af substitutionsmedicin pludselig blev muligt. Det blev med andre ord lettere at komme i misbrugsbehandling.

Nedlukningen betød også, at det blev vanskeligere for stofbrugere at lave penge, fx ved prostitution, og samtidig steg priserne på stoffer som følge af de lukkede grænser. Flere blev derfor også motiverede for at gå i behandling. Vi kan kun håbe, at den opsøgende og mere fleksible misbrugsbehandling er kommet for at blive.

Hvis sundhedslovens mål om, at alle skal have "let og lige adgang til sundhedsvæsenet", skal realiseres, skal der ske nytænkning. Vi bør finde løsninger, så vi kompenserer

for de udsattes manglende sundhedskompetencer. Når vi eksempelvis ved, at nogle udsatte aldrig kigger i deres e-Boks, så må vi få dem ind ad hospitalsdøren på en anden måde – ligesom vi laver ramper til borgere i kørestol.

Der er brug for mere opsøgende sundhedsarbejde, hvor udsatte mennesker kan følges gennem systemet af fagfolk, der kan håndtere og hjælpe dem. Hvor de kan blive udredt og få behandling der, hvor de er – på gaden, væresteder, herberger m.m. – så de kan få den behandling, de har ret til og behov for i tide. Og ikke mindst så de kan blive færdigbehandledede.

### Tværgående indsatser

Der er brug for at skabe en stærk faglighed og fælles retningslinjer om udsatte på tværs af alle aktører i sundhedsvæsenet. Flere steder har man allerede socialsygeplejersker, som gør en stor forskel, men der er brug for en langt større indsats. Behandling af socialt udsatte skal være et selvstændigt og højt prioriteret fokusområde i hele vores sundhedsvæsen, hvis vi for alvor vil have lighed i sundhed.

Man skal ikke have arbejdet mange dage blandt de mest udsatte, før man hører de absurde historier om mennesker, som falder ned mellem de regionale og kommunale tilbud. Det kan f.eks. være den hjemløse kvinde, der indlægges med en alvorlig psykose og udskrives efter et døgn, uden at der er iværksat behandling – og udskrives til gaden, fordi hun ikke har et hjem, og uden at der står nogen klar til at hjælpe hende.

Regionerne står for psykiatrien, og kommunerne står for misbrugsbehandling og andre sociale indsatser. Behovet for bedre koordinering og samarbejde på tværs af regioner og kommuner har været tydeligt i årevis. Det er på tide, at der bliver skabt et forpligtende samarbejde, hvor alle fra frontpersonale til ledelse i regioner og kommuner har fælles ansvar – strukturelt og økonomisk – for at sikre én sammenhængende indsats for det hele menneske.

### Om KFUKs Sociale Arbejde

*KFUKs Sociale Arbejde er en medlemsorganisation, som siden 1947 har haft fokus på at hjælpe udsatte mennesker i Danmark.*

*Organisationen omfatter i dag Rederne (København, Odense, Aarhus, Aalborg og Esbjerg), Reden International, Reden Ung, Lærkereden i Aalborg, Kontaktcentret Vesterbro, KFUKs Sociale Arbejdes Krisecenter i København, Redernes Krisecenter i Odense, Den Selvejende Institution Lindenvangen på Frederiksberg, Herberget Lærkehøj samt genbrugsbutikkerne Reden Genbrug.*



# Mennesker med *psykiske lidelser* og ulighed i sundhed

*Der er tale om en voldsom ulighed i sundhed, hvis man sammenligner mennesker med psykiske lidelser med almenbefolkningen. Mennesker med psykiske lidelser rammes mere af sygdom, bliver tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdommen – og de dør tidligere.*

Foto: Nils Åge Skovbo



Af Knud Kristensen, landsformand, SIND – landsforeningen for psykisk sundhed

Når vi taler om ulighed i sundhed, handler det oftest om social ulighed i sundhed. Hvis der er ulighed i sundhed baseret på sociale kategorier, taler vi om social ulighed i sundhed. Sociale kategorier kan fx være familieforhold, uddannelsesniveau, arbejdsmarkedsstatus, socialgruppe eller indkomst. Ofte er den sociale kategori, der benyttes i undersøgelser af social ulighed i sundhed, uddannelsesniveauet.

Uddannelsesniveauet anses for at være en pålidelig kategori, fordi ens uddannelse ikke bliver kortere af, at man bliver syg.

Når vi taler om ulighed i sundhed, taler vi om ulighed i sundhedstilstanden (forekomsten af eller risikoen for at blive ramt af sygdom). Men vi taler også om ulighed i sundhedsvæsenet (vores brug af sundhedsvæsenet, og den behandling man får, hvis man er patient).

Når jeg (og andre) taler om mennesker med psykiske lidelser og ulighed i sundhed, så er der nogle særlige forhold, der gør sig gældende. En psykisk lidelse vil ofte påvirke den ramtes mulighed for at få en uddannelse, være i et parforhold, være i beskæftigelse eller bo i egen bolig. Mange rammes af en psykisk lidelse så tidligt i livet, at de ikke kan gennemføre en længerevarende uddannelse.

Når undersøgelser påviser social ulighed i forhold til forekomst af fx depression, bipolar lidelse og skizo-

freni på den måde, at forekomsten af de nævnte sygdomme er lavere med højere fuldført uddannelsesniveau, skal man derfor være forsigtig med at konkludere, at lavere uddannede har en højere risiko for at udvikle de nævnte sygdomme. Forskellen i uddannelsesniveau kan også være en konsekvens af den psykiske lidelse.

Når jeg her taler om mennesker med psykiske lidelser og ulighed i sundhed, er jeg ikke primært optaget af, om det er den sociale forskel, der er årsag til sygdommen. Jeg er primært optaget af, at mennesker med psykiske lidelser oplever social ulighed.

Den sociale ulighed, som mennesker med psykiske lidelser oplever, er meget omfattende, og den har desværre ofte store, negative konsekvenser i forhold til de ramtes hel-

bred – både mentalt og somatisk – og livskvalitet.

I det følgende vil jeg se på disse sociale kategorier:

- Familieforhold
- Uddannelsesniveau
- Arbejdsmarkedsstatus
- Indkomst
- Kriminalitet
- Somatiske sygdomme og dødelighed

### Familieforhold

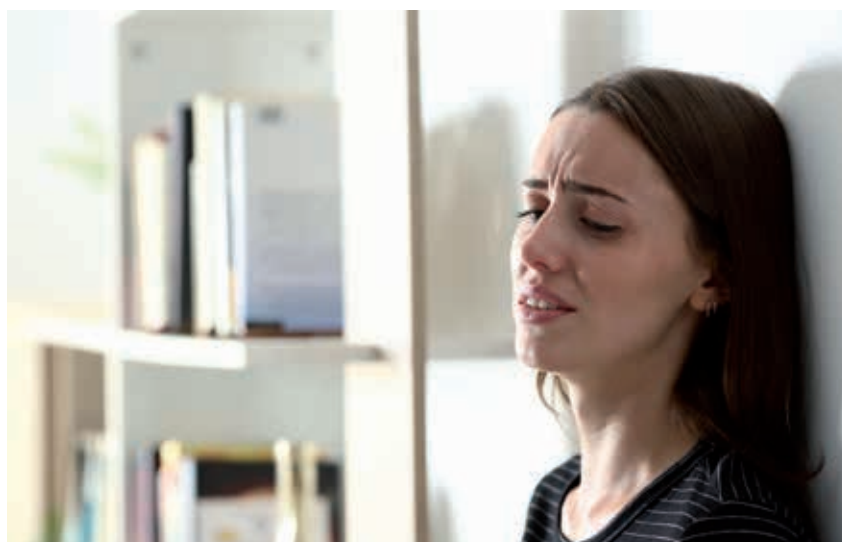
Mennesker med sindslidelser lever oftere alene end andre.

I en undersøgelse fra Rockwoolfondens Forskningsenhed publiceret af Syddansk Universitetsforlag i 2012<sup>1</sup> kan man læse, at der blandt personer med en svær sindslidelse er en betydelig lavere andel, der lever sammen med et andet menneske. Ca. 12 pct. blandt mænd og 25 pct. blandt kvinder med en svær sindslidelse er gifte eller samlevende, mens der er henholdsvis 40 og 50 pct. blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse, der er samlevende. Mennesker med svære sindslidelser bliver også oftere skilt. Der er henholdsvis 7 og 13 pct. blandt mænd og kvinder med en sindslidelse, der er skilt. Blandt dem, der ikke har en sindslidelse, er det henholdsvis 5 og 7 pct.

Mennesker med svære sindslidelser får også i langt lavere omfang end andre børn.

Resultatet er, at mennesker med svære sindslidelser i højere grad er ensomme sammenlignet med dem, der ikke har en sindslidelse.

Ufrivillig ensomhed kan påvirke den mentale sundhed negativt. For mennesker, der allerede har en psykisk



lidelse, kan ufrivillig lidelse forværre sygdommen eller modvirke recovery.

### Uddannelsesniveau

Mange sindslidelser starter tidligt i livet og vil derfor kunne påvirke de ramtes mulighed for at gennemføre en uddannelse. Dels fordi sygdommen kan påvirke den pågældendes evne til at indlære, dels fordi man måske får et højt fravær på grund af sygdom.

Den nævnte undersøgelse fra Rockwoolfondens Forskningsenhed viser, at der blandt mænd og kvinder med en sindslidelse er henholdsvis 7 og 4 procent, der ikke har afsluttet 9. klasse. Blandt mænd og kvinder, der ikke har en sindslidelse, er der kun 2 procent, der ikke har afsluttet 9. klasse.

Blandt mænd og kvinder med en sindslidelse har henholdsvis 43 og 53 procent gennemført en gymnasial- eller videregående uddannelse. Blandt mænd og kvinder, der ikke har en sindslidelse, er det henholdsvis 75 og 79 procent, der har gennemført en gymnasial- eller videregående uddannelse.

Mennesker med svære sindslidelser har langt mindre uddannelse end mennesker uden en sindslidelse.

### Arbejdsmarkedsstatus

Som nævnt ovenfor har mennesker med svære sindslidelser langt mindre uddannelse end mennesker uden en sindslidelse. Noget, der ofte påvirker den enkeltes arbejdsmarkedsstatus.

Den nævnte undersøgelse fra Rockwoolfondens Forskningsenhed viser, at der for både mænd og kvinder er en markant forskel på beskæftigelsesstatus mellem dem, der har en sindslidelse og dem, der ikke har.

Blandt mænd og kvinder med en sindslidelse er henholdsvis 27 og 33 procent beskæftiget som lønmodtager. Blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse er henholdsvis 80 og 77 procent i beskæftigelse. Forskellen er mindre for kvinder end for mænd.

Blandt dem, der er i beskæftigelse, viser det sig endvidere, at mennesker med en sindslidelse generelt befinder sig lavere i stillingshierar-

kiet end mennesker uden en sindslidelse.

Blandt de mænd og kvinder med en sindslidelse, der er i beskæftigelse, er det henholdsvis 3 og 2 promille, der er beskæftigede som direktør eller topleder. Blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse, der er i beskæftigelse, er det henholdsvis 23 og 9 promille, der er beskæftigede som direktør eller topleder. At være uden for det forpligtigende fællesskab, som en arbejdsplads er, påvirker det mentale helbred negativt. For mennesker med en psykisk lidelse kan eksklusion fra arbejdsmarkedets fællesskab forværre sygdommen eller bremse recovery-processen.

### Indkomst

Den nævnte forskel i arbejdsmarkedsstatus påvirker naturligvis også den personlige indkomst.

Den nævnte undersøgelse fra Rockwoolfondens Forskningsenhed viser, at en betydelig andel af personer med en sindslidelse har en relativt lav indkomst.

Den gennemsnitlige indkomst blandt personer med en sindslidelse – både mænd og kvinder – er ca. kr. 158.000. Den gennemsnitlige indkomst blandt personer uden en

sindslidelse er ca. kr. 311.000 og kr. 233.000 for henholdsvis mænd og kvinder (de nævnte beløb er 2005-tal).

Ser vi på indkomstfordelingen, så befinder 76-80 procent af personerne med en sindslidelse sig i den laveste kvartil. For mennesker uden en sindslidelse er det kun 20-30 procent, der befinder sig i den nederste kvartil.

At have en meget lav indkomst stresser. Stress fører til forringelse af det mentale helbred. For mennesker med en psykisk lidelse kan lav indkomst forværre sygdommen eller bremse recovery-processen.

### Kriminalitet

Den nævnte undersøgelse fra Rockwoolfondens Forskningsenhed viser, at kriminalitetshyppigheden er større blandt personer med en sindslidelse end blandt personer uden en sindslidelse.

Blandt fagfolk har det været drøftet, om dette skyldes, at mennesker med en sindslidelse oftere begår kriminalitet – eller om de 'bare' oftere opdages og dømmes. Nyere studier viser dog, at det ser ud til,

at personer med en sindslidelse har større sandsynlighed for at begå kriminalitet.

Henholdsvis 13 og 5 procent blandt mænd og kvinder med en sindslidelse fik en dom i 2005. Andelen blandt mænd og kvinder uden en sindslidelse, der har fået en dom, er henholdsvis 8 og 2 procent.

Antallet af retspsykiatriske patienter er steget voldsomt siden 2005, så der er grund til at tro, at ovennævnte forskel er øget siden undersøgelsen. En nyere undersøgelse viser, at 74 procent af dem, der ender med at få en foranstaltningsdom, har fået utilstrækkelig psykiatrisk behandling i perioden op til den pådømte kriminalitet.<sup>2</sup>

Psykiatrien har med andre ord et stort medansvar for, at mange psykiatriske patienter ender med at begå kriminalitet.





Det at blive anklaget og dømt kan forværre den psykiske sygdom og/eller bremse recovery-processen. For andre kan en dom til behandling omvendt føre til, at de endelig får den behandling, de har brug for, og derfor føre til en forbedring af det mentale helbred.

### Somatiske sygdomme og dødelighed

Den nævnte undersøgelse fra Rockwoolfondens Forskningsenhed viser, at personer med en sindslidelse dør mellem 13 og 32 år tidligere end personer uden en sindslidelse. Undersøgelsen viser også, at personer med en sindslidelse har et større forbrug af sundhedsydelse end personer uden en sindslidelse. En af de oftest citerede undersøgelser<sup>3</sup> viser, at mænd og kvinder med psykiske lidelser lever henholdsvis 20 og 15 år kortere end mænd og kvinder uden psykiske lidelser. Overdødeligheden skyldes dels en højere forekomst af selvmord, ulykker samt afledte effekter af misbrug og øget forekomst af somatiske sygdomme.

For så vidt angår de somatiske sygdomme er der tale om en høj grad af underdiagnosticering og -behandling (sygdommene opdages ikke, og de behandles ikke (godt nok)). Alvorlige somatiske sygdomme kan forværre den psykiske sygdom og/eller bremse recovery-processen.

### Stor ulighed

Som det fremgår af ovenstående, så er der tale om en voldsom social ulighed i sundhed, hvis man sammenligner mennesker med psykiske lidelser med almenbefolkningen. Mennesker med psykiske lidelser rammes mere af sygdom, bliver tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdommen – og de dør tidligere.

Denne direkte ulighed i sundhed fører til ulighed på en række andre parametre – der igen har en negativ indflydelse på sundheden.

På stort set alle relevante sociale parametre 'scorer' mennesker med psykiske lidelser dårligere end almenbefolkningen.

### SIND kræver forbedringer

I SIND er vi naturligvis ikke tilfredse med de forhold.

Derfor er vi gået ind i forhandlingerne om en kommende tiårsplan for psykiatrien med et krav om, at der skal rettes op på uligheden. På det overordnede plan stiller vi bl.a. krav om:

- Andelen af mennesker med psykiske lidelser, der føler sig ufrivilligt ensomme, skal reduceres.
- Andelen af mennesker med psykiske lidelser, der gennemfører en ungdomsuddannelse, skal forøges.
- Andelen af mennesker med en psykisk lidelse, der har en tilknytning til arbejdsmarkedet, skal forøges.
- Overdødeligheden blandt mennesker med en psykisk lidelse skal reduceres.
- Hjemløsheden blandt mennesker med en psykisk lidelse skal reduceres.
- Andelen af mennesker med en psykisk lidelse, der begår kriminalitet, skal reduceres.
- Andelen af mennesker med psykiske lidelser, der har en bruttoindkomst under gennemsnittet, skal reduceres.

<sup>1</sup> Jane Greve (red.), Johannes Clausen, Frank Ebsen og Louise Herrup Nielsen, "Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser."

<sup>2</sup> Gitte Ahle (hovedforfatter), "Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? – En analyse med henblik på forebyggende tiltag", Justitsministeriet Retspsykiatrisk Klinik og de fem regioners psykiatrier, 2018.

<sup>3</sup> Kristian Wahlbeck, Jeanette Westman, Merete Nordentoft, Mika Gissler and Thomas Munk Laursen, "Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders." British Journal of Psychiatry 2011, 199:453-458.

## Folkevirkes projekt om stemmesedler:

# Stor interesse for debatter om stemmesedler



Af Annemarie Balle,  
formand

Gennem det seneste års tid har Folkevirke arbejdet med projektet "Stemmesedler – mere end et stykke papir".

Der er blevet samlet informationer om både danske og udenlandske stemmesedler, ligesom Folkevirke har dykket ned i de forskellige afstemningsregler, der findes verden over. Desuden har både Rigsarkivet og Folketingets Bibliotek været besøgt for at tage billeder af danske stemmesedler gennem årene.

Sidste år blev der udgivet et temanummer af kulturtidsskriftet »Folkevirke« om netop stemmesedler.

Hele projektet har kun været muligt at gennemføre, fordi Folkevirke har fået støtte af Kulturstyrelsen.

Midt på efteråret 2020 kunne researchen afsluttes, så Folkevirke kunne få trykt ca. 45 plancher i A2-format – både informative plancher og plancher med stemmesedler fra ind- og udland. Desuden er der blevet udarbejdet forskellige stemmesedler, så deltagerne ved møder landet over bl.a. kan vælge den mest demokratiske stemmeseddel. Da Folkevirke udbød udstillingen til bl.a. biblioteker, højskoler og med-

borgerhuse, var der rigtig mange, som meldte sig som interesserede. Det første arrangement blev gennemført på Askov Højskole i november, hvor Folkevirkes formand Annemarie Balle og næstformand Jeanne Bau-Madsen deltog.

Alle plakater blev hængt op, så eleverne hele tiden kunne se dem og kommentere på deres design og demokratiske elementer.

Annemarie Balle og Jeanne Bau-Madsen lagde ud med at fortælle, hvorfor stemmesedler er så vigtige og præsenterede afstemningsmetoder og de forskellige principper for stemmesedler i ind- og udland.

Udvalgte plancher blev gennemgået – bl.a. plakaten om den danske valglov, ligesom det blev debatteret, hvad det betyder, at man har hemmelige valg.

Der udviklede sig en livlig og spændende debat med højskoleeleverne. En debat, som tegner godt for Folkevirkes kommende debatmøder på landets biblioteker og højskoler.

Covid 19-restriktionerne har sat sine spor, så stort set alle forårets udstillinger og debatter er blevet flyttet til efter sommerferien.

Måske også en fordel, for så kommer debatmøder og udstillinger til at ligge tæt på efterårets kommu-

nalvalg. Dermed bliver de også meget nærværende.

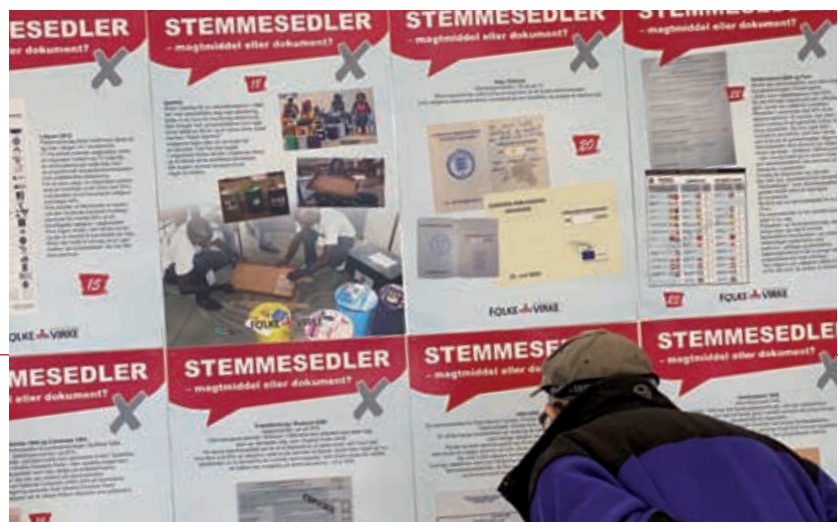
**Her i skrivende stund ser programmet for udstillinger og debatmøder således ud:**

- **9.-26. august** i Århus med debatmøde **13. august**.
- **1. september-2. oktober** udstilling på Kolding Bibliotek.
- **13. september-15. oktober** i Ebeltoft med debatmøde **5. oktober**.
- **4. oktober** debatmøde i Folkevirke Vesthimmerland.
- **4.-29. oktober** i Kalundborg med debatmøde på Kalundborg Bibliotek **11. oktober**.
- **25. oktober-6. november** i Nakskov med debatmøde **4. november** på biblioteket i Nakskov.
- **1.-19. november** i Hjørring med debatmøde **9. november** på Hjørring Bibliotek.

På Folkevirkes hjemmeside kan du følge med i, hvornår debatten om stemmesedler og demokrati kommer i dit nærområde.

Hvis du gerne vil have udstillingen og debatten i dit nærområde, så kontakt Folkevirke på mail med dit forslag: [folkevirke@folkevirke.dk](mailto:folkevirke@folkevirke.dk) – så får vi det passet ind i kalenderen.

*Når Folkevirke viser sin udstilling med stemmesedler, studeres de mange plancher altid med stor interesse.*



kvind

stemmer

2021

**Hotel Cecil**  
Niels Hemmingsens Gade 10  
1153 København K

## Ny dato for Kvindestemmer 2021 i Kvindernes Bygning:

## Spændende, kunstneriske og musikalske oplevelser

Der er lagt op til en kraftfuld og oplevelsesrig eftermiddag **lørdag 11. september 2021 kl. 11.30-16.00 på spillestedet »Hotel Cecil«, Niels Hemmingsens Gade 10, 1153 København K.**

Arrangementet har været undervejs længe – først en aflysning i marts 2020 og så en udsættelse af Kvindestemmer '21 her i foråret.

Nu er der så fundet en ny dato, som alt tyder på, kan holde. Det bliver med et stort set uforandret program. Man kan på Folkevirkes hjemmeside løbende se, hvis der sker ændringer i programmet. Her ses et program, som det ser ud lige nu.

Den 11. september slås dørene op for Kvindestemmer '21, for en eftermiddag, som fyldes med oplevelser af en høj kvalitet. Forfattere, musikere og en billedkunstner vil på skift dagen igennem give et indblik i deres kunstneriske univers.

*I tæt samarbejde med spillestedet Hotel Cecil har Folkevirke planlagt arrangementet, så alle de gældende Covid 19-retningslinjer følges. Dermed vil alle gæster og medvirkende i trygge rammer kunne nyde eftermiddagens kunstneriske indslag.*

**Dagens program er:**

**Kl. 11.30**

Dørene åbnes.

**Kl. 12.00**

**Introduktion** ved kunsthistoriker og redaktør Lisbeth Tolstrup.

**Kl. 12.15**

**Mathilde Walter Clark, forfatter.**

Mathilde Walter Clark er opvokset i Danmark hos sin danske mor, mens somrene blev tilbragt i USA hos hendes amerikanske far. I sin anmelderroste roman »Lone Star« kredser hun om familie, tilhørsfor-



hold og om at overvinde enorme afstande. Hun har i 2020 udgivet sin anmelderroste essaysamling »Huset uden ende« med 20 essays. Det lange titel-essay handler om forfatterens fars hus i USA. Hun har fået flere litteraturpriser, bl.a. Årets Fund i 2005, mens romanen »Lone Star« blev nomineret til DRs Romanpris i 2019 og præmieret af Statens Kunstfond.

#### Kl. 12.50

##### **Josefine Opsahl, cellist.**

Josefine Opsahl forener sin klassiske musikalske baggrund med en nybrydende åbenhed til lyd, genre, udtryksformer og til sit hovedinstrument celloen.



Lyriker Mette Moestrup.  
Foto: Lærke Posselt.

#### Kl. 13.25

##### **Mette Moestrup, lyriker.**

Mette Moestrup er blevet kaldt en af de mest eksperimenterende danske digtere i sin generation. I hendes lyrik finder man bl.a. en undersøgelse af, hvordan ordene og tingene er forbundet. Det hele er sat ind i en eksperimenterende, legende og fabulerende form, der inddrager bl.a. ordspil, montage, anagrammer og grønlandske leveregler. Hun har fået Montanas litteraturpris i 2007 og Beatrice Prisen i 2018.

#### Kl. 14.00

Pause.

#### Kl. 14.15

##### **Kit Kjærbye, billedkunstner.**

Hun har længe arbejdet med rytme og gentagelse i sine værker. Materialer som stål og bindetråd har hun bukket, bøjet og flettet sammen. I de senere år har kabelbindere – strips – været hendes foretrukne materiale. Det er et brutalt og hårdt materiale at arbejde med – og måske netop derfor meget udfordrende og inspirerende. Denne eftermiddag fortæller hun om sit arbejde og de kunstneriske udfordringer.

#### Kl. 14.50

##### **Dy Plambeck, forfatter.**

Dy Plambeck fortæller i en uprætentios og humoristisk stil med stor sproglig præcision og fascinerende dybde om skelsættende nedslagspunkter fra livet; barndommen, familielivets kriser, voldsepisoder, krigsdeltagelse og fødsel. Hun vil bl.a. foretage punktnedslag i sin seneste roman »Til min søster«.

Hun har modtaget Politikens Litteraturpris 2019 for romanen »Til min søster«.

#### Kl. 15.25

##### **Channe Nussbaum duo.**

Channe Nussbaum er sanger og sangskriver og har sunget og skrevet musik, siden hun var 14 år. Hun har optrådt i ind- og udland både inden for pop, rock, jazz og viser. Med sin jødiske baggrund er Channe Nussbaum kendt som fortolker og fornyer af klezmer-genren. Hun er en af Skandinaviens førende klezmer-sangerinder. Denne eftermiddag optræder hun i et forrygende samspil med **violinisten Anne Eltard**.



Sanger Channe Nussbaum.

Det er i år 14. gang, at Kvindestemmer bliver præsenteret.

**Pris:** 100 kr.

Billetter købes ved indgangen.


**Café:** Der kan købes sandwich, snacks, øl, vin, vand, the og kaffe.

Se flere oplysninger om kunstnerne på [www.folkevirke.dk](http://www.folkevirke.dk)!

##### **Arrangører**

Folkevirke, Kvinder i Musik, Kvindelige Kunstneres Samfund og Dansk Blindesamfunds Kvinder.

Økonomisk støtte fra



Statens  
Kunstfond

Den Bøhmske Fond  
Kvindernes Bygning  
Dansk Musiker Forbund  
Folkevirke  
Kvindelige Kunstneres Samfund  
Københavns Kommunes  
Musikudvalg

Ret til ændringer forbeholdes.

”Folkevirkes digitale brevkasse”:

## Her afprøves nye mødeformer

Folkevirke er kommet godt i gang med sit projekt ”Digital Brevkasse”. Et projekt, som kan følges på Facebook, hvor Folkevirke vil afprøve forskellige digitale mødeformer.

Projektets debat foregår i en lukket Facebookgruppe – ”Folkevirkes digitale brevkasse”. Med mellemrum lægger Folkevirke op til debat om forskellige emner. Senere – når Covid 19-restriktionerne tillader det – inviteres gruppens deltagere til forskellige fysiske udflugter, så gruppens medlemmer kan lære hinanden bedre at kende, og samtidig lægges der op til netværksdannelse.

Det kan f.eks. være en tur langs Mølleåen – Industriens vugge, en gåtur i Frederiksstaden eller en udflugt til Frilandsmuseet. Disse udflugter vil være gratis at deltage i. En vigtig del af turene er, at der bliver fortalt om de ting, vi ser og oplever. Det er Folkevirkes håb, at alle, der læser dette og kender nogle – eller måske selv – kan have glæde af at gøre brug af ”Folkevirkes digitale brevkasse”, vil melde sig som medlemmer af gruppen på Facebook. I Folkevirkes nyhedsbrev og på Facebookgruppens hjemmeside fortælles nærmere om datoer for turene.





Veje ud af ensomhed:

# Folkevirke tilbyder utraditionelt og givende samvær – både elektronisk og fysisk

Folkevirke har kredse over hele Danmark. Her samles fortrinsvis deltagere 60+ til kulturel, social og politisk oplysning. Dette gælder også for medlemmerne af Folkevirke Vesthimmerland. Sidste år blev hovedparten af kredsens møder aflyst, og fællesskabet har været stærkt savnet. Derfor gennemfører Folkevirkes landsorganisation sammen med Folkevirke Vesthimmerland tre aktiviteter, som kan pege på givende veje ud af den ensomhed, som kan være opstået i kølvandet på Covid 19-restriktioner og nedlukninger af landet og dermed også af kulturlivet.

**Alle aktiviteter er gratis at deltage i – og på det fysiske møde serveres kaffe/te samt kage.**

**Den første aktivitet** bliver et virtuelt møde med overskriften "Veje ud af ensomhed". Det holdes **onsdag 12. maj kl. 14.00-15.30**.

Folkevirke Vesthimmerland håber, at dette arrangement kan være med til at opfylde formålet – bekæmpelse af ensomhed og styrkelse af fællesskabet.

**Det er nødvendigt at tilmelde sig mødet senest 11. maj på mail til [folkevirke@folkevirke.dk](mailto:folkevirke@folkevirke.dk)**

Derefter vil et link blive tilsendt alle tilmeldte før mødet. Desuden modtager deltagerne Folkevirkes kulturtidsskrift med tema om netop ensomhed.

Mødet bliver et **debatmøde** med oplæg af **fhv. borgmester i Kalundborg Aage Brejnrod**. Han vil tale over emnet "Hvordan jeg pludselig følte mig ensom!" Oplægget vil vare ca. en halv time og derefter vil foredragsholderen svare på spørgsmål, ligesom der lægges op til en fælles debat.

**Den anden aktivitet** bliver en workshop i Farsø. Datoen er endnu ikke fastlagt, men det bliver efter sommerferien. Her vil være korte oplæg med spørgsmål. Derefter diskussion efter cafémodellen (spørgsmål stilles af foredragsholderne).

*Det bliver bl.a. følgende emner, som tages op:*

- Arbejdsmarkedet, er det klar til de seniorer, der ønsker at fortsætte arbejdslivet?



- Skal flere seniorer i Folketinget?
- Ældrebyrde. Hvad koster vi?
  - Hvad betaler vi til samfundet?
  - Hvad har vi givet videre til samfundet?

Den tredje aktivitet bliver et fysisk møde, hvor vi tager de bedste erfaringer med fra de to foregående møder. Dato og tema er under udarbejdelse. Det kommer til at ligge i efteråret i Vesthimmerlands Kommune.

**Yderligere informationer om aktiviteterne kan fås ved henvendelse til landsformand Annemarie Balle på [folkevirke@folkevirke.dk](mailto:folkevirke@folkevirke.dk)**





**Landet over  
tilrettelægger Folkevirke  
møder, foredragsrækker,  
studiekredse, temamøder,  
kurser og lejre,  
hvor alle kan deltage.**

Ved redaktionens slutning  
forelå der oplysninger  
om disse arrangementer.

Mere detaljerede oplysninger kan fås  
ved henvendelse til  
Folkevirkes kontor,  
Niels Hemmingsens Gade 10, 3. sal,  
1153 København K,  
**telefon 33 32 83 11**  
(bedst tirsdage mellem kl. 9 og 16)  
eller [folkevirke@folkevirke.dk](mailto:folkevirke@folkevirke.dk)

Desuden kan der ses en opdateret oversigt  
over arrangementer på Folkevirkes  
hjemmeside [www.folkevirke.dk](http://www.folkevirke.dk)

Du kan også følge Folkevirke på Facebook.

Folkevirkes møder former sig som  
åbne debatter om aktuelle emner,  
hvor deltagerne som regel  
tager udgangspunkt i et oplæg.  
**Folkevirkes møder er åbne  
for alle interesserede!**

## » REGION HOVEDSTADEN

### BORNHOLM

#### Kontakt:

Marianne Kofod Pedersen,  
Svanekevej 32, 3740 Svaneke  
Tlf. 56 49 21 65

### KØBENHAVN

#### »På Folkevirke«

Niels Hemmingsens Gade 10,  
1153 København K.

#### Kontakt:

Folkevirke,  
Niels Hemmingsens Gade 10, 3. sal,  
1153 København K. eller  
Jeanne Bau-Madsen  
Tlf. 21 27 62 19  
[folkevirke@folkevirke.dk](mailto:folkevirke@folkevirke.dk)

#### Folkevirkes Litteraturkreds i København

Mødestedet er Folkevirke,  
Niels Hemmingsens Gade 10, 3. sal,  
1153 København K.  
Tlf. 33 32 83 11

#### Debatmøderne foregår på torsdage kl. 12.00-14.30.

Datoer og bøger er aftalt  
af studiekredsen.

Der betales kontingent for hele  
sæsonen ved kursusstart  
(efterår og forår) i alt 600 kr.

Litteraturkredsen har eksisteret i  
flere år, og der kommer hele tiden nye  
medlemmer. Men der er plads til flere,  
som har lyst til at engagere sig i en  
levende og vedkommende debat.

#### Kontakt:

Britta Poulsen  
Tlf. 46 36 56 32

### KØBENHAVNS VESTEGN

#### Vestegnens Litteraturkreds

Møderne holdes den sidste tirsdag  
i hver måned.

Med mindre andet er nævnt,  
så holdes alle møder i  
Glostrup Fritidscenter, mødelokale 2,  
kl. 14.00-17.00.

#### Tilmelding og kontakt:

Formand Ellen Kristiansen,  
Vegavænget 41, 2620 Albertslund  
Tlf. 40 84 62 07  
Næstformand Ingelise Olsen  
Kasserer Annelise Bohn  
Mobil 21 68 02 42  
E-mail: [familienbohn@hotmail.com](mailto:familienbohn@hotmail.com)  
Suppleant/revisor Anne Birthe Kyed.

## » REGION NORDJYLLAND

### FOLKEVIRKE VESTHIMMERLAND

Alle arrangementer foregår på  
Farsø Sognegård, Søvej 3 i Farsø  
kl. 14.00-16.15,  
hvis ikke andet er nævnt.  
Entré og kaffe med kage – 90 kr.

#### 6. september

Som led i Kulturugen i uge 36  
– Foredrag af chefredaktør Christian  
Jensen fra Dagbladet Politiken,  
som med udgangspunkt i kendte  
skønlitterære værker vil fortælle om  
»Nationalismens væsen«. Det er et  
meget aktuelt emne, der kan ses fra  
mange vinkler, og vi tør godt love,

at det er et spændende foredrag,  
for vi havde fornøjelsen at høre det  
på »Kultur møde Mors« i 2019.  
Foredraget er i tidsrummet  
kl. 14-16.15 på Johannes V.  
og Thit Jensen Museet,  
Søndergade 48, 9640 Farsø.

#### 4. oktober

Formand Annemarie Balle og  
næstformand Jeanne Bau-Madsen  
fra Folkevirke København medvirker i  
et debatmøde under overskriften:  
»Stemmesedler – magtmiddel eller  
dokument?«

Det stiller skarpt på de forskellige  
aspekter ved stemmeafgivning,  
og der vil blive mulighed for at  
deltage i en afstemning om  
»den mest demokratiske stemme-  
seddel«.

Foredraget er i tidsrummet kl. 14-16.15  
i Farsø Sognegård, Søvej 3,  
9640 Farsø.

#### Kontakt:

Formand:  
Tove Kristensen,  
Hans Egedes Vej 120, 9600 Aars  
Tlf. 20 87 64 12  
[tovekaren120@gmail.com](mailto:tovekaren120@gmail.com)  
Næstformand:  
Else Thirup, Aars  
Tlf. 23 25 28 17  
Sekretær:  
Lone Nørgaard,  
Svoldrupvej 122, Vognsild, 9600 Aars  
Tlf. 98 65 82 57  
[pelonor122@gmail.com](mailto:pelonor122@gmail.com)  
Bestyrelsesmedlemmer:  
Margrethe Dam Hansen, Farsø  
Tlf. 41 59 33 34  
Ellen Kahr Thomsen, Blære  
Tlf. 98 66 62 05  
Suppleanter:  
Mona Jensen, kasserer,  
Aalborgvej 4, Hornum, 9600 Aars  
Tlf. 22 40 29 58  
[Mona22402958@gmail.com](mailto:Mona22402958@gmail.com)  
Iris Brink Hansen, Risgårde  
Tlf. 98 63 60 42

#### Vesthimmerlands Litteraturkreds

Vesthimmerlands Litteraturkreds er  
midlertidig lukket pga. Covid-19.  
Kontakt: Studiekredsleder Iris Brink  
Hansen, Risgårde, tlf. 98 63 60 42.

**REGION MIDTJYLLAND****HERNING**

Møder holdes i Bethania, Torvet 9, Herning.  
De holdes hver anden mandag kl. 14.00-16.00.

Der er adgang en halv time før. I løbet af mødet holdes der en kaffepause på ca. et kvarter, så man kan nyde sin medbragte kaffe. Der er også mulighed for at købe kaffe.

Medlemskontingent for hele sæsonen er 200 kr.  
Hvert møde koster 40 kr. for medlemmer og 60 kr. for ikke-medlemmer.  
Satserne er også gældende for pensionister.

**Bestyrelse:**

Formand:  
Lene Lund,  
Emil Resensvej 47, Herning  
Mobil 29 92 58 50  
Næstformand:  
Iben Brock,  
Spinkebjerg 31, Gjellerup, Herning  
Mobil 22 12 95 53  
Kasserer:  
Tove Katstrup,  
Karen Blixens Vej 1P, Ikast  
Mobil 40 70 90 51

Bestyrelsesmedlemmer:  
Tytte Vestergaard Olesen,  
Laubsvej 15, Herning  
Mobil 25 80 50 67  
Birde Lindholm,  
Sabroesvej 3D, 4. sal, dør 5,  
Herning  
Mobil 23 67 76 75  
Suppleanter:  
Hanne Østergaard,  
Østre Kirkevej 38, 2. sal, Herning  
Mobil 20 41 11 40  
Doris de Voss,  
Ørnevej 32, Herning  
Mobil 21 66 06 32

**HOLSTEBRO**

**Kontakt:**  
Karen Margrethe Madsen  
Tlf. 97 41 40 92

**REGION SJÆLLAND****ROSKILDE**

**Kontakt:**  
Britta Poulsen  
Tlf. 23 46 45 95  
britta.poulsen@privat.dk  
Kirsten Rudfeld  
Tlf. 29 61 28 81  
rudfeld@webspeed.dk

**ØLSTED**

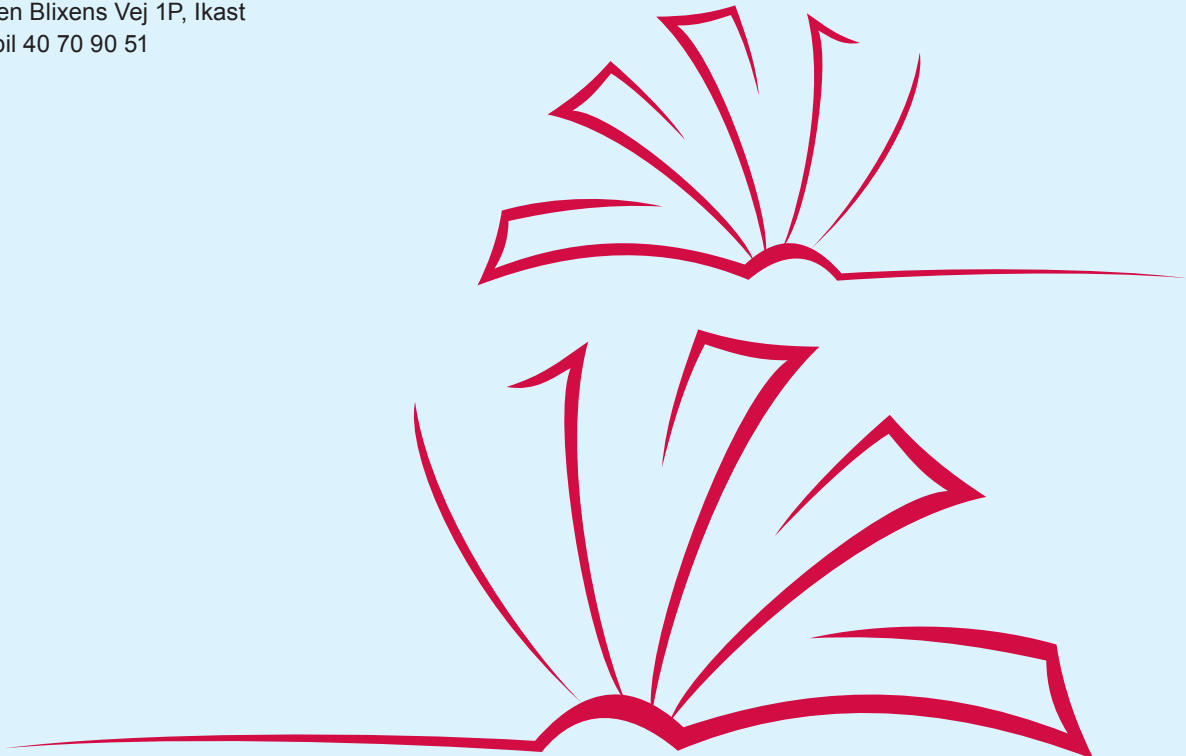
**Litteraturstudiekreds**  
Vi mødes hver 6. uge og planlægger fra gang til gang.

**Kontakt:**

Lis Timmermann,  
Hermelinvej 9, 3310 Ølsted

**UDLAND****GRØNLAND****Folkevirke i Nuuk****Kontakt:**

Rebekka Olsvig,  
Jens Kreutzmann Aqq 30,  
postboks 575,  
3900 Nuuk, Grønland



Nye datoer for Folkevirkes landsmøde – 27. og 28. maj 2021:

## FOLKEVIRKEDEBATTER OG GIVENDE SAMVÆR

Af Annemarie Balle

Covid 19-restriktionerne driller fortsat. Derfor bliver Folkevirke nødt til at udsætte sit planlagte landsmøde 2021. De nye datoer bliver **27. og 28. maj i København.**

Forretningsudvalget er blevet enige om, at årets landsmøde kommer til at bestå af deltagelse i spændende debatter om ensomhed, besøg på Dansk Arkitektur Center, fælles middag samt deltagelse i Folkevirkes landsmøde.

Vi håber, at mange vil deltage i det udvidede landsmøde!

### Det foreløbige program: Torsdag 27. maj

Ifølge vedtægterne skal Folkevirke holde sit ordinære landsmøde inden udgangen af april. På grund af Covid-19 restriktioner er det ikke muligt at holde et fysisk landsmøde i april. Vi søger om dispensation, og holder det i maj, så vi kan mødes fysisk.

**Kl. 13.45:** Registrering samt kaffe og kage.

**Kl. 14.15:** Landsmøde starter.

**Kl. 17.00:** Landsmøde afsluttes.

Foreløbig dagsorden for landsmøde.

- Valg af dirigent og to stemmetællere.
- Mundtlig årsberetning ved formanden – godkendelse af både skriftlig og mundtlig årsberetning.
- Mundtlig årsberetning for kulturtidsskriftet "Folkevirke" ved redaktør – godkendelse af både skriftlig og mundtlig årsberetning.
- Fremlæggelse af revideret regnskab samt budget til godkendelse.

- Fastsættelse af kontingent. Forretningsudvalget foreslår uændret kontingent.
- Valg af tre forretningsudvalgsmedlemmer.  
På valg er:  
Jeanne Bau-Madsen (er villig til genvalg).  
Tove Hinriksen (er villig til genvalg).  
Britta Poulsen (genopstiller ikke).
- Valg af to suppleanter.  
På valg er:  
Ulla Lunde Hansen (er villig til genvalg).  
Mona Jensen (er villig til genvalg).
- Indkomne forslag. Ingen her i skrivende stund. Rettidigt indsendte forslag indføres i den endelige dagsorden.
- Eventuelt.

Alle valg sker ved skriftlig afstemning med almindeligt flertal.

Forslag til kandidater samt forslag til emner, der ønskes behandlet på landsmødet, skal være formanden i hænde senest 14 dage før mødet.

**Kl. 17.30:** Besøg på udstillingen i Dansk Arkitektur Center (DAC) for egen regning.

Læs mere her: <https://dac.dk/>

Derefter fælles middag samme sted, på Caféens tagterrasse, med en af byens smukkeste udsigter ud over havnen.

### Fredag 28. maj

Deltagelse i det afsluttende seminar om ensomhed.

**Kl. 9.30:** Kaffe/te og brød.

Velkomst v/Jeanne Bau-Madsen, næstformand i Folkevirke.

**Kl. 10.00:** Oplæg v/ direktør Katrine Lester fra Danske Seniorer.

**Kl. 11.00:** Oplæg v/ sektionsleder Lise Lind, Fællesskabssektionen/ National Afdeling, Landsforeningen Røde Kors.

**Kl. 12.00:** Tilbagemeldinger fra deltagerne med svar på bl.a. disse spørgsmål:

1. Hvorledes er det gået med kontakten til de ensomme?
2. Hvilke metoder er der brugt?
3. Hvilke tiltag har været benyttet?
4. Har der været møder?
5. Hvorledes ser det videre arbejde ud?
6. Evaluering af projektet.
7. Eventuelt.

Det er **gratis** at deltage i begge arrangementer.

Dog betales særskilt for middag og besøg på Dansk Arkitektur Center, ligesom der opkræves et mindre beløb for frokosten til Folkevirkes landsmøde.

**Alle er velkomne til seminaret om ensomhed og besøget på Dansk Arkitektur Center, mens deltagelse i Folkevirkes landsmøde kræver medlemskab af Folkevirke.**

Tilmelding til den nye dato skal ske til [folkevirke@folkevirke.dk](mailto:folkevirke@folkevirke.dk) senest **tirsdag 18. maj 2021.**

Oplys venligst navn og mailadresse. Efter tilmelding modtager du en bekræftelse.

Notér venligst, hvis du ikke ønsker, at vi oplyser din mailadresse på deltagerlisten.