

# Vi skal gøre op med uligheden i sundhed



Af Eva Secher Mathiasen,  
psykolog og formand for  
Dansk Psykolog Forening

For nyligt varslede sundhedsminister Magnus Heunicke (S) et opgør med årelange skævheder på sundhedsområdet. Fremover vil regeringen måle det danske sundhedsvæsen på, hvordan det bekæmper ulighed i sundhed.

Det kan vi psykologer kun bakke op om. Vi bor i et samfund, der på mange måder er et lige land, og som bryster sig af at have lige muligheder for alle. Men når det gælder vores sundhed er dét en sandhed med modifikationer. På sundhedsområdet er ulighed nærmest blevet en del af en virkelighed, vi alt for længe har accepteret. For danskere har ofte ikke lige adgang til sundhedsvæsnets tilbud eller til effekten af dem.

Årsagen er langt fra enkel. Hvordan du klarer dig i mødet med sundhedsvæsnets tilbud kan handle om dit postnummer, dit uddannelsesniveau og dit sygdomsbillede. Det kan handle om, hvordan de fagprofessionelle møder dig alt efter, om dit sygdomsbillede er somatisk eller psykisk – eller begge dele. Og så spiller økonomi og strukturer i sundhedsvæsnets selvfølgelig også ind; det er ingen nyhed, at psykiatrien mangler ressourcer, eller at samarbejdet mellem sektorer i det offentlige velfærdssystem ikke altid formår at gribe de børn og voksne, der har brug for den rette hjælp på det rette tidspunkt.

Vi ved, at nogle af dem, der er rammes af ulighed i sundhed på nærmest alle tænkelige måder, er mennesker med psykiske lidelser.

Et af de mest forstemmende og tydelige tegn er, at mennesker med psykiske lidelser lever væsentligt kortere tid end andre. Et dansk studie viste for nyligt, at hvis man har været i behandling i psykiatrien med en psykisk lidelse, så risikerer man at få en 10 år kortere levetid, hvis man er mand, sammenlignet med gennemsnitsdanskere. Hvis man er kvinde, er

tallet syv års kortere levetid. Og har man en skizofrenidiagnose ser det endnu mere skævt ud – her får man gennemsnitligt 12 færre leveår som mand – og ni år som kvinde. Det er tal, der bør få os alle til at stoppe op.

Vi har ingen præcise svar på hvorfor, for årsagerne til det kortere liv er mange og komplekse og kalder på mere forskning på området, men usund livsstil, selvmord, stof- og alkoholmisbrug er nogle af forklaringerne. Samtidig dør mennesker med psykiske lidelser også af fysiske sygdomme som fx hjertekarsygdomme, som de alt for ofte ikke behandles godt nok for, eller som de ikke behandles for i tide.

Selvom vi alle kan få en psykisk lidelse, og vi heldigvis hører solskinshistorier om patienter, der trods tunge diagnoser og lange behandlingsforløb bryder de triste statistikker, kommer vi ikke udenom, at mennesker med psykiske lidelser er en særlig udsat og sårbar gruppe i sundhedsvæsnets net.

Vi kommer heller ikke udenom, at statistikkerne med alt tydelighed viser, at har man en psykisk lidelse, så gælder risikoen også det at ende på samfundets sidespor – det bliver sværere at tage en uddannelse, at komme ind på arbejdsmarkedet, at blive fastholdt på arbejdsmarkedet. Og for at gøre tingene endnu mere komplekse, så spiller social baggrund og social kapital også en rolle, når man tilhører netop denne gruppe. Er man fx en mand uden anden uddannelse end grundskolen, er der 50 procent større risiko for at ende i psykiatrien for behandling af angst, end hvis man har en mellemlang eller lang uddannelse. For kvinder er risikoen 33 procent større.

Så når vores nye sundhedsminister har sat ulighed i sundhed øverst på den politiske dagsorden, kan vi kun bifalde det. Vi psykologer kan ikke længere stiltiende se til, at kun en del af befolkningens sundhed løftes i disse år, hvor der ellers løbende sker store fremskridt på sundhedsområdet, mens andre lades i stikken.

Vi skal blive bedre til at lukke de huller i vores sundhedssystem, der stiller nogle patienter og borgere ringere end andre. Her er psykiatri et af de områder, der længe har kaldt på handling, og hvor der er mere end rigeligt at tage fat på.

Men vi skal samtidig huske på, at social ulighed i sundhed så langt fra kun handler om psykiatri. Det handler i allerhøjeste grad om, hvordan du og jeg får hjælp, når vi har et problem – uanset

hvor i landet, vi bor, uanset problemet.

For at tage et par eksempler: Får et barn eller en ung en fysisk sygdom, kan man være sikker på at få hurtig udredning og hjælp. Sådant er det langt fra altid, når et barn eller ung får psykiske vanskeligheder. Vi har ikke i dag offentligt tilskud til psykologhjælp til alle børn og unge under 18 år med behov. Det betyder, at de, der får hjælp i tide, er de børn og unge, hvis forældre har de økonomiske ressourcer til selv at købe psykologhjælp, eller de børn og unge, der bor i et af de områder, hvor lokalpolitikere har besluttet, at psykologhjælp skal tilbydes. Det kan ikke være rigtigt, at det er størrelsen af forældrenes eller den enkelte kommunes pengepung, der skal afgøre, hvem af vores børn og unge, der får tilbudt psykologbehandling og hjælp.

Vi ser også uligheden hos patienter, der får alvorlige sygdomme som kræft, KOL eller hjerte-kar-sygdomme. Vi ved nemlig, at flere af disse patienter udvikler en psykisk lidelse som angst eller depression i kølvandet på deres somatiske diagnose. Men der kan være langt til at få hjælp, viser forskning. Faktisk falder en del fra undervejs fra hospital/rehabilitering, hvor den psykosociale indsats er skåret ind til benet eller er ikke-eksisterende og hen til eksempelvis psykolog. Det er de mindre ressourcestærke, som lider aller mest under det. De skal have overskud til at finde vej gennem sundhedssystemet, komme til lægen og bede om en psykologhenvisning – og hvis de får den: have råd til at klare egenbetalingen til psykologen.

Hvis vi skal ændre de kedelige statistikker, så kræver det, at vi ændrer synet på den måde, vi i sundhedsvæsenet møder mennesker med psykiske lidelser. Vi skal i højere grad anerkende, at patienter kommer med vidt forskellige forudsætninger i bagagen. Og at vi ikke får lige adgang til sundhed før, psykiske og somatiske sygdomme ligestilles, og både psykiatrien og sektorerne omkring får et økonomisk, kvalitetsmæssigt og forebyggende løft. ●

# P

Psykologernes  
fagmagasin

Nr. 11 | 2019 | 5. årgang

Magasinet udgives af Dansk Psykolog  
Forening og udkommer 12 gange om året.  
Medlem af Danske Medier

Dette nummer: 14. december  
Næste nummer: 25. januar 2020

Redaktion  
Ulrikke Moustgaard, redaktør  
Heidi Strehmel, bladsekretær/annoncer  
Anne Randby Toft, journalist  
Ansvarshavende ifølge medieansvarsloven:  
Claus Wennermark  
Kontakt: p-magasin@dp.dk

Dette nummer  
Forside: Maria Luque  
Trykplag: 12.157  
ISSN 2445-6322: P (print)  
ISSN 2445-6330: P (online)  
Design og layout: Laura Silke  
Tryk: Jørn Thomsen Elbo A/S

Annoncer  
Job- og produktannoncer:  
DG Media  
T: 3370 7694  
epost@dgmedia.dk  
(skriv "P-magasin" i emnefelt)

Rubrikannoncer  
Heidi Strehmel, bladsekretær  
T: 3525 9706, p-magasin@dp.dk

Annoncdeadlines  
Nr. 1/2020: 16.12.2019 (produktannoncer)  
& 6.1.2020 (job- og rubrikannoncer).  
Udgivelse: 25.1.2020  
Nr. 2/2020: 29.1.2020 (produktannoncer)  
& 17.2.2020 (job- og rubrikannoncer).  
Udgivelse: 7.8.2020  
Nr. 3/2020: 11.3.2020 (produktannoncer)  
& 30.3.2020 (job- og rubrikannoncer).  
Udgivelse: 18.4.2020

Reklamationer  
Har du ikke modtaget seneste  
nummer af magasinet, så skriv til:  
reklamation@dp.dk

Abonnement  
1.465 kr + moms  
p-magasin@dp.dk

Udgiver  
Dansk Psykolog Forening  
Stockholmsgade 27  
2100 København Ø  
T: 3526 9955 | dp.dk

Trykt med vegetabiliske farver på  
miljøgodkendt papir.

Artikler i P udtrykker ikke nødvendigvis  
Dansk Psykolog Forenings synspunkter.