

Beslutningsforslag nr. B 36. Fremsat den 16. november 2005 af Charlotte Fischer (RV), Bente Dahl (RV), Elisabeth Geday (RV), Naser Khader (RV), Martin Lidegaard (RV), Elsebeth Gerner Nielsen (RV) og Morten Østergaard (RV)

Forslag til folketingsbeslutning om en national strategi for bekæmpelse af uligheden i sundheden

Beslutningsforslaget opfordrer regeringen til at nedsætte en kommission, der skal udarbejde forslag til en national strategi for bekæmpelse af uligheden i sundheden.

Bemærkninger til forslaget

En overordnet sundhedspolitisk udfordring er at sikre, at så mange borgere som muligt får mulighed for et sundt liv og et godt helbred. Men uanset voksen- de velstand, stigende beskæftigelse og uddannelsesniveau samt offentlige forebyggelsestiltag er det ikke lykkedes at knække sammenhængen mellem socialt tilhørsforhold og sundhed. Tværtimod er uligheden i sundheden stigende. Lavt-uddannede mænd i Danmark har oplevet en stigende dødelighed, mens dødeligheden blandt højtuddannede mænd og kvinder har været faldende.¹⁾

Det er en falliterklæring, først og fremmest menneskeligt, men også for det danske velfærdssamfund. Den stigende ulighed i sundheden kan på ingen måde forsvares og slet ikke som en ulighed, der skaber dynamik i form af job og velstand. Tværtimod skader den sociale ulighed i sundheden samfundsøkonomien. Det gælder ikke mindst med hensyn til de store folkesygdomme, der godt hjulpet af også det stigende antal ældre i befolkningen truer med at blive en alvorlig økonomisk byrde for vores velfærdssystem. WHO skønner, at op til 70 pct. af alle sygdomme i 2020 vil være livsstilsrelaterede.

Uligheden i den danske befolknings sundhed kommer til udtryk på tre måder:

1. Et godt helbred er fortsat i alt for høj grad afhængigt af uddannelse, job og indkomst. Eller med andre ord: De mindst uddannede, de lavest lønede og de ledige er i stigende omfang dem, der har det dårligste helbred. Det skyldes både livsvilkår og livsstil. Vi har brug for en stærkere og mere målrettet indsats, hvis det skal lykkes at bryde båndet mellem social status og sundhed.
2. Uligheden i sundheden handler også om brugerbetaling. Den udstrakte brug af brugerbetaling på få områder, f.eks. tandlægehjælp, har klar social slagside. Udfordringen er at indrette fordelingen af brugerbetaling på en bedre og socialt mere retfærdig måde uden at øge den samlede brugerbetaling.
3. Endelig er der social ulighed, når det gælder borgernes brug af sundhedsvæsenets behandlingstil-

bud – en ulighed, der ikke kun kan forklares med et anderledes sygdomsmønster. Meget tyder på, at det bl.a. gælder med hensyn til brugen af frit valg i sundhedsvæsenet. Udfordringen er at indrette sundhedsvæsenet således, at der også reelt bliver tale om en lige adgang til behandling.

Der er brug for en sammenhængende strategi, der finder svar på alle tre udfordringer. Det vil kræve en langsigtet investeringsplan med en nøje prioritering af de indsatsområder, hvor der er bedst mulighed for at bryde den stigende sociale ulighed i sundheden. Den vil også forudsætte, at der tænkes på tværs, og at alle parter involveres: de offentlige myndigheder (staten, regionerne og kommunerne), arbejdsmarkedets parter, foreningslivet og borgerne selv. Behovet for at sætte ind på tværs af sektorerne illustreres bl.a. af henholdsvis den norske handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009²⁾, der involverer hele otte ministerier, og den britiske handlingsplan »Tackling health inequalities«³⁾, der omfatter 12 ministerier. I den norske plans indledning slås netop behovet for en bred indsats fast: »Økt fysisk aktivitet skal oppnås gjennom en samlet strategi som omfatter tiltak på flere samfunnsområder og arenaer – i barnehage, skole, arbeidsplass, transport, nærmiljø og fritid.«

Kommissionen skal på den baggrund:

- Fremkomme med anbefalinger til en national strategi for, hvordan uligheden i sundheden bedst bekæmpes – med afsæt i den eksisterende viden om årsagssammenhængen mellem sociale forhold og ulighed i sundheden og danske såvel som udenlandske erfaringer med at forebygge og bekæmpe ulighed i sundheden.
- Indhente og analysere viden om, hvordan specielt brugerbetaling i Danmarks og andre sammenlignelige landes sundhedsvæsen påvirker adfærden og den sociale ulighed i sundhedsvæsenet – og på den baggrund komme med anbefalinger til en bedre og socialt mere retfærdig indretning af brugerbetalingen i det danske sundhedsvæsen. Præmissen er, at den samlede brugerbetaling ikke øges.

– Indhente og analysere viden om den sociale ulighed, når det gælder brugen af sundhedsvæsenets behandlingstilbud, herunder frit valg – og på den baggrund komme med anbefalinger til, hvordan der kan skabes større lighed i brugen af behandlingstilbud.

Social ulighed i sundheden

Det er velkendt, at de dårligst stillede befolkningsgrupper også har det ringeste helbred. Ifølge en undersøgelse, Statens Institut for Folkesundhed udgav i januar 2005 blandt 32.000 københavnere, kan en københavnsk mand med videregående uddannelse forvente at leve i snit 7,4 år længere end en københavnsk mand med kun afgangseksamen fra folkeskolen. For kvinder er forskellen 4,8 år. Højtuddannede kvinder har over 11 raske år mere end kortuddannede kvinder.⁴⁾ Stigende velstand har altså ikke løst problemet med en tæt sammenhæng mellem social status og helbred.

Årsagerne til den sociale ulighed i sundheden er mange og skal i høj grad findes uden for sundhedsvæsenet:

Livsvilkår

Det er velkendt, at arbejdsliv, boligforhold og materiel levestandard har indflydelse på, hvor godt eller dårligt et helbred den enkelte nyder godt af. Et fysisk eller psykisk belastende job, en usund bolig og få penge til forbrug påvirker helbredstilstanden hos de dårligst stillede grupper i samfundet.

Arbejds miljøet spiller i høj grad ind på vores helbred, og her er der en klar tendens til, at den tunge ende vender nedad. Inden for f.eks. hjemmeplejen er der en markant oversygelighed målt i forbindelse med en lang række sygdomme, fra astma og åreknuder til hjertesygdomme og traumer. Markant flere i hjemmeplejen og slagteri- og fiskeribranchen går på førtidspension.

Et dårligt psykisk arbejdsmiljø – og specielt stress – er samtidig i stigende grad et fænomen, der forringer vores helbred. Stress hænger i høj grad sammen med vores muligheder for at øve indflydelse på vores arbejde – også her trækker det socialt skævt. F.eks. har Arbejds miljøinstituttet bekræftet, at der foreligger en sammenhæng mellem mest fravær ved dårligt psykisk arbejdsmiljø og socialt tilhørsforhold. Når det f.eks. gælder stress, indtager buschauffører en kedelig førstestedsplads.⁵⁾

Dårlige boliger kan bidrage til et skidt helbred. 50.000 boliger i København er f.eks. belastede af støj over 65 dB fra vejtrafikken. Støj kan forårsage forhøjet blodtryk og søvnløshed.

Også hvis man spørger folk selv om deres helbred, tegner der sig et klart socialt mønster. Århus Amt påviste i 2001, at »der er betydelig større forekomst af både sygdom, psykosociale belastninger og helbredsbelastende livsstil hos personer med lav social status end hos personer med høj social status«⁶⁾. F.eks. oplever 14 pct. af personer på laveste uddannelsesniveau, at de har en langvarig sygdom, de er meget hæmmede af, mens det samme kun gælder for 6 pct. af de højest uddannede. 15 pct. af de lavest uddannede lider af fedme, svarende til det dobbelte af andelen af de højest uddannede.

Livsstil

Social udstødelse – ikke mindst i form af arbejdsløshed – øger risikoen for et dårligere helbred. Københavns Kommunes undersøgelse »Københavnernes Sundhed 2005«⁷⁾ viser f.eks., at halvdelen af de københavnere, der ikke er i arbejde, har en langvarig sygdom mod 26 pct. af dem, der er i arbejde.

Adskillige undersøgelser har f.eks. påvist en sammenhæng mellem på den ene side arbejdsløshed og dårlig økonomi og på den anden side overdrevet forbrug af tobak og alkohol. Københavns Kommunes undersøgelse⁸⁾ viser en systematisk sammenhæng mellem beskæftigelse og livsstil. Den gennemsnitlige arbejdsløse har ifølge undersøgelsen en konsekvent usundere livsstil (spiser f.eks. mindre frugt og grønt, drikker mere alkohol). Der er 50 pct. flere svært overvægtige blandt arbejdsløse københavnere end blandt beskæftigede. På den baggrund kan det ikke overraskende, at det navnlig er de socialt dårligt stillede grupper, der bl.a. rammes af de store folkesygdomme, f.eks. hjerte-kar-sygdomme og diabetes.

Kimen til et godt eller dårligt helbred lægges i de allerførste stadier af livet – både når vi er fostre og spædbørn. Den gravides livsstil (forbrug af alkohol, tobak, kost m.v.) er derfor afgørende for det helbred, det enkelte barn senere får. Samtidig er det vigtigt, at det nyfødte barn får en god start i livet, f.eks. med den rigtige ernæring. Her kan det være afgørende, hvordan den nybagte mor og/eller far støttes i den første tid.

Børns opvækst og fremtidige sundhed påvirkes i meget høj grad af familiens sociale vilkår og de voksnes livsstil, men også af forholdene i den bydel, de vokser op i, ikke mindst når det gælder daginstitutioner, skoler og fritidsordninger. Derfor er det vigtigt at sætte ind tidligt og sikre alle børn og unge gode muligheder for et sundt liv. Lykkes det at spore børnene og de unge ind på et sundere liv, er meget vundet på længere sigt i form af færre udgifter til behandling, mindre sygefravær m.v.

Etniske minoriteter har på en række punkter et markant ringere helbred end befolkningen i øvrigt. Det gælder diabetes 2, hvor det er hver fjerde, der rammes, hvor det for øvrige danskere er én ud af 50, der får diabetes 2. Etniske minoriteter får også hyppigere hjerte-kar-sygdomme, luftvejssygdomme og muskel-skelet-lidelser.

Socialt skævt brugerbetaling i sundhedsvæsenet

I Danmark har vi – i modsætning til de fleste andre sammenlignelige lande – valgt at koncentrere brugerbetalingen om få ydelser, ikke mindst medicin og tandlægehjælp. Inden for voksentandplejen er brugerbetalingen nået op på cirka 80 pct. af de samlede udgifter.

Kendsgerningen er en klar social ulighed, ikke mindst når det gælder voksentandpleje. Middellevetidsudvalget dokumenterer f.eks. i sin rapport, at ledige er mindre end halvt så ofte i kontakt med en tandlæge som topledere og andre lønmodtagere på chefniveau. Tandlægernes Nye Landsforening har i en undersøgelse påvist en systematisk sammenhæng mellem uddannelses- og indkomstniveau og dårlig tandstatus. F.eks. havde 90 pct. af funktionærerne i alderen 45-64 år mindst 20 tænder, mens det samme kun gjaldt for 57 pct. af førtidspensionisterne.⁹⁾ Skadevirkningen af dårlige tænder er ikke alene ringere livskvalitet, men også, at det kan have negative konsekvenser for f.eks. jobmuligheder og dermed adgangen til arbejdsmarkedet.

En afledt konsekvens af den høje brugerbetaling på tandbehandlingen er, at mennesker med alvorlige tandsygdomme, f.eks. aggressiv paradentose, overlades til at betale al behandling selv, hvilket kan beløbe sig til flere tusinde kroner årligt. Det virker paradoksalt, navnlig i betragtning af, at næsten en tredjedel af det samlede sygesikringsstilskud går til tandrensning, som man i nogen grad kan betvivle den sundhedsmæssige værdi af. Det er særligt angribeligt, fordi sygdommen menes at øge risikoen for hjerte-kar-sygdomme.

Udfordringen er at få omlagt brugerbetalingen i sundhedsvæsenet, så den fordeles mere logisk og socialt retfærdigt – på en så vidt muligt enkel, administrerbar måde. Da brugerbetaling i sig selv vender den tunge ende nedad, er det vigtigt at skabe et system, der tager hensyn til lavindkomstgrupper.

Her er det oplagt at samle viden om de mange udenlandske erfaringer på området.

I flere af de nordiske lande har man indført et loft over, hvor meget den enkelte borger eller husstand samlet kan komme til at betale i brugerbetaling i løbet af f.eks. et år. I andre lande er lavindkomstgrupper

helt friholdt for brugerbetaling. I Irland gælder det f.eks. for mere end en tredjedel af befolkningen.¹⁰⁾ Endelig er det muligt at gøre brugerbetalingen indkomstafhængig som bl.a. i Belgien og dele af Sverige.

Det centrale er, at en omlægning af brugerbetalingen inden for sundhedsvæsenet opfylder to hovedkrav: at den på den ene side tilskynder til den bedst mulige anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer og på den anden side rammer så lidt socialt skævt som muligt.

Social ulighed i brugen af sundhedsvæsenet

Der mangler i dag viden om, hvordan organiseringen af det danske sundhedsvæsen påvirker befolkningens brug af sundhedsvæsenets ydelser, men udgangspunktet er, at den måde, vi vælger at organisere sundhedsvæsenet på, i sig selv både kan fremme og modvirke den sociale ulighed i sundheden.

Her er det spørgsmålet om, hvorvidt der er forskel på de sociale gruppers forbrug af sundhedsydelser, også når man renser for forskellig sygelighed. Middellevetidsudvalget fandt f.eks. frem til, at lønmodtagere med ingen eller kort uddannelse er langt oftere i kontakt med den praktiserende læge. Derimod viste det sig, at f.eks. kvinder med en lang videregående uddannelse og kvindelige topchefer er klart oftere i kontakt med en speciallæge end kvinder med blot grundskole.

Også når det gælder sundhedsvæsenets forebyggende tilbud, kan der spores social ulighed. F.eks. fandt Middellevetidsudvalget, at det først og fremmest er mellem- og højere uddannede funktionærer, der tager imod tilbud om celleprøver fra livmoderen.

Allervigtigst er dog spørgsmålet om det frie sygehusvalg, som regeringen siden 2001 har udvidet. Middellevetidsudvalget slog fast, at »det frie sygehusvalg oftest benyttes af topledere og lønmodtagere på højt niveau«. ¹¹⁾ Regeringen erkender så sent som i august 2005, at de svageste borgere »ofte har sværere ved at anvende deres valgmuligheder end andre brugere af frit valg«. ¹²⁾ Problemet i dag er, at vi ved alt for lidt om, hvem der bruger det frie sygehusvalg. Udfordringen vil i givet fald være at organisere det frie valg bedre, så det i højere grad er en reel lige mulighed for alle. Det rejser bl.a. spørgsmålet om tilstrækkelig og målrettet information og rådgivning af den enkelte patient.

Kommissionens sammensætning og tidsplan

Kommissionen skal sammensættes af en formand og otte sagkyndige personer med relevant forskningsmæssig erfaring og indsigt inden for et bredt felt af relevante fagområder, herunder sundhedsvæsenet, det

sociale område, arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Kommissionens medlemmer udpeges af indenrigs- og sundhedsministeren.

Kommissionen skal afslutte sit arbejde inden udgangen af 2006. Med henblik på at styrke dialogen med borgerne og Folketingets partier om, hvordan den sociale ulighed i sundheden mindskes, har kom-

missionen til opgave løbende at sikre en debat om sit arbejde og temaer. Det kan bl.a. ske ved, at den offentliggør delrapporter og afholder konferencer m.v. om konkrete temaer. Kommissionen kan herudover løbende inddrage relevante organisationer i forbindelse med sit arbejde.

-
- 1) Folkesundhedsrapport 2005 for Københavns Kommune, Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab.
 - 2) »Sammen for fysisk aktivitet«. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Departementene, 2004.
 - 3) »Tackling health inequalities«. Status report on the Programme for Action. Department of Health, august 2005.
 - 4) Folkesundhedsrapport 2005 for Københavns Kommune, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
 - 5) Arbejdsmiljøinstituttets nationale data, 2003, Spørgeskemaundersøgelse om psykisk arbejdsmiljø.
 - 6) »Hvordan har du det? Selvvurderet helbred og ulighed i sundheden«, Århus Amt, Sundhedsfremmeenheden, rapport nr. 2, juli 2003, s. 33.
 - 7) »Københavnernes Sundhed 2005«, Københavns Kommune, juni 2005.
 - 8) »Københavnernes Sundhed 2005«.
 - 9) »Tandstatus og egenomsorg hos voksne danskere år 2000 i relation til udnyttelsen af tandplejesystemet og livsvilkårene – status og udviklingstendenser«. Poul Erik Petersen, Lisa Bøge Christensen, Ulla Krustrup, Mette Kjølner, Tandlægerne Nye Tidsskrift 10, 2003, s. 6-19.
 - 10) »Brugerbetalning i fremtidens velfærdssamfund«. FOKUS-Nyt nr. 25, april 2004, s.12.
 - 11) »Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet«. 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget. Sundhedsministeriet – Sundhedsanalyser, 2000:2, s. 80.
 - 12) »Tid til status – erfaringer med frit valg«. Regeringen, august 2005, s. 21.

Skriftlig fremsættelse

Charlotte Fischer (RV):

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

Forslag til folketingsbeslutning om en national strategi for bekæmpelse af uligheden i sundheden.

(Beslutningsforslag nr. B 36).

Jeg henviser i øvrigt til de bemærkninger, der ledsager forslaget, og anbefaler det til Tingets velvillige behandling.