

Skal velfærdsudviklingen kun være
til gavn for de veluddannede?

Ulighed i danskernes sundhed



Politisk ansvarlig: Dennis Kristensen
Redaktion: Kasper Manniche og Peter Lindholm
Grafisk tilrettelæggelse: Girafisk Design
Korrektur: Pjec1heden
Tryk: FOAs Trykkeri, oktober 2010

Indholdsfortegnelse

Side 4	Indledning
Side 7	Livsstil og levetid
Side 15	Det fri sygehusvalg
Side 19	Medicinske og ældre patienter
Side 23	FOAs 9 punkter for en bedre og mere lige adgang til sundhed

Indledning

Uligheden i danskernes sundhed er markant. De kortuddannede danskere har klart de laveste overlevelseschancer i Norden.

I det hele taget rammes danskerne generelt oftere af de store folkesygdomme, og vi behandles tilsyneladende dårligere, når vi er ramt. Og der er social ulighed i både antallet af syge og i antallet af succesfuldt behandlede danskere.

Men de få undersøgelser, der eksisterer, tyder ikke på, at der i selve behandlingerne er nævneværdige urimelige uligheder.

Urimelige uligheder er der til gengæld i den samlede prioritering i sundhedssystemet. En prioritering, der ikke tager højde for, at kortuddannede ikke får lige så meget ud af velfærdsudviklingens sundhedsforbedringer som veluddannede.

Tværtimod. Jo lavere på den sociale rangstige, jo større sandsynlighed for at dø af de såkaldte folkesygdomme - og efter endt behandling. De kortuddannede får ikke meget ud af levetidsforbedringerne og lever kortere end højtuddannede.

Denne pjece er et sammendrag af de væsentligste konklusioner fra Rapport om ulighed i danskernes sundhed, skrevet af Sundhedsmedierne Aps, juli 2010. Rapporten er den første af sin slags herhjemme.

Kun 5 procent til forebyggelse

Ud af den samlede sundhedsindsats på omkring 150 milliarder kroner bruges maksimalt 5 procent på at udjævne uligheden i form af forebyggelsesindsatser. Det har også betydning for, hvem der tager budskaberne om sund livsstil til sig.

De højtuddannede dyrker forholdsmæssigt meget mere motion end lavtuddannede.

De ryger også meget mindre. De spiser også meget sundere. De drikker dog også meget mere.

Der er ved at opstå en social skillevæg mellem 'de sundheds-uvideende' lavtuddannede og 'de sundhedskloge' veluddannede, der også er ved at vise sig i sundhedspersonalets opfattelse af patienterne.

Privatsygehuse er for de velstående

Endelig har de velstående danskeres øgede brug af privatsygehuse tydeliggjort en opdeling mellem dem, der har råd, og dem som ikke råd til behandling. Det har været synligt på et område som tandlægebehandling i mange år. Kontanthjælpsmodtagere går væsentligt mindre til tandlægen end beskæftigede. Og det vidner om, at den høje brugerbetaling på tandlægeområdet rammer de dårligst stillede.

Større lighed gennem mere forebyggelse

Rapport om ulighed i danskernes sundhed er blevet til bl.a. via en række interviews med lægefaglige eksperter, og den

” Der er ingen tvivl om, at folk med dårlig uddannelse og lavere indkomst har en dårligere sundhedsprofil. Det er f.eks. folk fra Vestegnen og Bispebjerg modsat dem fra Rudersdal. De dårligt stillede har flere 'livsvilkårssygdomme'. Der er meget stor forskel i levealder og gode leveår

*Torben Mogensen, vicedirektør, dr.med.,
Hvidovre Hospital*



Vi har masser af evidens for, at forebyggelse virker. Men politikerne er nogle bangebukse. De lytter efter folkestrømmen, undskylder sig med, at de skal have befolkningen med, før de kan lave sundhedstiltag

*Morten Grønbæk, dr.med., ph.d.,
direktør for Statens Institut for Folkesundhed*

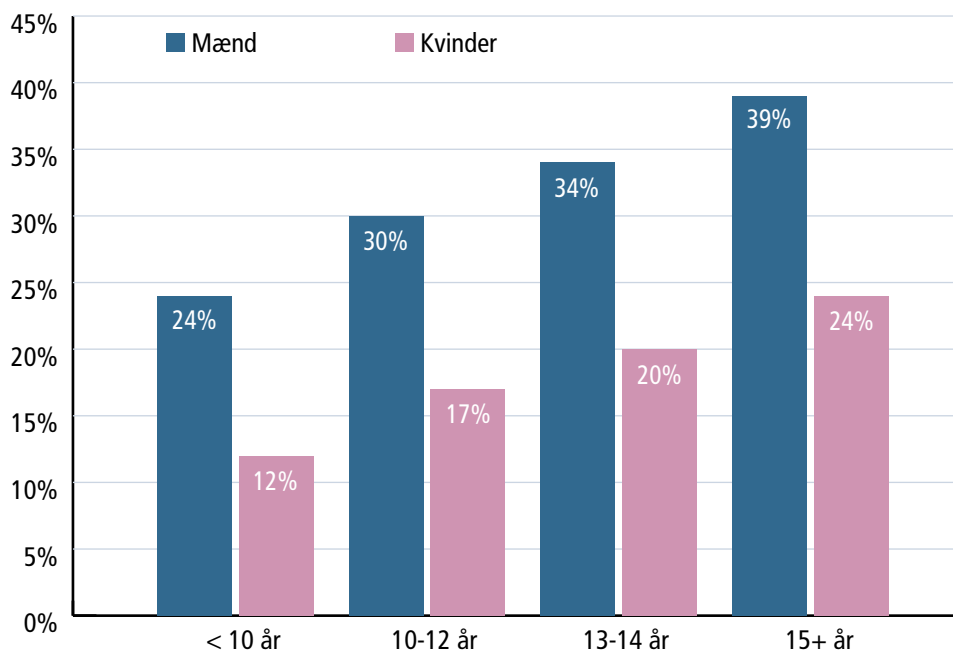
tegner et klart billede af, at den eneste vej til større lighed i danskernes sundhed er forebyggelse. Bedre forebyggelse og mere målrettet forebyggelse. Behandlersystemets egne repræsentanter peger på netop forebyggelse – og langt mere viden om den – som den eneste vej frem. Den eksisterende, videnskabelige dokumentation underbygger påstanden.

Livsstil og levetid

Uddannelseslængde er tæt forbundet med livsstil. Højtuddannede spiser mere sundt, og alle undersøgelser viser, at de veluddannede har taget kostråd og de mange sundhedskampagner til sig.

Kost og motion hænger tæt sammen i forhold til overvægt, og ligesom de veludannede gennemsnitligt spiser sundere, så er de også mere bevidste om behovet for motion.

Procentvis andel af mænd og kvinder, der dyrker moderat til hård motion mindst to gange ugentligt fordelt på uddannelseslængde



Kilde: KRAM-undersøgelserne

Folkesygdommene rammer skævt

De fleste af de store folkesygdomme som kræft, diabetes, hjerte-kar-sygdomme, KOL og gigt synes i et eller andet omfang at kunne relateres til et lavt uddannelsesniveau. Forekomsten og overdødeligheden er udtalt for især KOL og hjertekarsygdomme.

Selv om tallene i nedenstående tabel er over ti år gamle, er tendensen uden tvivl den samme. Med de seneste årtiers stigende fokus på en sund livsstil, kan man tilmed antage, at overdødeligheden for kortuddannede er stigende. Det er typisk de højtuddannede, der først har taget budskaberne om eksempelvis sundere mad, motion og rygestop til sig.

Overdødeligheden for lavtuddannede kvinder og mænd i forhold til højtuddannede (indeks = 100) – gennemsnit af 1995-2000

Uddannelsesniveau	Højt	Mellem		Lavt	
	Kvinder/Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd
Kræft	100	109	129	122	137
Karsygdom i hjernen	100	112	136	157	157
Hjerte-kar-sygdomme	100	136	147	210	176
Iskæmisk hjertesygdom	100	156	152	267	186
Rygerlunger (KOL)	100	183	241	297	360
TOTALT	100	119	142	157	178

Kilde: Notat til det Politisk-Økonomiske udvalg fra Økonomigruppen i Folketinget om ulighed i sundhed i 2007.

Som det fremgår, er overdødeligheden dog markant højere for nogle sygdomme end andre. Årsagen skal uden tvivl findes i forskelle i livsstil. De såkaldte KRAM-faktorer.

Dårlige overlevelseschancer

Gentagne gange har det måttet konstateres, at Danmark er dårlig til at behandle kræftsygdomme. Danmark har i hvert fald indtil for nogle år siden ligget i bunden af statistikken for overlevelse af kræft sammenlignet med de øvrige nordiske lande.

I Danmark har patienter de dårligste overlevelseschancer ved 26 ud af 35 kræftsygdomme for kvinder og 23 ud af 33 for mænd. Danmark ligger kun bedst på én sygdom: Den meget sjældne kræft i næse og bihuler hos mænd.

Det viser en netop udkommet og omfattende undersøgelse af kræftoverlevelse i de 5 nordiske lande. Samtlige patienter, som har fået en kræftdiagnose mellem 1999 og 2003, er blevet fulgt frem til 2006.

Overlevelsesprocenten for mavekræft er kun 14 for mænd i Danmark, mens den er 26 i Finland, hvilket er en tæt på dobbelt så stor overlevelseschance.

Mistede liv

Overlæge Hans H. Storm, Kræftens Bekæmpelses forebyggelseschef, som har været hovedmand bag den fællesnordiske opgørelse, siger: „Hvis danske kvinder overlevede deres brystkræft lige så godt som finske kvinder, ville det betyde, at

” Vi ser uligheden i den generelle sundhed – i muligheden for at slippe igennem livet med et godt helbred. Der er skæv fordeling i leveår og især skæv fordeling i gode leveår. Når vi taler om livslængde, er det jo især forebyggelse, det handler om. De bedst stillede er de bedste til selv at tage forandringer til sig

*Frede Olesen, professor, dr.med.,
forskningsleder, praktiserende læge,
formand for Kræftens Bekæmpelse*

gennemsnitligt 250 færre kvinder ville dø af deres sygdom hvert eneste år. Og det er bare inden for den ene sygdom. Det er altså rigtig mange liv, vi mister, fordi den samlede danske kræftindsats ligger så langt bagefter de øvrige nordiske landes.”

Udover at danskeres overlevelseschancer er bemærkelsesværdigt dårligere end for andre borgere i Norden, så er de kortest uddannede/laveste indkomstgrupper også ramt yderligere af dårligere overlevelseschancer i forhold til høje indkomstgrupper.

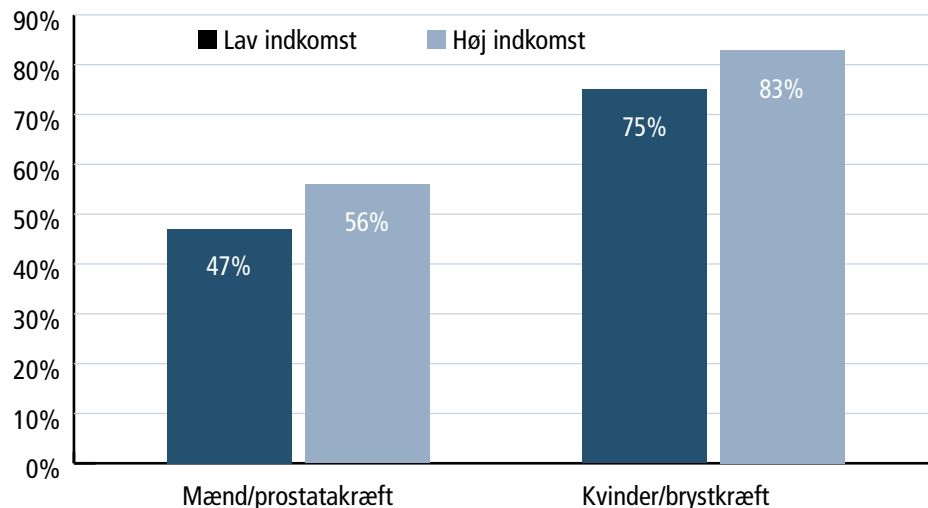
Det viser det samme talmateriale, som er udgangspunkt for sammenligningen med Norden, projekt CANULI, der har sammenlignet overlevelseschancer efter 5 år i forhold til køn og indkomst.

Store sociale forskelle

Inden for andre kræftformer er der ligeledes forskelle i overlevelseschancerne mellem højtuddannede og lavtuddannede.

Betydningen af socioøkonomisk status for resultatet af tarmkræftbehandling er titlen på en undersøgelse af 7160 patienter, der blev behandlet for tarmkræft mellem 2001 og 2004. Undersøgelse publiceret i 2009.

Overlevelse efter 5 år for mænd med prostatakraft og kvinder med brystkræft i forhold til indkomst – opgjort i procent

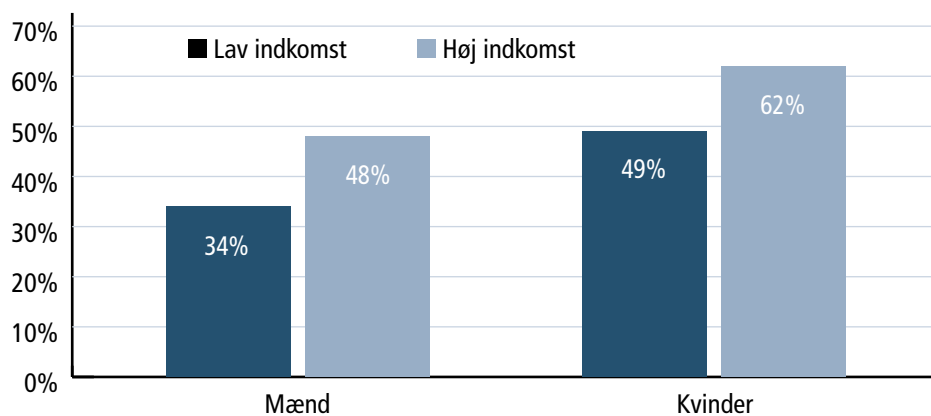


Kilde: CANULI, der omfatter alle danskere i den erhvervsaktive alder (født mellem 1925 og 1973), i alt 3,2 millioner mennesker af hvem omkring 148.000 personer fik konstateret kræft i årene 1994-2003.

Undersøgelsen viser store sociale forskelle i resultaterne af tarmkræftbehandling, der både er afhængig af uddannelse, indkomst og boligforhold – forhold som nok i forvejen hænger sammen. Eksempelvis i dødeligheden inden for 30 dage efter behandling, hvor forskellige niveauer i uddannelse synes at spille ind:

- 6,4 procent af de lavtuddannede døde inden for 30 dage.
- 4,1 procent af de mellemuddannede døde inden for 30 dage.
- 3,0 procent af de højtuddannede døde inden for 30 dage.

Overlevelse efter 5 år for alle kræftformer fordelt på indkomst og køn



Kilde: CANULI, der omfatter alle danskere i den erhvervsaktive alder (født mellem 1925 og 1973), i alt 3,2 millioner mennesker af hvem omkring 148.000 personer fik konstateret kræft i årene 1994-2003.

Rige har større overlevelseschance

I det før nævnte Projekt CANULI har man, 5 år efter diagnosen er stillet, opgjort dødelighed efter kræftform, indkomst og køn. Undersøgelsen er baseret på tal fra 1994-2003 og viser, at velhavende har en større chance for at overleve.

CANULI omfatter alle danskere i den erhvervsaktive alder (født mellem 1925 og 1973), i alt 3,2 millioner mennesker af hvem omkring 148.000 personer fik konstateret kræft i årene 1994-2003.

Rapporten opregner indkomst- og kønsforskelle i overlevelseschancerne for flere af kræftsygdommene, men kan ikke konstatere nogen behandlingsulighed som årsag.

Svært at indhente andre lande

Danskernes middellevetid er et pænt stykke under lande, vi ellers sammenligner os med.

Regeringen har opstillet et mål om, at danskernes middellevetid skal vokse med 3 år inden år 2020. Mellem 1998 og 2008 voksede mænds middellevetid med 2,5 år, mens kvinders kun voksede med 2 år, så det kræver en gigantisk sundhedsindsats at nå regeringens mål. Hvis målet nås, så vil danskernes middellevetid dog stadig kun have nået det niveau, som Schweiz har i dag.

De fleste landes middellevetid er igennem de seneste årtier vokset med 2 år pr. årti. Så selv om det vil lykkes at øge middellevetiden, er det sandsynligt, at vi stadig vil ligge 1 til 2 år efter mange af de lande, vi sammenligner os med.

Ønsker man at nå målet om, at den danske middellevetid kommer på niveau med f.eks. Sveriges, så vil der være mest at hente ved at forbedre sundhedstilstanden for danskere med dårligst helbred.

Men flere ting tyder på, at uligheden i middellevetid er voksende, og at de kortuddannede kvinder har fået mindst ud af, at vi lever længere. Det tyder bl.a. udviklingen i restlevetid på.

” Både i Danmark og i Europa skal vi forske mere i ulighed. I Danmark har vi et paradoks. Vi er nogle af de bedste til at forske i sundhed. Men samtidig er vi nogle af de dårligste til resultaterne. Vores vilje til at forske i forebyggelse, diagnostik og om det, vi gør, er smart nok, er tæt på nul

*Frede Olesen, professor, dr.med.,
forskningsleder, praktiserende læge,
formand for Kræftens Bekæmpelse*

Restlevetid for en 30-årig i hhv. 1995 og 2005

Uddannelsesniveau	Mænd			Kvinder		
	1995	2005	Ændring	1995	2005	Ændring
Lavt	42,5	44,7	2,2	47,8	49,5	1,7
Mellem	44,5	47,4	2,9	49,4	51,6	2,2
Højt	46,7	49,5	2,7	50,2	52,8	2,5
I alt	44,1	47,0	2,9	48,6	51,0	2,4

AE-Rådet og Statens Institut for Folkesundhed, Arbejdsnotat - »Tendens til stigende social ulighed i levetiden«, 2007.

Det fri sygehusvalg

Siden 2002 har en million danskere fået en lettere adgang til behandling og andre sundhedsydelser i kraft af firmategnede sundhedsforsikringer. Sundhedsforsikringerne er eksploderet i omfang, siden regeringen indførte et fradrag for firmaer, der gav deres medarbejdere en forsikring mod sygdom.

I lovens forudsætninger forventedes det, at antallet af firmaforsikrede medarbejdere ville vokse fra 100.000 til 150.000 personer, men i det forløbne lille tiår er tallet altså tidoblet. Cirka en femtedel af den danske befolkning har således en umiddelbar lettere adgang til visse sundhedsydelser.

Forsikringerne dækker et meget bredt spektrum af ydelser. Skåret ind til benet kan man sige, at hvis lægen har henvist en medarbejder, og sygdommen har betydning for arbejdsindsatsen eller er resultat af arbejdet, dækker forsikringen.

Hundreder af millioner flyttes til de private sygehuse

Regionerne lavede i 2008 en opgørelse over det offentlige forbrug af privathospitaler, hvoraf det fremgik at:

»De private sygehuses andel af den offentlige behandling er stigende. I et væsen med begrænsede økonomiske og personalemæssige ressourcer er dette problematisk.

Hver en krone eller medarbejder, som overgår til de private sygehuse, går fra offentlige sygehusvæsen, og dermed fra behandling af de øvrige patienter.«

I opgørelsen konstateres der dengang en stigning i de offentlige sygehuses pengestrøm til de private på 60 procent – en stigning i det samlede beløb fra 474 millioner til 763 millioner kroner. Siden er tallet vokset til over 1 milliard kroner.

” Vi skal lade være med at kalde det sundhedsforsikringer. Kald en spade for en spade og sig det, som det er – at vi støtter private virksomheder, som skal tjene penge på behandlinger

Claus Hyldahl, speciallæge, medicinsk direktør, Lægernes Testcenter

Fremmer loven ulighed?

Af bemærkningerne til loven fremgår det bl.a., at et af hovedformålene bag fradragsretten for sundhedsforsikringerne er, at nedbringe ventelister i det offentlige sundhedsvæsen.

De samfundsøkonomiske gevinster i form af nedbringelse af ventelister og ventetider er altså af afgørende vigtighed for den lette og lige adgang til behandling for den del af befolkningen, der ikke er dækket af en privat sundhedsforsikring.

Hvis man kan hævde, at de private sundhedsforsikringer ikke har haft en gavnlig virkning - eller måske ligefrem en negativ indvirkning på ventelister i det offentlige sundhedsvæsen - kan man ligeledes hævde, at staten gennem fradragsretten fremmer en ulige ret til sundhedsydelser, og at staten således ikke opfylder selve formålet med sundhedsloven.

Vanskelige ventelisteberregninger

Imidlertid er det vanskeligt at lave beregninger for, om fradragsretten, og den medfølgende mulighed for visse grupper af danskere til at opnå en hurtig behandling, også medfører en hurtigere behandling i det offentlige sund-

hedsvæsen for danskere uden en privat forsikring. Det er et regnestykke med mange ubekendte. Først og fremmest er ventelister påvirket af flere faktorer som f.eks. nye behandlingsmetoder, der giver nye muligheder og dermed måske medfører større patient-søgning. Dertil kommer, at ventelister er påvirket af, om der er tilstrækkelig arbejdskraft på sygehusene. Desuden kan ventelister til forundersøgelser påvirke ventelister andre steder i behandlingsforløbet. I sig selv kan man således næppe dokumentere, at sundhedsforsikringerne har påvirket ventelisterne enten positivt eller negativt.

Dog har Dansk Sundhedsinstitut, i et notat udarbejdet for LO i februar 2010, ikke fundet meget belæg for at hævde, at ventetiderne er faldet grundet fradraget. Fradragsretten har altså ifølge notatet ikke haft den tilsigtede virkning, og styrker således blot påstanden om, at tendensen mod en mere ulige ret til sundheds-ydelser er stigende.

Hvem vælger frit?

De private sundhedsforsikringer blev også indført for at styrke konkurrencen på hospitalsområdet. Det er en vigtig hjørnesteen i det udvidede fri sygehusvalg, der giver patienterne mulighed for at søge behandling på private sygehuse, hvis ventetiden overstiger en måned.

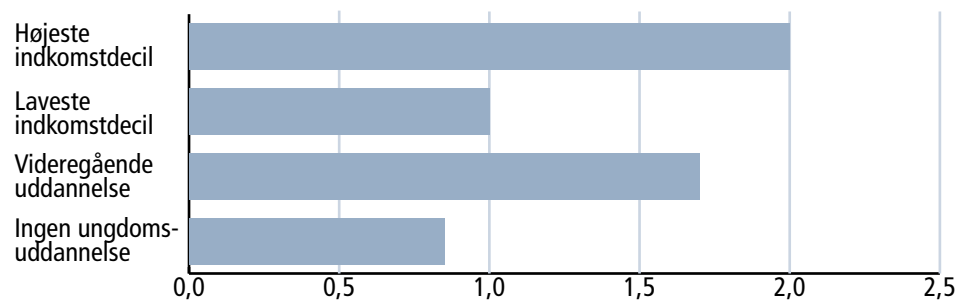
” Den øgede
privatisering betyder
noget for de svage. Med de
stadig flere private aktører er
der risiko for øget ulighed.
Vi bør sikre, at man har
samme retsstilling i det private
som i det offentlige. Private
sundhedsaktører – herunder
også praktiserende læger –
har efter loven f.eks. ikke pligt
til at modtage patienter

*Helle Bødker Madsen, lektor, dr.jur., Afd. for
offentlig ret, Det samfundsvidenskabelige
fakultet, Århus Universitet*

En rapport fra vismændene i efteråret 2009 viser en undersøgelse af patienters udnyttelse af det frie sygehusvalg, at det hovedsageligt er veluddannede og socialt velstående der udnytter muligheden.

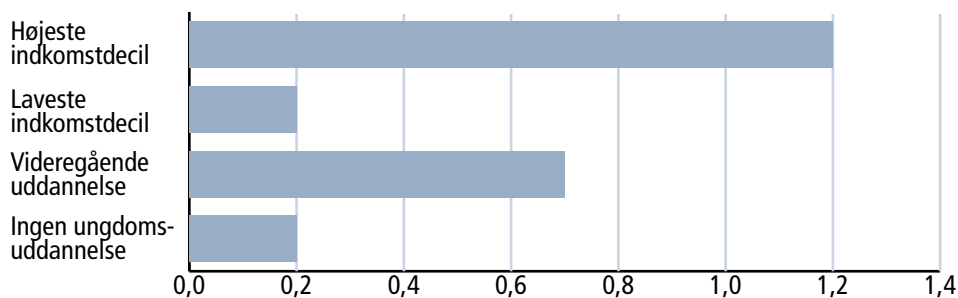
Kun 13 procent af de berettigede benyttede i 2007 muligheden. Altså hvis en patient havde ret til at gå til et privathospital, fordi ventetiden var over en måned på en behandling, så var det kun ca. 1 ud af 8, der benyttede den mulighed. Og de var så hovedsageligt veluddannede, yngre og velstående personer.

Procentvis behandlede på privathospitaler betalt af det offentlige – 2007



Kilde: AE's rapport om deltagelse i sundhedsforsikringer – 2008

Procentvis behandlede på privathospitaler betalt via sundhedsforsikring – 2007



Kilde: AE's rapport om deltagelse i sundhedsforsikringer – 2008

Medicinske og ældre patienter

Ældre danskeres sundhedstilstand er selvfølgelig ringere end yngres, men flere ting tyder også på, at ældre behandles ringere end yngre i sundhedssystemet. Det kan være svært at vurdere behandlingens kvalitet, da der i forvejen er så store forskelle i sygdomsbilledet og patienternes reaktionsmønstre, at behandlingen kan være præget af det. Eksempelvis siges ældre patienter at være mindre proaktive i forhold til deres egen behandling.

Desuden falder ældre patienter ofte ind under den kategori, der kaldes medicinske patienter, hvilket vil sige, at de ofte lider af mange forskellige sygdomme samtidigt, at deres symptomer kan være svære at adskille og diagnosticere, og at de tager mange forskellige slags medicin. Dertil kommer, at de forholdsvis ofte har både sociale problemer og misbrugsproblemer.

Endelig skal man hertil lægge, at private sygehuse undgår de tunge medicinske patienter. I den tidligere nævnte opgørelse, som Danske Regioner lavede i 2008, slås det fast at:

»Det udvidede frie sygehusvalg tilgodeser primært lettere kirurgiske patienter, hvilket kan skabe ulighed i sygehusvæsenet, fordi det går ud over de tungere medicinske patienter. Dette kan ses i, at de private sygehuse primært har opereret ortopædkirurgiske patienter især knæ, hofter og rygoperationer, og patienter med grå stær og andre øjenlidelser. Disse ydelser tegner sig for ca. 60 pct. af de private sygehuses omsætning.«

Unødigt mange genindlæggelser

Undersøgelser af genindlæggelsesfrekvensen for ældre patienter tyder på, at effektiviseringen af sygehusvæsenet, hvor patienter udskrives hurtigere med henblik på rehabilitering i eget hjem, medfører unødigt mange genindlæggelser.

Genindlæggelser sker nemlig oftest inden for tre dage efter udskrivelsen og tilskrives enten, at patienterne ikke er færdigbehandlede eller problemer i forbindelse med transport og installering i hjemkommune (enten i eget hjem eller plejehjem).

Især for følgende sygdomme var der mange genindlæggelser inden tre dage: hjerneblødning, dehydrering, forstoppelse, lungebetændelse, blærebetændelse, hjertesvigt og brud.

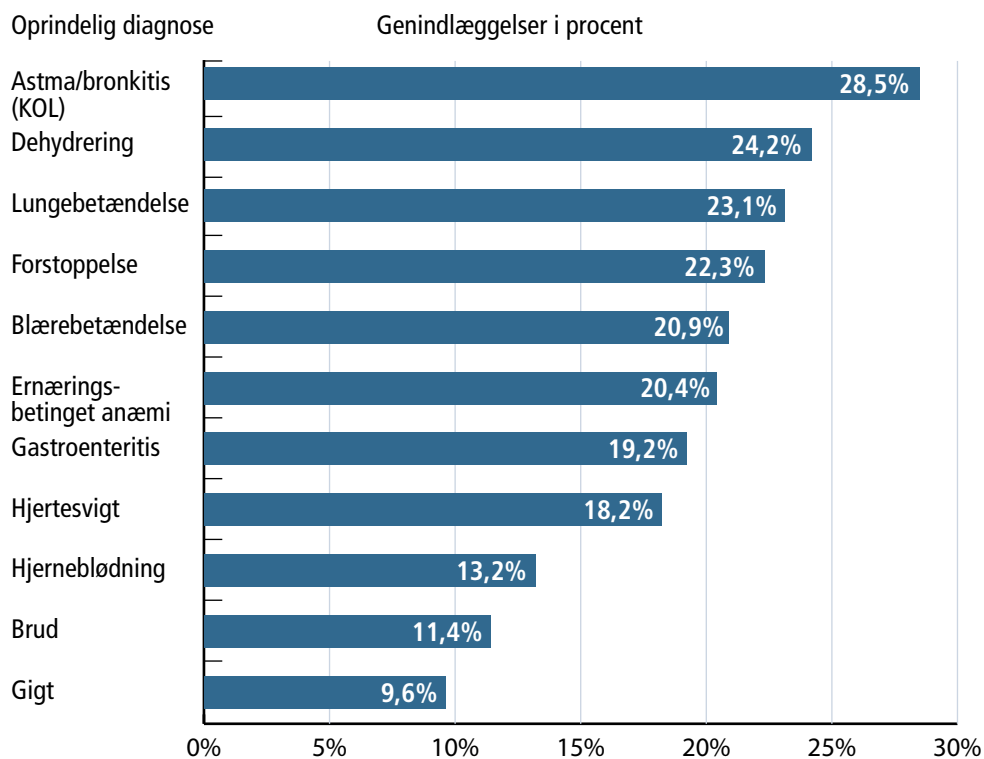
Fra 2001 til 2007 faldt liggetiden – altså det gennemsnitlige antal sengedage – for medicinske patienter fra 7,7 dage til 5,9 dage. Man kunne få den tanke, at antallet af genindlæggelser ville være lavere for nogle af ovennævnte grupper, hvis liggetiden var længere.



Vi mangler viden om sundhedsvæsenets adfærd. Og vi mangler nogle bud på, hvorfor det ser ud til, at de dårligt stillede kommer senere i behandling. Hele det forskningsområde med tidlig diagnostik er underprioriteret

*Frede Olesen, professor, dr.med.,
forskningsleder, praktiserende læge,
formand for Kræftens Bekæmpelse*

Procentvis antal genindlæggelser for forskellige sygdomme 2008



Kilde: Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008

Hver 20. må indlægges igen

Sundhedsstyrelsens rapport Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008 viste bl.a., at 24,2 procent af alle dehydrerede patienter over 67 år blev genindlagt. Tallet for KOL-patienter var f.eks. 28,5 procent.

Desværre findes ingen sammenlignelige opgørelser over genindlæggelser fra før de store omlægninger og effektiviseringer af sygehusvæsenet.

Ifølge Regionernes analyse af indlæggelser og genindlæggelser er 5 procent af alle indlæggelser genindlæggelser, men det tal har været stabilt fra 2007 til 2009 trods en nedgang i indlæggelsestiden fra 4,5 til 4,2 dage.

I den sidste brugerundersøgelse af geriatriske og reumatologiske patienters tryghed ved at skulle sendes hjem fra afdelingen, udtrykte hele 25 procent sig 'utryg' eller 'meget utryg', hvilket kunne tyde på, at de ikke føler sig færdigbehandlede.

FOAs 9 punkter for en bedre og mere lige adgang til sundhed

1 Sundhedsvæsenet skal kompensere for den sociale ulighed i danskernes sundhed.

Uligheden i danskernes sundhed består især i ulige vilkår for forebyggelse og undgåelse af sygdom. Det danske sundhedsvæsen kompenserer ikke for den ulighed. Tværtimod. FOA foreslår, at der arbejdes for større lighed i sundheden ved at behandle borgerne forskelligt – modsat det man hidtil har ment rigtigt: principielt at behandle alle ens.

2 Der skal arbejdes for langt mere og målrettet forebyggelse.

Der forskes for lidt i, hvordan forebyggelse virker, og hvorfor den eksisterende forebyggelse kun virker på visse sociale samfundsgrupper. FOA foreslår et krav om forskerfokus på, hvordan man får alle grupper med og motiverer dem. Der skal mere viden til, før man kan skabe effektiv og målrettet sundhedskommunikation.

3 Sundhedsvæsenets succes skal ikke længere måles i antallet af behandlinger.

FOA mener, at det er antallet af undgåede behandlinger, der bør være succeskriteriet. Og det er muligt at måle, hvor mange behandlinger, der undgås ved forskellige former for forebyggelse og rehabilitering.

4 Langt flere penge skal gå fra akutbehandlinger til forebyggelse.

Forebyggelsestiltag koster kun en lille procentdel af de samlede sundhedsudgifter. Akutbehandlingerne er blevet en stadig større del af det samlede budget. FOA mener, at der bør arbejdes for den modsatte tendens.

5 Der skal sættes fokus på børnene.

De er fællesskabets ansvar. Familierne skal støttes til at skabe en sund barndom. Det er børnene, der skal investeres i. Og ligesom vi har undervisningspligt herhjemme, bør vi også fremover have langt større fokus på både forældrenes og fællesskabets ansvar for, at grundlaget for de store livsstilssygdomme ikke skabes allerede i barndommen. FOA mener, at der bør arbejdes for en mulig "sundhedspligt".

6 Der skal skabes sammenhæng i behandlingen, og mellem primær- og sekundærsektoren.

De ressourcesvage har svært ved at gebærde sig i det danske sundhedsvæsen. Lige fra besøget hos den praktiserende læge og videre i systemet støder de på barrierer, der bl.a. handler om dårlig kommunikation og manglende omsorg. FOA mener, at der allerede før borgeren bliver patient bør være langt bedre kontakt mellem de forskellige sundhedsinstanser. Når patienten kommer i behandling skal der, uanset sygdommens karakter, sikres "pakkeforløb" og et bredt syn på patientens helbredstilstand.

” *Vi har spillet fallit med hensyn til alle former for forebyggelse. Og nej, vi kompenserer ikke behandlingsmæssigt for uligheden*

*Allan Flyvbjerg professor, overlæge, dr.med.,
Medicinsk endokrinologisk afd.,
Århus Universitets-hospital og Formand for
Diabetes-foreningen*

Ydermere mener FOA, at der skal gøres op med kasse-tænkningen. Fra borger til patient, fra patient til rehabilitering. Personen/patienten og problemerne er de samme, uanset, hvilken kasse, der skal betale. Der skal skabes muligheder for den mest effektive og billigste behandling, uanset, hvilken kasse pengene skal tages fra. Det vil skabe mindre ulighed og spare samfundets penge.

Endelig mener FOA, at der skal tænkes i strukturændringer i sundhedsvæsenet. Både med hensyn til forebyggelse kontra behandling og internt i sygehusvæsenet. Der bør f.eks. ses på, om opdelingen i primær og sekundærsektoren er forældet. Det kan tænkes, at lægehuse er vejen frem, og at f.eks. de gammeldags lungeklinikker skulle genopfindes.

7 Der skal tænkes i opgaveglidning.

Sundhedsvæsenet kommer til at mangle personale de kommende år. FOA mener derfor, at der bør ses på, om de forskellige faggrupper, bl.a. via efteruddannelse, kan bruges bedre og mere effektivt. Det vil skabe større arbejdsglæde og bedre fastholdelse af personale.

8 Målrettede helbredstjek

Særligt udsatte grupper bør tilbydes helbredstjek. Det kan både være særlige medarbejdergrupper og særlige sociale grupper. Dermed kan man sætte tidligere ind og forebygge alvorlige sygdomme.

9 Skattefradrag for sundhedsforsikringer skal fjernes.

Sundhedsforsikringerne øger uligheden. Og skattefradrag understøtter denne tendens. FOA mener, at skattefradrag for sundhedsforsikringer skal fjernes. Frem for at bruge penge på skattefradrag bør pengene gå til sundhedsordninger til alle.



Det har været et stort fremskridt, når arbejdspladserne laver helbredstjek. For så kommer folk. Jeg er derfor stor fortaler for helbredstjek på arbejdspladserne fra folk er fyldt 40 år ud fra den betragtning, at folk ellers først hører efter, når de er blevet syge, men vi skulle jo gerne have fat i dem inden

*Hans Ibsen, professor, overlæge, dr. med.,
Kardiologisk afd., Holbæk Sygehus, formand
for Dansk Hypertensionsselskab*



Stauings Plads 1-3
1790 København V

Tlf.: 46 97 26 26
www.foa.dk