FOA – FAG OG ARBEJDE

Sammenfatninger, analyser og anbefalinger
fra FOAs sundhedspolitiske udspil

Sundhed for alle

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

www.foa.dk/sundhedforalle

Indholdsfortegnelse

Side 4	**FOAs sundhedspolitiske udspil**
Side 6	**1. Ulighed i danskernes sundhed**
Side 14	**2. FOA-medlemmernes sundhed**
Side 19	**3. Bedre sundhed i hverdagen for borgere og medarbejdere**
Side 23	**4. Privat sundhed er ulige sundhed**
Side 28	**5. FOAs psykiatripolitiske udspil**
Side 32	**6. Sygehuskrisen 2010**
Side 38	**7. Sundhedsfremme**
Side 41	**8. Medicinske patienter**
Side 44	**9. Forebyggelse for børn og unge**
Side 49	**10. Baggrund**

FOAs sundhedspolitiske udspil

Den enkelte danskers sundhed, den brede befolknings sundhedstilstand og frem for alt uligheden i danskernes sundhed er i centrum i en række pjecer, som FOA ugiver i efteråret 2010. Som forbund med mange offentlige ansatte i kommuner og regioner ønsker vi at være med til at sætte dagsordenen for den politiske debat om det danske sundhedsvæsen – både når det gælder forskellige sundhedsfaglige områder, og når det gælder økonomien i væsenet.

På tværs af køn, alder, indkomst og politisk ståsted er sundhed blevet et stadigt vigtigere element i befolkningens opfattelse af livskvalitet. Sundhed optager os også mest, når vi i undersøgelser bliver spurgt om de store velfærdsområder.

Men sundheden er skævt fordelt. De bedst stillede i samfundet lever længere, de har større chancer for at overleve efter behandlinger, og de rammes i mindre grad af de store folkesygdomme som kræft og hjerte- og karsygdomme.

Samtidig vokser antallet af danskere med sundhedsforsikringer. Det er de bedre stillede og dem med fast tilknytning til arbejdsmarkedet, der er forsikrede gennem deres virksomheder, og de benytter det til at springe køerne i det offentlige over. Der er således allerede opstået et stort, skattebegunstiget mindretal, som sammen med mange veluddannede udgør en del af det sundhedsmæssige A-hold.

FOAs medlemmer er hver dag i kontakt med mange danskere, både i ældreplejen, i institutioner for børn og unge og på sygehusene. FOAs medlemmer kan yde et bidrag til at rette op på skævhederne i den danske sundhed. Målet med FOAs sundhedspolitiske udspil er at sætte ulighed i sundheden på dagsordenen, komme med forslag, som bringer FOAs medlemmer i spil som en del af løsningen, og som også er med til at sætte sundhed på dagsordenen for vores egne medlemmer uden for mange løftede pegefingre.

FOAs sundhedspolitiske udspil består af 6 særskilte pjecer – plus denne sammenfatning - som hver på deres måde har fokus på en række uligheder i det danske sundhedsvæsen. Pjecerne, deres særlige temaer og de tilknyttede anbefalinger og forslag må ikke opfattes som udtømmende svar på udfordringerne i det danske sundhedsvæsen. De er alle et led i en langt større debat.

Temaerne i FOAs sundhedspolitiske udspil er: Ulighed i danskernes sundhed, FOA-medlemmernes sundhed, Ideer til bedre sundhed for medarbejdere og borgere, Privat sundhed, Psykiatri, Styring af sygehusenes økonomi, Sundhedsfremme og overenskomst, Det medicinske område på hospitalerne og Forebyggelse for børn og unge.

De fleste af FOAs udspil bygger på forskellige forskerrapporter. Disse rapporter, som ligger til grund for vores anbefalinger, kan hentes på www.foa.dk/sundhedforalle

God debatlyst
Dennis Kristensen

1. Ulighed i danskernes sundhed

Sundhedsmedierne Aps har for FOA sammenfattet de væsentligste rapporter og undersøgelser om ulighed i sundhed. Det har de gjort i "Rapport om ulighed i danskernes sundhed".

Rapporten indeholder derudover interviews med 8 lægefaglige eksperter, som giver deres bud på årsagerne til ulighed i sundhed, og hvad man bør gøre ved denne ulighed.

Rapporten er den første af sin slags herhjemme. Den tegner et klart billede af, at den eneste vej til større lighed i danskernes sundhed er forebyggelse. Bedre forebyggelse og mere målrettet forebyggelse, især over for de svage i samfundet. Det skal ses i lyset af, at udgifterne til forebyggelse ifølge *Sundhedsmedierne Aps* i dag kun udgør omkring 5 procent af de samlede sundhedsudgifter.

Rapporten dokumenterer, at sundheden i Danmark er ulige fordelt. Jo højere oppe man er på den sociale rangstige, jo længere lever man i forhold til dem, der står lidt længere nede på stigen.

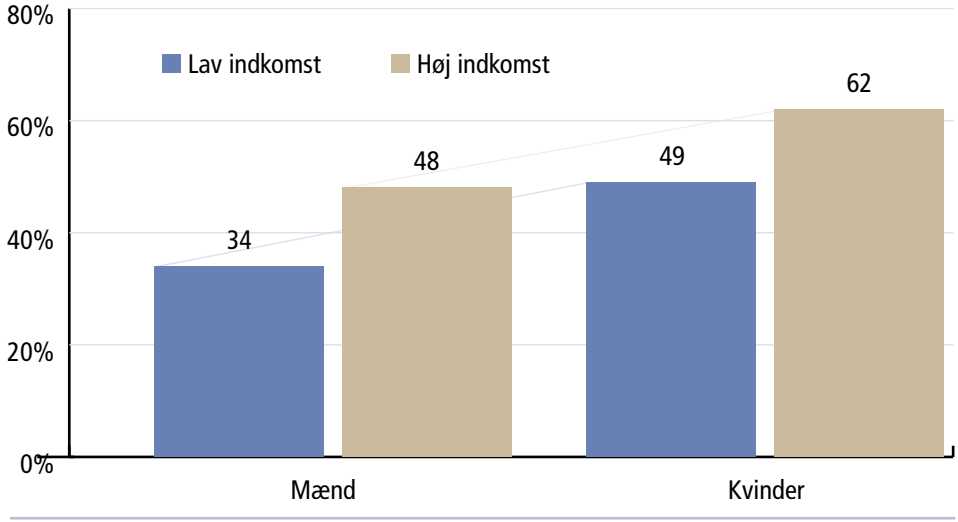
Samtidig er der flere folk med kort uddannelse, der dør af de store folkesygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme end folk med høj uddannelse.
Og chancerne for at overleve farlige sygdomme hænger sammen med folks indtægt.

Rapporten indeholder også en række bud på, hvad der bør gøres for at rette op på uligheden i sundhed.

Konkrete undersøgelsesresultater

En undersøgelse fra 2009 har gennemgået alle danskere i den erhvervsaktive alder, som fik konstateret kræft i perioden 1994 til 2003, og som har overlevet 5 år efter, at de har fået konstateret kræft. Blandt mænd med lav indkomst levede 34 procent 5 år efter. Blandt mænd med høj indkomst levede 48 procent 5 år efter. Også blandt kvinder har indkomst stor betydning for, hvor længe man overlever kræft. 49 procent af kvinder med kræft og lav indkomst overlevede ifølge undersøgelsen 5 år efter. Blandt kvinder med høj indkomst overlevede 62 procent 5 år efter, de havde fået konstateret kræft. Undersøgelsen kan ikke konstatere nogen behandlingsulighed som årsag. *Sundhedsmedierne Aps* peger på livsstil som den primære årsag til uligheden.

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



Kilde: Sundhedsmedierne, "Rapport om ulighed i danskernes sundhed" for FOA, juli 2010. CANULI

De fleste af de store folkesygdomme som kræft, diabetes, hjerte-kar-sygdomme, og rygerlunger (KOL) synes at kunne relateres til et lavt uddannelsesniveau.

Hver gang, der dør 100 mænd af kræft med høj uddannelse, så dør der 129 mænd med mellemlang uddannelse og 137 med lav uddannelse. Tilsvarende dør der 109 kvinder med mellemlang uddannelse og 122 med lav uddannelse, hver gang der dør 100 kvinder med høj uddannelse. Inden for flere andre sygdomme slår tendensen endnu stærkere igennem. F.eks. for folk med rygerlunger eller hjerte-kar-sygdomme.

Sundhedsmedierne Aps siger i deres rapport, at det ikke er forskelle i selve behandlingerne, der kan forklare forskellene, men derimod primært livsstil.

Jo længere uddannelse, jo længere og bedre levetid

Danske mænd bliver i gennemsnit 76,5 år. Kvinderne bliver knap 81 år.[1] Og vi er igennem mange år blevet ældre. Men danskernes middellevetid er et stykke under de lande, vi ellers sammenligner os med. Middellevetiden blandt mænd i Sverige er 2,5 år højere end i Danmark, mens norske mænds middellevetid ligger 1,9 år højere end danske mænds. For kvinderne ligger Sverige 2,3 år højere og Norge 2,4 år højere.

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

[1] Danmarks Statistik 2010.

Statens Institut for Folkesundhed gennemførte i 2006 en undersøgelse, som viste, at 30-årige mænd kan forvente at leve yderligere i 45,2 år og blive 75,2 år gamle, mens 30-årige kvinder, kunne forvente at blive 79,6 år.

Hvis man trækker år med sygdom og dårligt helbred fra, så kan 30-årige mænd og kvinder se frem til henholdsvis 40,1 og 41,9 "kvalitetsjusterede" gode leveår.

Undersøgelsen viste, at der er markante sociale forskelle i forventet restlevetid og kvalitetsjusteret restlevetid, når man ser på uddannelsesniveau. Således kan en 30-årig mand med et højt uddannelsesniveau forvente at leve 4,3 år længere end en 30-årig mand med et lavt uddannelsesniveau. For kvinder er forskellen 2,7 år.

De 30-årige lavtuddannede mænd kunne forvente 5,7 år færre gode, kvalitetsjusterede leveår end højtuddannede mænd. Og de lavtuddannede kvinder kunne forvente 5 år færre gode, kvalitetsjusterede leveår end de højtuddannede kvinder. Undersøgelsen viste, at indsatsen for at forbedre levevilkår og levevaner blandt de socialt dårligst stillede er yderst vigtig.

Rygning har især stor betydning for både tabte leveår og kvaliteten i de færre år, man lever.

Restlevetiden for en 30-årig i forhold til uddannelse

Køn	Uddannelse	Forventet restlevetid år	QALY - Kvalitets-justeret restlevetid år
Mænd	Højt	47,8	43,3
	Mellem	45,5	40,3
	Lavt	43,5	37,6
	Alle	45,2	40,1
Kvinder	Højt	51,3	44,7
	Mellem	50,4	42,3
	Lavt	48,6	39,7
	Alle	49,6	41,9

Kilde: Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006[2]

[2] Lavtuddannede omfatter personer med højst 10 års skolegang evt. suppleret med uddannelse svarende til basisår på efg eller HG. Mellemniveauet udgøres af dem, der har studenter- eller hf-eksamen eller en faglig uddannelse, mens de højtuddannede omfatter personer med kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse.

Højt uddannede lever længere og vinder mere af den ekstra levetid

Uligheden i middellevetiden er vokset. Det viser en undersøgelse fra AE-Rådet fra 2006. Mens de lavt uddannede mænd i en tiårs periode har haft en stigning på 2,2 år, har de veluddannede haft en stigning på 2,7-2,9 år. Altså har veluddannede mænd fået 0,5-0,7 år mere end lavt uddannede mænd. Forskellen for kvinder er endnu mere udtalt, så de allerbedst uddannede har fået 0,8 år længere levetid end de lavt uddannede.

Ser man særskilt på FOAs medlemmer, viser en anden undersøgelse, som AE-Rådet lavede for FOA i 2007, at FOA-medlemmernes levetid ligger på niveau med andre LO'ere. I forhold til alle a-kassemedlemmer under ét ligger FOA-kvinderne dog 0,5 år lavere og mændene 1,2 år lavere i levetid. Undersøgelsen viste også, at FOA-medlemmerne i en tiårs periode nogenlunde fulgte med den gennemsnitlige ekstra levetid, selvom de kun fik i underkanten af ekstra levetid i forhold til gennemsnittet.[3]

[3] I perioden fra 1996 til 2005 er den forventede restlevetid for 30-årige mænd og kvinder steget med henholdsvis 2,7 år og 1,9 år. FOA-mændene har fået 1,7 ekstra år, FOA-kvinderne 1,5 ekstra år. Der er usikkerhed om tallene for mændene, da der er ret få FOA-mænd i undersøgelsen.

Anbefalinger

På baggrund af *Sundhedsmedierne Aps*' rapport er her FOAs bud på, hvad der kan være med til at løse uligheden i danskernes sundhed.

- **Sundhedsvæsenet skal kompensere for den sociale ulighed i danskernes sundhed**
  Der skal arbejdes for større lighed i sundheden ved at behandle borgerne forskelligt. Uligheden i danskernes sundhed består især i ulige vilkår for forebyggelse og undgåelse af sygdom. Det danske sundhedsvæsen kompenserer ikke for den ulighed.

- **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.

- **Sundhedsvæsenets succes skal ikke længere måles i antallet af behandlinger**
  Det er antallet af undgåede behandlinger, der bør være succeskriteriet.

- **Langt flere penge skal gå til forebyggelse**
  Forebyggelsestiltag koster kun en mindre procentdel af de samlede sundhedsudgifter.

- **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, så de store livsvilkårssygdomme ikke grundlægges allerede i barndommen. Konkret foreslår FOA

bl.a. gratis sund kost til alle børn i dagtilbud og i folkeskole, og at der afsættes ressourcer til, at alle børn i folkeskolen er fysisk aktive mindst en time om dagen.

- **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. Når patienten kommer i behandling, skal der, uanset sygdommens karakter, sikres "pakkeforløb" og et bredt syn på patientens helbredstilstand.

- **Der skal tænkes i opgaveglidning**
  Sundhedsvæsenet kommer til at mangle personale de kommende år, og opgaveglidning er derfor nødvendigt.

- **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.

- **Skattefradrag for sundhedsforsikringer skal fjernes**
  Sundhedsforsikringerne øger uligheden, og de bør ikke længere være mulige for arbejdsgiverne at trække fra.

2. FOA-medlemmernes sundhed

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har for FOA gennemført en undersøgelse af FOA-medlemmernes sundhed. Undersøgelsen består af folks egne svar i de store danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser, som gennemføres omkring hvert femte år, hvor et stort udsnit af danskerne svarer på spørgsmål om deres helbred. Derudover består undersøgelsen af en opgørelse over medlemmernes kontakt til sundhedsvæsenet (læge og hospital).

I alt indgår svar fra 1.737 FOA-medlemmer. Undersøgelsen er opdelt på svar for de enkelte sektorer i FOA.

FOA-medlemmernes svar sammenlignes i undersøgelsen med svarene fra kvinder og mænd, der ligger på det niveau, der hedder "lønmodtager på grundniveau". Derudover kan man sammenligne resultaterne med, hvad alle kvinder og mænd fra Danmark svarer i rapporten.

På baggrund af SIFs undersøgelse kan man i korte træk konkludere følgende:

- FOAs kvinder siger selv, at de har et godt helbred. FOA-mændene halter efter
- FOAs medlemmer ryger mere end gennemsnittet
- FOAs kvindelige medlemmer drikker mindre end andre
- FOAs medlemmer er i højere grad overvægtige end andre
- FOAs kvinder har mere fysisk anstrengende arbejde i forhold til andre kvinder
- Langvarig sygdom er mere udbredt blandt mænd i Teknik- og Servicesektoren i FOA end blandt andre mænd
- FOAs kvinder har mere langvarigt sygefravær end andre kvinder
- FOA-mændene bruger mere medicin end andre mænd

- Sociale relationer – FOA-mændene er oftere uønsket alene
- Følelsesmæssigt belastende situationer er mere udbredt blandt FOAs medlemmer
- FOA-kvinderne har mange tunge løft, de har dårlige arbejdsstillinger og er især i den pædagogiske sektor udsat for støj
- Besøg hos praktiserende læge – FOA-mændene går lidt oftere til lægen end andre mænd
- Indlæggelser på hospitalet – både FOAs kvinder og især FOAs mænd er oftere indlagt på hospitalet end andre

Undersøgelsen dokumenterer, at FOAs medlemmer på nogle punkter ligger over gennemsnittet – både hvad angår rygning og overvægt. Undersøgelsen dokumenterer også, at der er helbredsproblemer blandt FOAs mænd.
Og FOAs medlemmer er også oftere indlagt på hospitalet end andre.
Dertil kommer, at både det fysiske og psykiske arbejdsmiljø adskiller sig for FOAs medlemmer i forhold til andre danskere, især hvad angår fysisk anstrengende arbejde, tunge løft m.m.

FOAs medlemmer oplever i højere grad end andre følelsesmæssigt belastende situationer.
Mange af FOAs medlemmer har endvidere skiftende arbejdstider, hvilket bl.a. kan gøre det sværere at se venner og familie. Skiftende arbejdstider, og herunder natarbejde, kan også have en række helbredsmæssige konsekvenser. Eksempelvis ved vi, at skiftende arbejdstider betyder at man får større behov for hvile og restitution end fast dagarbejde. Skiftende arbejdstider kan giver træthed, manglende koncentration, engagement og aktivitetsniveau samt øge risikoen for infektioner.

Lange arbejdstider og korte søvnperioder kan også øge risikoen for bl.a. hjerte-kar-problemer.

Udspillet med 70 ideer til bedre sundhed i hverdagen for borgere og medarbejdere skal ses i sammenhæng med undersøgelsen af FOA-medlemmernes sundhed. De mange ideer har til formål både at hjælpe borgerne til et sundere liv, men også at inspirere FOAs medlemmer til selv at leve et sundere liv, samtidig med, at de hjælper andre.

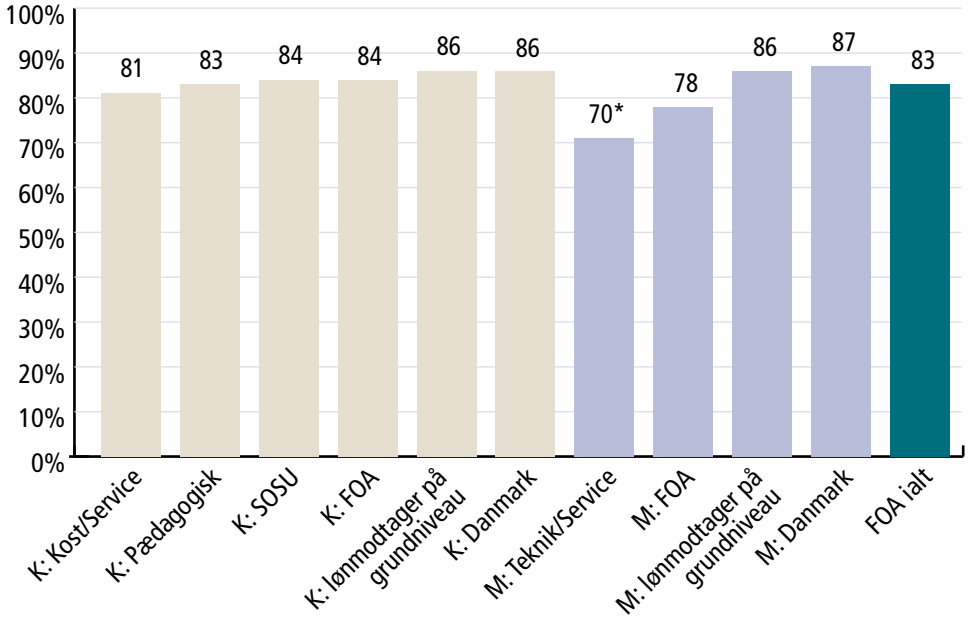
Rygning: *Rygning anses for at være den mest afgørende faktor for danskernes lave middellevetid. Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, hvor først og fremmest lungekræft, hjerte-kar-sygdomme samt kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er de dominerende. I Danmark er rygning en medvirkende faktor til knap 14.000 dødsfald om året, hvilket svarer til hvert fjerde dødsfald. Beregninger har vist, at rygere lever 7-10 år kortere end aldrig-rygere. Der ses en tendens til, at antallet af danske dagligrygere har været faldende gennem en årrække. Dog er andelen af rygere i Danmark stadig større end gennemsnittet i andre nordiske lande.*

Kilde: "Sundhedstilstanden blandt FOA medlemmer", SIF 2010

Overvægt: *Andelen af svært overvægtige udgør et stadig stigende folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden. Svær overvægt øger risikoen for en lang række af de store folkesygdomme som hjerte-kar-sygdomme, type 2 diabetes, forhøjet blodtryk og belastningslidelser i bevægeapparatet. Der findes en arvelig disposition for fedme, men den stigende andel af svært overvægtige i den danske befolkning må først og fremmest sættes i relation til det faldende fysiske aktivitetsniveau og til det stigende fedtindhold i kosten.*

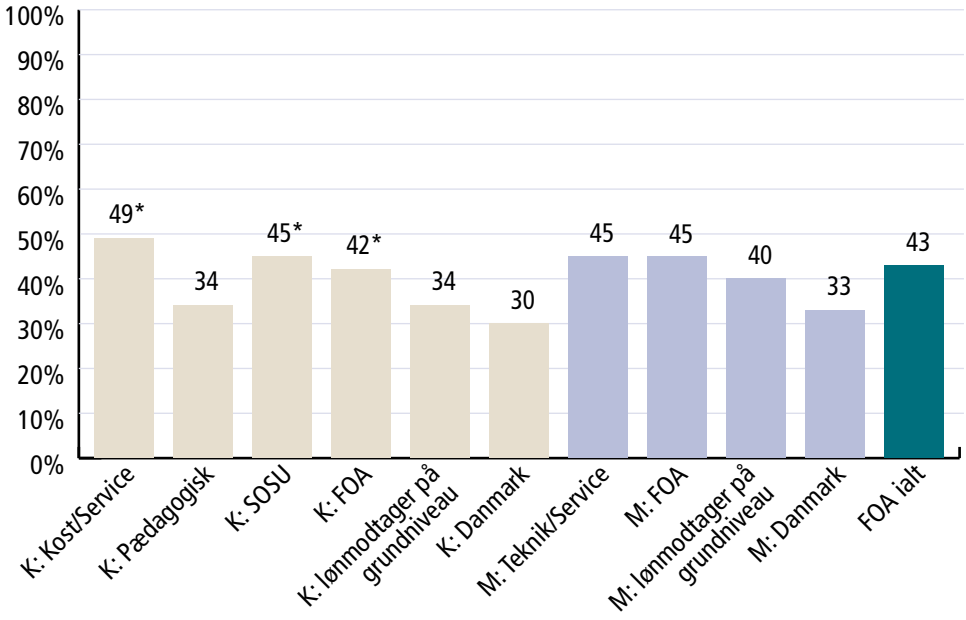
Kilde: "Sundhedstilstanden blandt FOA medlemmer", SIF 2010

Andel med virkelig godt eller godt selvvurderet helbred. FOAs medlemmer. Procent



Kilde: "Sundhedstilstanden blandt FOA medlemmer", SIF 2010
K = kvinde, M = mand.
* betyder, at forskellen er statistisk forskellig fra kontrolgruppen "lønmodtager på grundniveau" når der er tages højde for aldersforskelle
Blandt 16-64 årige erhvervsaktive. Gennemsnit for årene 2000 og 2005. Opgjort i procent.

Andel af dagligrygere. FOAs medlemmer. Opgjort i procent



Kilde: "Sundhedstilstanden blandt FOA medlemmer", SIF 2010
K = kvinde, M= mand
* betyder, at forskellen er statistisk forskellig fra kontrolgruppen "lønmodtager på grundniveau" når der er tages højde for aldersforskelle
Blandt 16-64 årige erhvervsaktive. Gennemsnit for årene 2000 og 2005. Opgjort i procent.

3. Bedre sundhed i hverdagen for borgere og medarbejdere
– 70 ideer udarbejdet af FOA og PenSam

FOAs medlemmer er frontfigurer i de danske velfærdstilbud, og de er med til at sikre andres sundhed.

Sundhedsdebatten raser og stiller krav til den enkelte om ansvar for egen sundhed. Sundhedskampagnerne appellerer ikke til alle borgere og kan være medvirkende til at skabe og styrke uligheden i sundhed, da det hovedsageligt er de ressourcestærke, der efterlever dem.

FOAs udgangspunkt er, at velfærdsarbejdspladserne er centrale for ændring af livsstil for både medarbejdere og borgere. FOAs medlemmer arbejder bl.a. på plejecentre, i dagtilbud, skoler og sygehuse og er hver dag i kontakt med ældre, forældre, patienter og elever. Det betyder, at de rammer, der er for arbejdet på velfærdsarbejdspladserne og det arbejde, der udføres er helt afgørende for udviklingen af sundhed.

Derfor stiller vi skarpt på de muligheder, FOAs medlemmer har og skal have i hverdagen – for at fremme sundheden for de borgere, de dagligt er i kontakt med. Idékataloget giver bud på, hvordan sundhed kan blive forbedret for medarbejdere og borgere. Kataloget præsenterer en lang række forslag til handlinger – stort og småt – der vil forbedre og styrke ligheden i danskernes sundhed.

Dette oplæg leverer nogle svar på, hvad man kan gøre for at rette op på den ulighed, der i dag er i sundheden, ved at sætte ind over for dem, der har brug for

det. Samtidig ved vi fra en række andre undersøgelser, at der blandt FOAs egne medlemmer er en del, der vejer mere end gennemsnittet og ryger for meget.

Med ideerne går vi på 2 ben:

1. **FOA vil styrke sundheden for borgerne og sætte ind over for uligheden i sundhed**

2. **FOA vil styrke medarbejdernes eget fokus på sundhed.**

Det er FOAs erfaring, at en indsats og fælles initiativer på arbejdspladsen i forhold til borgernes sundhed også får betydning for medarbejdernes viden, holdninger og handlinger omkring egen og familiens sundhed. FOA har erfaring med, at FOAs medlemmer gennem opkvalificering, i forhold til at styrke borgernes sundhed gennem viden om kost, motion og træning, bruger den nye viden og læring til at ændre egne vaner – og helst i fællesskab med kollegaerne.

Forandringer kræver handling, og handlingerne skal foregå på alle niveauer. De skal foregå i relationen mellem FOA-medlemmet og borgeren. De skal foregå på arbejdspladsen mellem kolleger, og de skal foregå mellem ledere og ansatte samt mellem borgere og politikere. Det kræver ændringer i rammer, ændringer i kultur, lyst til at arbejde med sundhed samt en række ideer, som dem vi foreslår her.

Der skal være fokus på den gode historie om, at "FOA-medlemmerne giver et omsorgsfuldt KLEM." Medlemmerne leverer allerede velfærdsydelser og er en succesfuld del af den danske velfærd. Vi skal have startet en positiv spiral ved at fokusere på det, der allerede fungerer.

70 ideer

FOA har i løbet af foråret 2010 – på faggruppelandsmøder, ungdoms- og elevaktiviteter, i en workshop om ulighed i sundhed med 11 eksperter, og gennem et idéværksted med knap 20 FOA-medlemmer - indsamlet en lang række ideer til, hvilke handlinger, der kan iværksættes til at forbedre sundheden for medlemmerne og de borgere, de arbejder med i hverdagen.

Ideerne kommer bredt rundt – man kan sige, at vi har ruter med ideer, der breder sig ud og rundt – og en række stier og spor.

Det er FOAs håb, at ideerne vil blive taget op og udviklet på de enkelte arbejdspladser.

De 70 ideer er samlet i 7 "ruter":

Idéer og anbefalinger

- **1 Sunde og udviklende arbejdspladser**
  Bl.a. plads til at fastholde nedslidte kolleger, indflydelse på egen arbejdstid mv.

- **2 Aftaler og politikker skal understøtte indsatsen**
  Forebyggelse skal tænkes bredt ind i kommunernes og regionernes arbejde mv.

- **3 Sundhedsformidlere**
  Ildsjæle skal fremme sundheden og uddannes i at hjælpe borgere og kolleger til sundere kost og motion mv. Hygiejne
  tænkes også med.

- **4 Aktivitetsildsjæle**
  Medarbejdere og borgere arbejder sammen om opgaverne, f.eks. i ældreplejen, men også de små kan hjælpe til i dagtilbud.

- **5 Motion og bevægelse i hverdagen**
  Motionsbaner ved institutioner og skoler. Kollega-motionshold mv.

- **6 Kost er ikke bare mad, det er også socialt fællesskab**
  Borgere og køkkenpersonale kan f.eks. lave mad sammen. Sund kost til alle medarbejdere. Kompetenceudvikling om sund kost til med-arbejderne, så de kan vejlede andre om det mv.

- **7 Mindre rygning**
  Gør det mere besværligt at komme til at ryge. Uddannet rygestop-instruktør på alle arbejdspladser mv.

4. Privat sundhed er ulige sundhed

Der er sket en markant udvikling på sundhedsområdet siden 2001. Sundhedsområdet er generelt set blevet langt mere markedsgjort i løbet af de seneste år. Princippet om "Fri og lige adgang til sundhedsydelser" i Danmark er under pres.

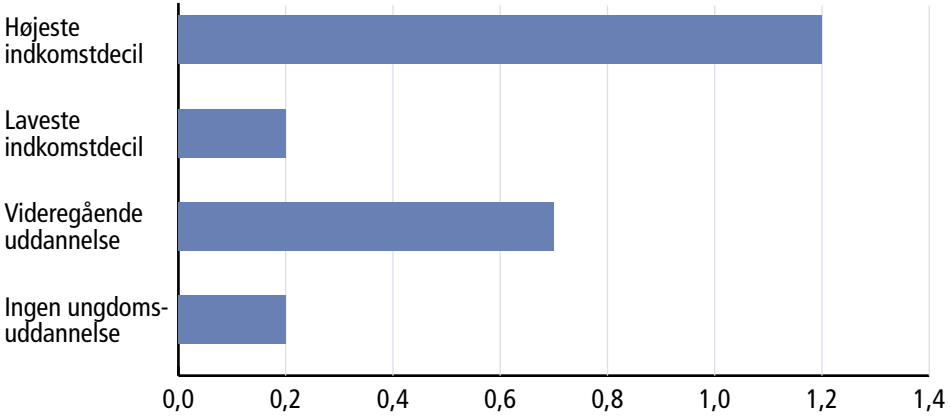
- Der er indført skattefordele for private sundhedsforsikringer, og antallet af private sundhedsforsikringer er steget kraftigt.

- Det frie valg er udvidet på sundhedsområdet, så man kan vælge privathospital, hvis ventetiden er mere end 1 måned. De private sygehuse overtager en voksende del af behandlingerne.

- De offentlige sygehuse bliver styret stramt på aktiviteten. De private sygehuse får ekstra betaling fra det offentlige, når der kommer ekstra patienter som følge af det frie sygehusvalg. Men de offentlige hospitaler har stramme økonomiske rammer.

De skattebegunstigede, arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer og det udvidede frie sygehusvalg har været med til at øge uligheden i det danske sundhedsvæsen. Det er i høj grad de bedst stillede, der har sundhedsforsikringer. Og det er dem, der også oftest behandles på de private sygehuse med en sundhedsforsikring i baglommen.

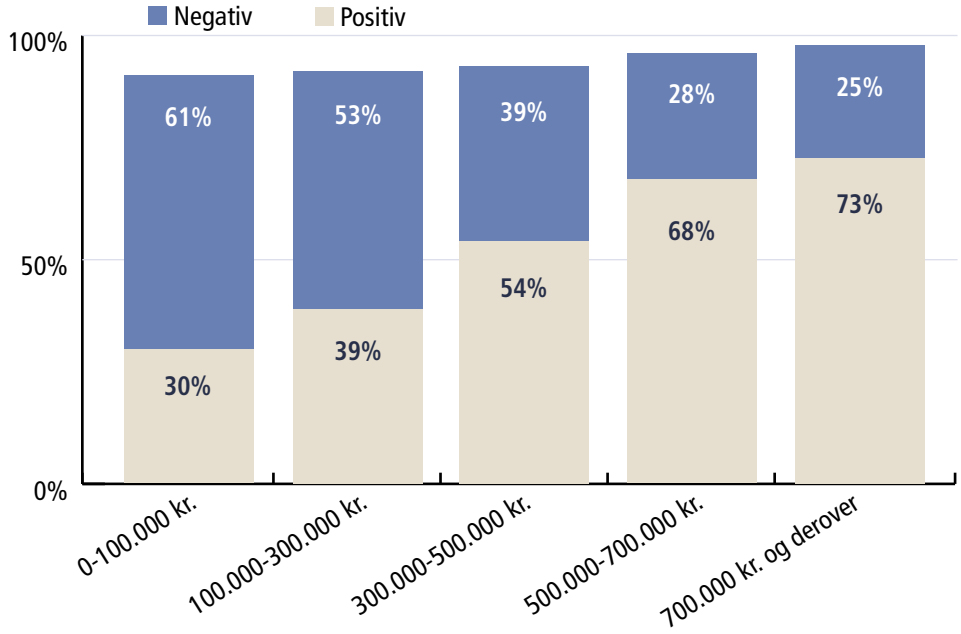
Dem der tjener bedst kommer mest på privathospital med sundhedsforsikring



Procentvis behandlede på privathospitaler betalt via sundhedsforsikring ud af alle behandlinger. Kilde: AE-rådet, 28. april 2008 (Decil er 10 procent. Dvs. "højeste indkomstdecil" svarer til de 10 procent rigeste i Danmark).

Dertil kommer, at det er de mest velstillede, som tilsyneladende også nyder bedst af det udvidede frie sygehusvalg, da de i højere grad bliver behandlet på privathospitaler på det offentliges regning end de fattige.
Samtidig dokumenterer gennemgangen, at danskerne er meget splittede i spørgsmålet om det ønskværdige i at have sundhedsforsikringer, hvor man kan springe køen over.

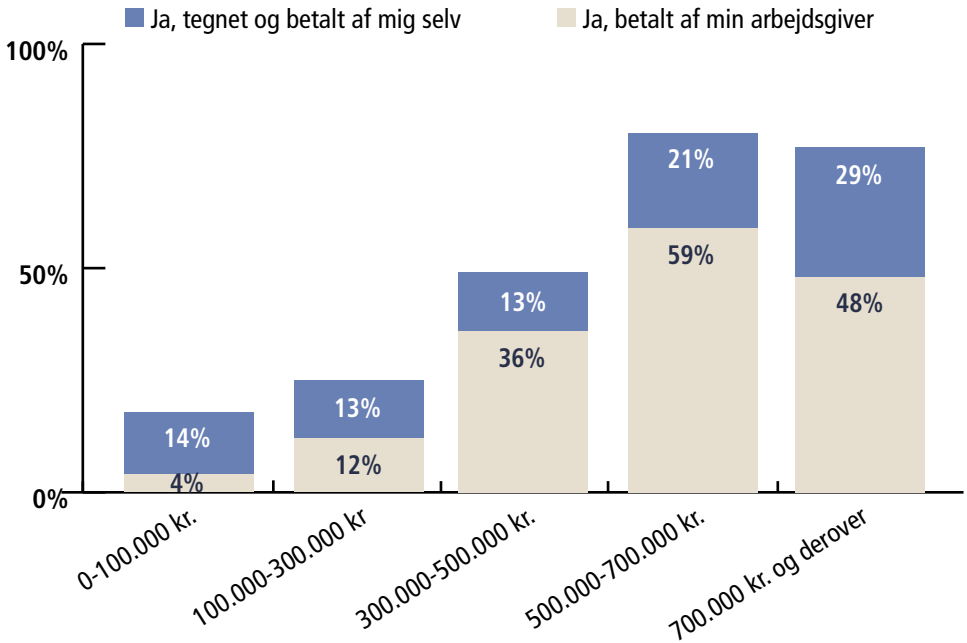
Jo rigere man er, jo mere positiv er man over for, at man med en sundheds-forsikring kan springe køen over



Svar på spm: "Hvad synes du om, at man med en privat sundhedsforsikring kan få hurtigere behandling end folk uden en privat sundhedsforsikring?"
Kilde: Gallup for FOA. Ved ikke-svar indgår ikke i opgørelsen (ml. 2 og 9 pct.).

De mest velstillede er dem, der især har sundhedsforsikringer, og de synes, det er fint. De dårligst stillede har ikke og de synes ikke, det er i orden, at man kan springe køen over. Det viser, at der er ved at ske et brud på solidariteten i velfærds-ydelserne, hvor de bedst stillede taler for, at man skal kunne springe køen over med en sundhedsforsikring.

Jo højere indkomst – jo flere har sundhedsforsikring



Spm: Har du selv en sundhedsforsikring?
Kilde: Gallup for FOA 2010.

Prisen for denne markedsgørelse er en underminering af det fælles, skattefinansierede sundhedsvæsen med fri og lige adgang til sundhedsydelser.
Det skaber en skævvridning af sundhedsydelser til fordel for privat ansatte med høj indkomst og med sundhedsforsikringer. Samtidig er både sundhedsforsikringerne og behandlingsgarantien med til at flytte opgaver fra det fælles offentlige regi over til private hospitaler, der selv vælger, hvilke opgaver de ønsker at tjene penge på, og hvilke opgaver, der ikke kan tjenes penge på - og derfor forbliver i offentligt regi.

Anbefalinger

Det er vigtigt, at der sker et opgør med denne udvikling, så der ikke bliver et A- og et B-hold i sundheden, hvor indkomst og uddannelse er afgørende for, om man kan få en ordentlig behandling.

På den baggrund anbefaler FOA:

- Stop skattefriholdelsen af de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Skattefriholdelsen har ingen gavnlige effekter, men er en indirekte statsstøtte til privat behandling, hvor staten går glip af væsentlige skatteindtægter. Ordningen bidrager til ulighed i sundhedsvæsenet, fordi forsikrede får mulighed for at springe ventelisterne over.

- Det nuværende frie sygehusvalg skal ændres, så alle ikke bare kan vælge et privat tilbud, hvis der er en måneds ventetid. Vi vil have en ny optimal behandlingsgaranti med kort ventetid for alvorlige sygdomme og lidt længere for mindre alvorlige sygdomme. På den måde får de offentlige hospitaler mulighed for at følge med.

5. FOAs psykiatripolitiske udspil med 9 bud på en bedre psykiatri

FOA har formuleret 9 bud på, hvad der skal til for at gøre psykiatrien bedre for de psykisk syge og samtidig sikre en bedre arbejdsplads for de ansatte. Psykiatrien er et sted, hvor en stor del af samfundets svageste bør få den hjælp de har behov for.

Psykiatrien har i en årrække levet et lidt stille liv. Det er der mange forklaringer på. En af dem er, at psykiatrien i stor udstrækning er tabu-belagt. Selvom der er kommet større åbenhed omkring psykiske sygdomme, er der stadig lang vej endnu til at omtale psykiske lidelser, som man omtaler brækkede ben eller migræne.

FOAs udspil tager udgangspunkt i hverdagen. Hverdagen for de psykisk syge og for de medarbejdere, der har deres daglige arbejde i psykiatrien.

I efteråret 2009 holdt FOA en PsykiatriCamp med beslutningstagere og eksperter fra området. De satte sig sammen og kom med en række ideer til, hvordan der kan rettes op på psykiatrien. På den baggrund har FOA udarbejdet 9 bud på en bedre psykiatri:

Anbefalinger

- **Børn af psykisk syge skal have chancen for at være børn**
  FOA foreslår bl.a. konkret, at der skal indføres faste procedurer, så man sikrer, at der tages hånd om sindslidendes børn i forbindelse med akut-indlæggelser.

- **Tidlig og sammenhængende indsats over for børn**
  FOA foreslår bl.a., at der oprettes børneteams, som bygger bro mellem dem, der arbejder med børn med psykiske vanskeligheder

- **Unge psykisk syge skal mødes og hjælpes i øjenhøjde**
  FOA foreslår bl.a., at der oprettes en "hotline" - '1608' - som rettes mod de unge i aldersgruppen 15-23 år samt de unges netværk – andre unge og familien, og som er åben, når andre har lukket.

- **Vi skal gøre op med holdningen *Én gang syg altid syg***
  FOA foreslår bl.a., at der arbejdes med projekter under overskriften "Arbejdspladsen for alle" for at sikre psykisk syge en fastere tilknytning til arbejdsmarkedet.

- **Psykisk syge ældre har krav på særlig opmærksomhed**
  Psykiatri skal prioriteres i vores ældresektor, så ældre kan få den korrekte behandling i ældresektoren. Frontmedarbejdere i kommuner skal have et fagligt kompetenceløft.

- **Bedre sammenhæng mellem systemerne inden for psykiatrien**
  Der er alt for mange usammenhængende forløb mellem kommunerne og regionerne. Det skal der rettes op på. Sundhedsaftalerne skal være mere forpligtende, og samarbejdet på tværs skal styrkes.

- **Styrk og udnyt medarbejdernes faglige ressourcer**
  FOA foreslår bl.a. mere fleksibel opgavevaretagelse og bedre efteruddannelsestilbud for social- og sundhedsassistenterne.

- **Skab sammenhæng mellem arbejdsopgaver og ressourcer**
  Psykiatrien er økonomisk trængt, og det er væsentligt, at der laves en langsigtet strategi, eksempelvis så psykiatrien ikke er afhængig af satspuljeforligene.

- **På vej mod en sikker arbejdsplads**
  Der udarbejdes principper for normeringsmodeller, som tager højde for sikkerheds-/tryghedselementet for personalet. Således at der altid er personale nok til at kunne håndtere vanskelige situationer, f.eks. om natten.

Vigtige temaer i FOAs psykiatripolitiske udspil

Ud af de mange konkrete forslag i FOAs psykiatripolitiske udspil er det især vigtigt at holde fokus på at sikre sammenhængen mellem systemerne inden for psykiatrien, så borgerne ikke oplever at være kastebolde.

Det er også vigtigt, at der tages hånd om børnene af psykisk syge og de unge med psykiske problemer. Og der ligger en væsentlig opgave i fremtiden med at sætte ind over for ældre med psykiske problemer. Her skal personalet i ældreplejen geares til at kunne sætte ordentlig ind. Og så skal der gøres noget markant ved sikkerheden for de ansatte, der arbejder i psykiatrien.

6. Sygehuskrisen 2010

Debatpjece udgivet af Sundhedskartellet, FAS, YL, HK/Kommunal og FOA.
Aktiviteten på landets sygehuse var i 2009 meget høj, helt oppe omkring 8-10 procent større end året før. Men i stedet for et klap på skulderen fik de ansatte en fyreseddel i hånden, da de kom ind i 2010. Foreløbigt er over 2000 stillinger nedlagt og 500 fyret siden nytår. Alt sammen på grund af en budgetoverskridelse på 1,1 procent.

De 5 faglige organisationer på sygehusområdet har i fællesskab bedt Dansk Sundhedsinstitut (DSI) om at kortlægge den eksisterende viden om styringsmekanismerne i sygehusvæsenet. Kortlægningen foreligger i rapporten "Økonomi og styring i sygehusvæsenet" (DSI maj 2010).

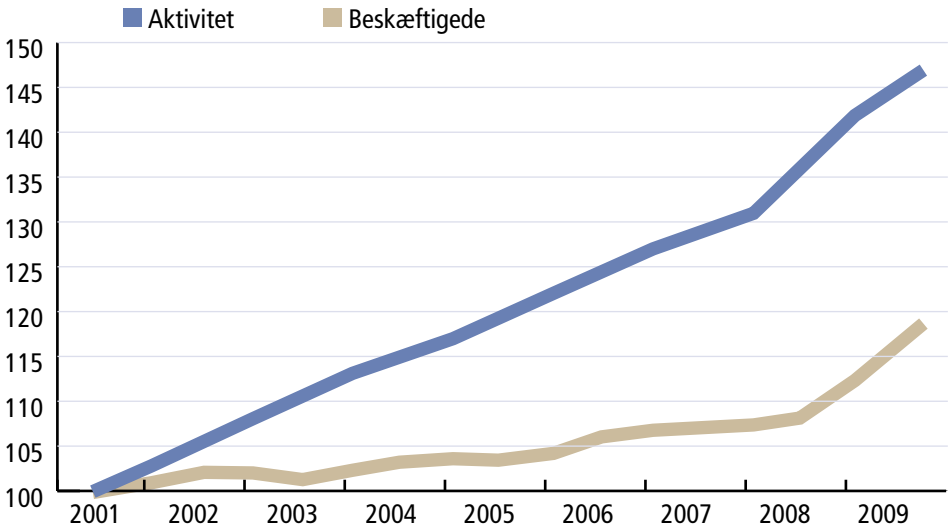
På baggrund af rapporten har de faglige organisationer udarbejdet pjecen "Sygehuskrisen 2010 – Hvordan undgår vi nye kriser i fremtiden?", hvor hovedkonklusionerne fra DSI-rapporten udbygges med en række anbefalinger fra de fem faglige organisationer.

Opgørelsen nedenfor viser, at der er blevet ansat flere på sygehusene siden 2001. Men i dag varetager 77 mennesker de opgaver, som blev varetaget af 100 i 2001.

Produktionen er højere end indtægterne

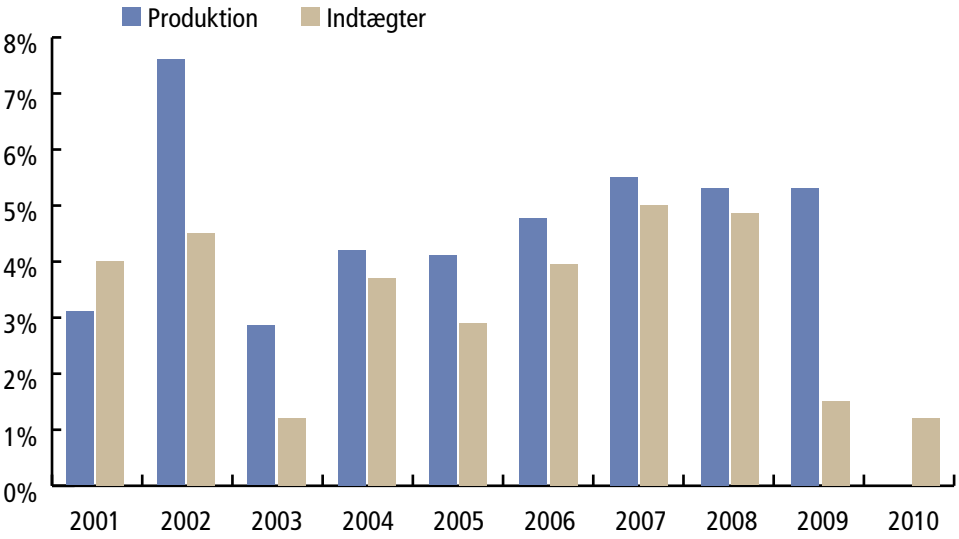
DSI's rapport viser, at regionernes indtægter til at drive landets sygehuse konsekvent har ligget lavere end den produktion, der rent faktisk er foregået. Der har altså været tale om produktivitetsforbedringer hvert år de sidste mange år.

Aktivitets- og beskæftigelsesvækst 2001-2009, index (2001=100)



Note: Aktivitetsopgørelsen er den samlede produktion i året opgjort i DRG-værdi. Aktivitetsvækst for 2009 er baseret på skøn fra Danske Regioner. Der er forudsat en vækst på 11 procent fra 2007 til 2009
Kilde: Tallene er fra Danske Regioner på baggrund af Landspatienstregistret samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet (på baggrund af tal fra FLD og Sundhedsstyrelsens Løn- og beskæftigelsesregister)

Vækst i produktion og indtægter



Kilde: DSIs rapport: Økonomi og styring i sygehusvæsenet, maj 2010

Produktivitetskrav på 20 procent de sidste 10 år

Hvert år siden 2000 har regeringen krævet en højere produktivitet på 2 procent om året på landets sygehuse. Det krav ligger også i 2011. Det er blevet til i alt 20 procent de sidste 10 år.

Til sammenligning er den private produktivitet fra 2001 til 2008 kun vokset med i gennemsnit 0,4 procent om året.
Vi har sagt, at der skal være en "time-out" i de årlige 2-procent-krav.

Styringsmekanismer på en knivsæg

Hvis hospitalet "producerer" for meget, skal de betale regningen tilbage, f.eks. i form af stillingsnedlæggelser mv. Hvis de producerer for lidt, risikerer de ikke at få penge nok til den kapacitet, de kører med. Det er en balancegang på en knivsæg. Det er et uholdbart system, for man kan ikke ramme plet hver gang.

Det er oveni et problem, når der samtidig er udvidet frit sygehusvalg, hvor patienterne kan vælge frit, hvis ventetiden er på over en måned. Det presser sygehusene til at forsøge at følge med patienternes efterspørgsel. Det har de gjort i 2009, men med fyringer til følge.

Regeringen har skabt et efterspørgselsstyret system, hvor man siger til befolkningen, at man kan vælge frit, men når regningen skal betales, så sker det med stillingsnedlæggelser og fyringer.

5 fælles anbefalinger fra de faglige sundhedsorganisationer

Det er en uholdbar situation for hospitalerne og dets medarbejdere, at man bliver presset til at nedlægge stillinger, hvis man følger med patienternes efterspørgsel. Derfor er de 5 faglige organisationer kommet med 5 anbefalinger:

Anbefalinger

- En ny optimal behandlingsgaranti med kort ventetid for alvorlige sygdomme og lidt længere for mindre alvorlige sygdomme. Det bidrager til fleksibilitet og effektivitet, og at de mest syge behandles først.
- Der gennemføres nu og her time out i de årlige produktivitetskrav fra regeringen. Intet produktivitetskrav til sygehusene i 2011.
- Realistiske forudsætninger for aktivitetsvækst og økonomi i aftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Aftalen skal sikre større fleksibilitet og frihed til planlægning og styring af sygehusaktiviteten og -økonomien.
- Fokus på patientgrupper, der ikke er blevet prioriteret gennem en årrække, bl.a. inden for det medicinske og psykiatriske område.
- Folketinget bør i et bredt flerårigt politisk forlig sikre rammerne for udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen til gavn for borgerne og patienterne.

Regeringen og regionerne justerer lidt

I økonomiaftalen for 2011 er der åbnet op for, at man skal justere den måde, man henviser folk til f.eks. fedmeoperationer. Det er et lille skridt på vejen.

Men i aftalen er der fortsat kun indregnet en lille aktivitetsstigning på 3 procent i 2011 – det skal ses i forhold til, at man i 2009 lå på omkring 10 procent. Og der skal stadig løbes 2 procent hurtigere i 2011.

7. Sundhedsfremme

Sundhedsfremmeordninger i kommunerne: Anvendes mest på rådhuset

KL, KTO og Sundhedskartellet har i forlængelse af OK08 fået gennemført en undersøgelse af sundhedsordninger på de kommunale arbejdspladser (maj 2010).[4] Undersøgelsen viser, at sundhedsordninger inden for motion og fysisk aktivitet er de mest udbredte, efterfulgt af tilbud om behandlingsordninger samt tilbud om kost og ernæring.

Men sundhedsordningerne i kommunerne er ofte organiseret så de passer bedst til ansatte på rådhuset, selvom de ofte er tiltænkt alle medarbejdere. De placeres nemlig tit på rådhuset (massage, madordning, motionsrum, etc.), så de rådhusansatte i højere grad har mulighed for at benytte ordningerne i løbet af arbejdsdagen ved at flekse ud.

Undersøgelsen konkluderer, at den mest centrale udfordring for kommunerne ligger i, at sundhedsordningerne skal nå ud til de medarbejdere, der ikke selv opsøger dem. De centralt placerede sundhedsordninger er særlig effektive til at nå ud til de såkaldte ressourcestærke medarbejdere, som har en interesse i aktivt at opsøge dem. Undersøgelsen peger på, at der skal bruges andre tilgange for at nå de medarbejdere, der ikke umiddelbart opsøger arbejdspladsens sundhedstilbud.

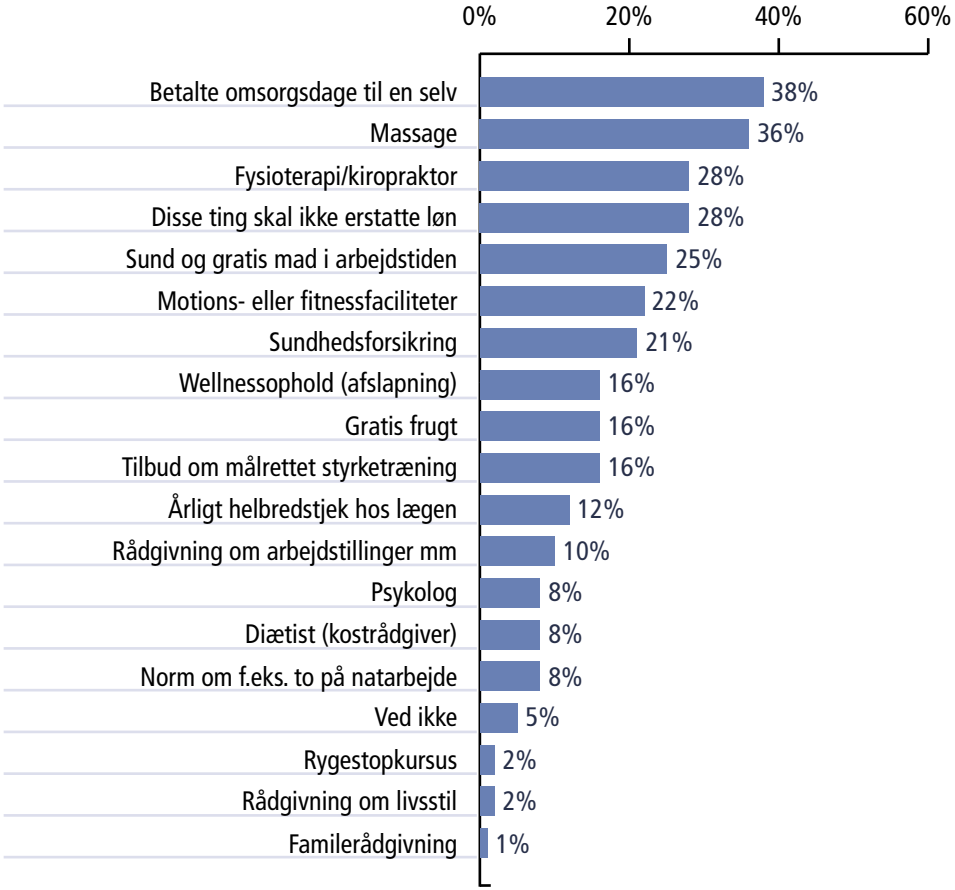
[4] Undersøgelse for regionerne kommer i løbet af eftersommeren 2010

Det siger FOAs medlemmer om sundhedsfremme

FOAs Medlemspuls er ved årsskiftet 2009/2010 blevet spurgt om der er nogle sundhedstilbud, de vil lade komme i stedet for noget af lønstigningen ved næste overenskomst i 2011 (se figur).
Når medlemmerne skal pege på op til 5 tilbud, der kan komme i stedet for noget af lønnen ved OK11, svarer 28 procent: ingen af tilbuddene. Derudover peger medlemmerne især på følgende 5 tilbud:

1. Betalte omsorgsdage til én selv (38 procent)
2. Massage (36 procent)
3. Fysioterapi/kiropraktor (28 procent)
4. Sund og gratis mad i arbejdstiden (25 procent)
5. Motions- eller fitnessfaciliteter (22 procent)

Vil du være villig til at lade nogle af de førnævnte sundhedstilbud komme i stedet for noget af lønstigningen ved næste overenskomst (sæt op til 5 krydser)?



Kilde: FOAs Medlemspuls dec. 2009. 2.057 medlemmer deltog i undersøgelsen. Det svarer til en svarprocent på 68[5]

[5] FOAs Medlemspuls er et elektronisk medlemspanel bestående af cirka 3.000 medlemmer. Der tilstræbes så stor overensstemmelse mellem FOAs medlemsskare og deltagerne i Medlemspulsen i forhold til køn, alder, sektor og geografisk spredning. Altså så stor repræsentativitet som muligt. Enkelte sektorer er overrepræsenterede i Medlemspulsen, f.eks. social- og sundhedssektoren. Derfor er svarene vægtet i forhold til sektor, så det flugter med medlemsskaren.

8. Medicinske patienter

Ældre patienter på hospitalerne falder ofte ind i kategorien, der kaldes medicinske patienter, hvilket vil sige, at de lider af mange forskellige sygdomme samtidigt, at deres symptomer kan være svære at adskille og diagnosticere, og at de tager mange forskellige slags medicin.

Medicinske patienter fylder meget i sundhedsvæsenet. 4 ud af 10 indlæggelser på de offentlige sygehuse var på medicinske afdelinger i 2009. Og de fleste heraf var ældre på over 65 år.

Antallet af ældre på medicinske afdelinger er vokset fra 175.000 indlæggelser i 2001 til 236.000 i 2009 altså med 35 procent. Langt de fleste indlægges akut – primært med sygdomme i kredsløbsorganer, åndedrætsorganer, svulster og "uklare diagnoser".[6]

Ældre medicinske patienter venter på at komme hjem fra sygehuset

Mange medicinske patienter venter på at komme hjem efter de er færdigbehandlet. I 2009 oplevede 8.000 patienter at ligge på et sygehus, selvom de var blevet erklæret færdigbehandlet. Ud af dem var 8 ud af 10 medicinske patienter. Og det er primært de ældre over 65 år, som er indlagt selvom de er færdigbehandlede. I gennemsnit ligger færdigbehandlede medicinske patienter 7 dage efter at deres behandling er afsluttet.

[6] S. 16 i "Forbedret indsats for medicinske patienter", Danske Regioner og Ældresagen 2010.

Belægningsprocenten er højest på de medicinske afdelinger

Generelt er der højere belægningsprocenter på de medicinske afdelinger end på de kirurgiske. På medicinske afdelinger er belægningsprocenten på 94, mens den er på 82 procent på kirurgiske afdelinger (og 92 procent på psykiatriske afdelinger). 1 ud af 3 medicinske afdelinger har et gennemsnitligt årligt belægningstal på over 100 procent. Dvs. overbelægning. Denne andel er vokset fra 32 procent i 2007 til 37 procent i 2008.[7]

Mange genindlæggelser for ældre patienter

Sundhedsmedierne Aps skriver i deres rapport, at genindlæggelsesfrekvensen for ældre patienter tyder på, at effektiviseringen af sygehusvæsnet, hvor patienter udskrives hurtigere med henblik på rehabilitering i eget hjem, medfører unødigt mange genindlæggelser.
Genindlæggelser sker nemlig oftest inden for 3 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 er der mange genindlæggelser af ældre patienter: Astma/bronkitis. Her blev 28 procent af de ældre patienter genindlagt inden for 30 dage efter de var blevet udskrevet. Dehydrering (24 procent). Lungebetændelse (23 procent).[8]

[7] Forbedret indsats for medicinske patienter", Danske Regioner og Ældresagen 2010.
[8] Sundhedsmedierne Aps fra "Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008", Sundhedsstyrelsen.

Anbefalinger fra Danske Regioner og Ældresagen om forbedringer for medicinske patienter

Danske Regioner og Ældresagen har i fællesskab peget på, at der skal sættes fokus på en række områder for at forbedre forholdene for de ældre medicinske patienter.[9]

I FOA mener vi at anbefalingerne er et godt udgangspunkt for debatten. De går især på, at der skal ske et styrket samarbejde mellem kommuner og regioner i forhold til at følge op på patienterne, efter de er blevet udskrevet og i forbindelse med forebyggelse og opsporing. De retter bl.a. fokus på følgende:

- Udgående hospitalsfunktioner
- Hurtig udredning og diagnosticering
- Klare aftaler mellem kommuner og regioner om, hvem der tager sig af hvilke patienter. Og klare aftaler mellem kommuner og regioner ved udskrivning af patienter
- Udgående teams fra geriatiske afdelinger
- Præhospital indsats og borgernære tilbud
- Bedre opfølgning efter udskrivelse fra de medicinske afdelinger
- Forebyggelse og tidlig opsporing
- Kompetenceløft af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen

[9] "Forbedret indsats for medicinske patienter", Danske Regioner og Ældresagen 2010.

9. Forebyggelse for børn og unge

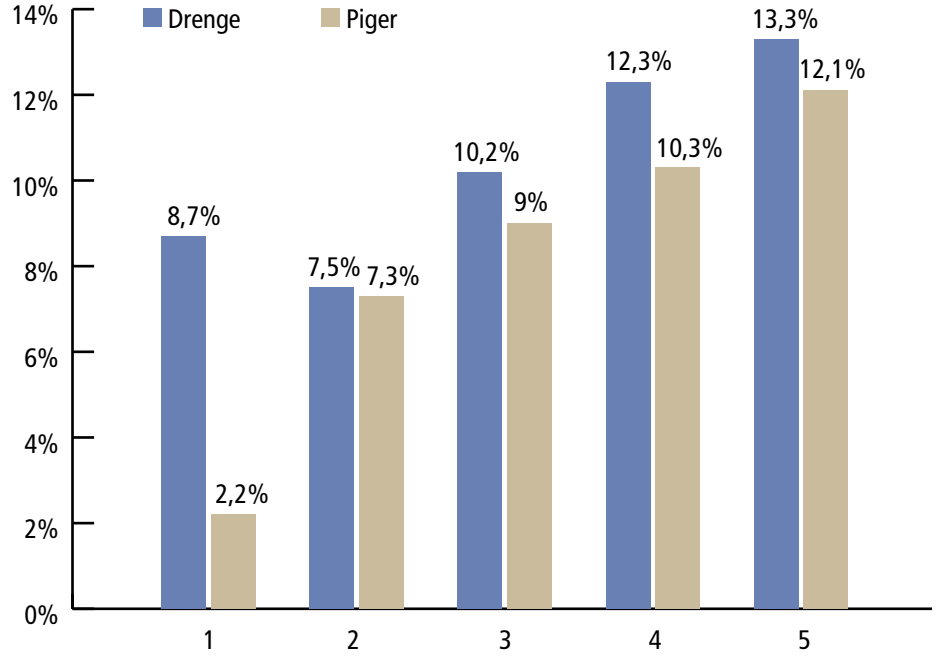
Sundhedsmedierne Aps' rapport dokumenterer, at der er en stor ulighed i sundheden blandt danskerne. Jo rigere og jo længere uddannelse man har, jo længere lever man og jo større er chancerne for at overleve farlige sygdomme. Mange af sygdommene skyldes overvægt, rygning mv. – og livsvilkår og livsstil i det hele taget.

Sundheden grundlægges allerede i barndommen. Er man overvægtig som barn, så er man det sandsynligvis også som voksen.

Overvægt blandt børn er mest udbredt i de laveste socialgrupper

Sundhedsmedierne Aps' rapport dokumenterer, at også børnenes sundhed er ulige fordelt. De fleste overvægtige børn kommer fra de laveste sociale grupper. En undersøgelse har vist, at 6 gange så mange piger fra den laveste socialgruppe (socialgruppe 5) er overvægtige i forhold til pigerne fra den højeste socialgruppe (socialgruppe 1). Kun 2 procent af pigerne fra den højeste socialgruppe er overvægtige, mens 12 procent af pigerne fra den laveste socialgruppe er overvægtige.

Procentvis antal overvægtige inden for hver af de 5 socialgrupper



Kilde: Læge Kristine Fabritius & cand.scient. Mette Rasmussen (Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdeling for Social Medicin).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er hvert femte barn overvægtigt og 70 procent af dem, der er overvægtige som børn, er det også som voksne. Det giver ikke kun fysiske problemer, men børnene siger selv, at de i højere grad er udsat for drilleri og mobning.

Skolebørnenes sundhed: Jo rigere, jo sundere

En undersøgelse af skolebørns sundhed viser, at børn fra de laveste socialgrupper har større helbredsproblemer end børn fra de højere socialgrupper. Mavepine, ondt i ryggen, hovedpine mv. er mere udbredt blandt børn fra de laveste socialgrupper.

Men "sundhedsadfærden" er også forskellig blandt børnene. Børn fra de højere socialgrupper dyrker mere motion, spiser mere frugt og grøntsager og børster oftere tænder end børn fra de lavere socialgrupper.

Mere end 2 ud af 3 børn fra de højeste socialgrupper spiser frugt og grønt dagligt, mens det kun er omkring halvdelen af børnene fra de laveste socialgrupper, der spiser frugt og grønt dagligt.

Forebyggelseskommissionen pegede på, at der sker en polarisering i børn og unges konditionsniveau, således at en tiltagende stor gruppe unge har en dårlig kondition.

For at forebygge uligheden i danskernes sundhed og forhindre sygdomme som følge af overvægt mv. skal der sættes ind allerede i barndommen. Allerede i barndommen er sundheden ulige fordelt. Og det er den også i voksenlivet. Derfor bør der allerede tidligt i børnenes liv sættes ind for at forbedre sundheden.

Familier på starthjælp er fattige

I over halvdelen af familierne på starthjælp er den ene eller begge forældre ramt af sygdom. Og familiernes rådighedsbeløb ligger langt under Danmarks uofficielle

Elevers sundhed fordelt på forældres socioøkonomiske status

Familiesocialgruppe	1-2	3-4	5-6
Procent af eleverne med helbredsproblemer efter socialgruppe			
Hovedpine ugentligt	20	21	23
Mavepine ugentligt	11	11	14
Ondt i ryggen ugentligt	17	18	22
Mindst et symptom dagligt	19	22	28
BMI blandt de 10 procent højeste	7	9	10
Procent af eleverne med forskellige indikatorer på sundhedsadfærd efter familiesocialgruppe			
Børster tænder mindst 2 gange dagligt	83	79	71
Dyrker mindst 4 timers hård motion ugentligt	53	44	39
Spiser frugt dagligt	67	56	55
Spiser grønsager dagligt	69	56	48
Ryger dagligt	3	4	5
Drikker sodavand dagligt	14	17	22
Drikker alkohol mindst ugentligt	12	11	10

Kilde: Skolebørnsundersøgelsen 2006 – redigeret af Pernille Due og Mette Rasmussen – side 69-71. Socialgruppe 1-2: Akademikere, direktører, højere funktionærer, ledere mv. Socialgruppe 3-4: Øvrige funktionærer og selvstændige, faglærte arbejdere. Socialgruppe 5-6: Ikke faglærte arbejdere + de som lever af overførselsindkomst. Undersøgelsen har indhentet oplysninger om over 6.000 11-årige, 13-årige og 15-årige elever.

fattigdomsgrænse. Indtil starthjælpen blev indført, var kontanthjælpen det politisk besluttede laveste indtægtsniveau for familieforsørgelse. Et regnestykke i rapporten "Flygtninge på starthjælp", som blandt andre CASA (Center for Alternativ Samfundsanalyse) og Dansk Socialrådgiverforening står bag, viser, at familier på starthjælp skal klare sig for, hvad der svarer til 55 procent af, hvad de kunne have fået i kontanthjælp.

Anbefalinger

- **Gratis sund kost til alle børn i dagtilbud og i folkeskolen.** Overvægt i voksenlivet grundlægges tit i barndommen. Derfor skal der sættes ind med sund kost allerede for børnene. Det skal være gratis, så man ikke får en social slagside. Den forøgede forældrebetaling i forbindelse med frokostordningerne i daginstitutionerne skal skrues ned igen.

- **Folkeskolen skal tilføres ressourcer, så alle børn er fysisk aktive mindst en time om dagen i skolen, som Forebyggelseskommissionen anbefaler.** Ansættelse af undervisningsassistenter i folkeskolen vil kunne bidrage til at føre anbefalingen ud i livet.

- **Dagtilbuddene skal gennem arbejde med krop og bevægelse bidrage til at sætte fokus på fysisk aktivitet.**

- **Starthjælp til flygtninge afskaffes.** Børn, der vokser op i en familie på starthjælp er Danmarks fattigste. At de ikke har råd til at deltage i fritidsaktiviteter, har stor betydning for deres sundhed.

10. Baggrund

Arbejdsgruppe

Kasper Manniche er projektleder på udspillet.

Udspillet består af nedenstående pjecer og rapporter:

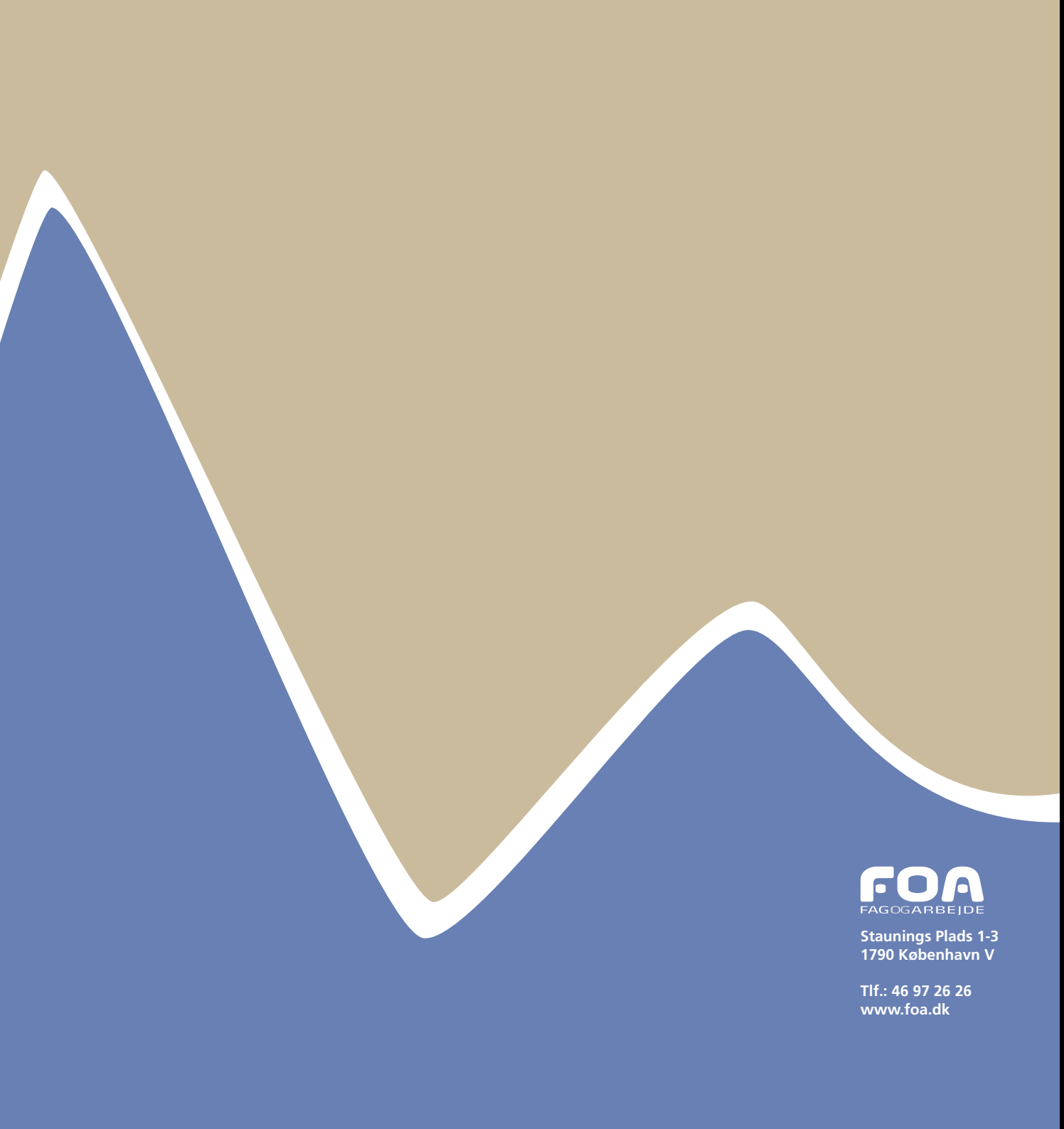
- Ulighed i danskernes sundhed: Opsamling udarbejdet af Peter Lindholm. Rapporten *Ulighed i danskernes sundhed* er udarbejdet af Sundhedsmedierne Aps.
- FOA-medlemmernes sundhed: Opsamling udarbejdet af Inge Frölich og Kasper Manniche. Rapporten *FOA medlemmernes sundhed* er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed.
- Bedre sundhed i hverdagen: Udarbejdet af Jens Folkersen, Charlotte Bredal og Mie Andersen (udarbejdet i fællesskab med PenSam)
- Privat sundhed er ulige sundhed: Udarbejdet af Maria Bregnhardt og Kasper Manniche
- FOAs psykiatripolitiske udspil: Udarbejdet af Claus Cornelius og Mie Andersen.
- Sygehuskrisen 2010 (debatpjece udgivet af Sundhedskartellet, FAS, YL, HK/Kommunal og FOA, som blev udarbejdet i foråret 2010). Rapporten *Økonomi og styring i sygehusvæsenet* er udarbejdet af Dansk Sygehus Institut, DSI.

Layout: GraFOA Maja Honoré/Girafisk Design Bente Stensen Christensen og bearbejdning i øvrigt Peter Lindholm.

Derudover har flg. konsulenter deltaget i møderne om udspillet: Ann Lübbers, Birgit Stechmann, Birthe Jeppesen og Charlotte Bredahl.

Styregruppe

Der har været afholdt en række møder med deltagelse af Dennis Kristensen, Karen Stæhr, Helen Kobæk, Per Lange, Anne Mette Lauridsen, Jens-Jørgen Krogh, Mie Andersen og Kasper Manniche.



FOA
FAG OG ARBEJDE

Staunings Plads 1-3
1790 København V

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