



Digitaliseret af / Digitised by

DET KONGELIGE BIBLIOTEK  
THE ROYAL LIBRARY

København / Copenhagen

**Titel:** SFs sundhedspolitik - et debatoplæg

**Ophav:**

**Ressourcetype:**

**Ressourcetype:**

**Oprindelsesdato:** 1989

**Emne:** Partiprogram, partiprogrammer, program

**Opstilling:** DA-småtryk. Politik 4

**Relateret:**

**Relateret:**

**Copyright:** Billedet er muligvis beskyttet af loven om ophavsret

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 3

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 4

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 5

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 6

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 7

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 8

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 9

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 10

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 11

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 12

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 13

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 14

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 15

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 16

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 17

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 18

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 19

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 20

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 21

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 22

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 23

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 24

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 25

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 26

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 27

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 28

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 29

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 30

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 31

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 32

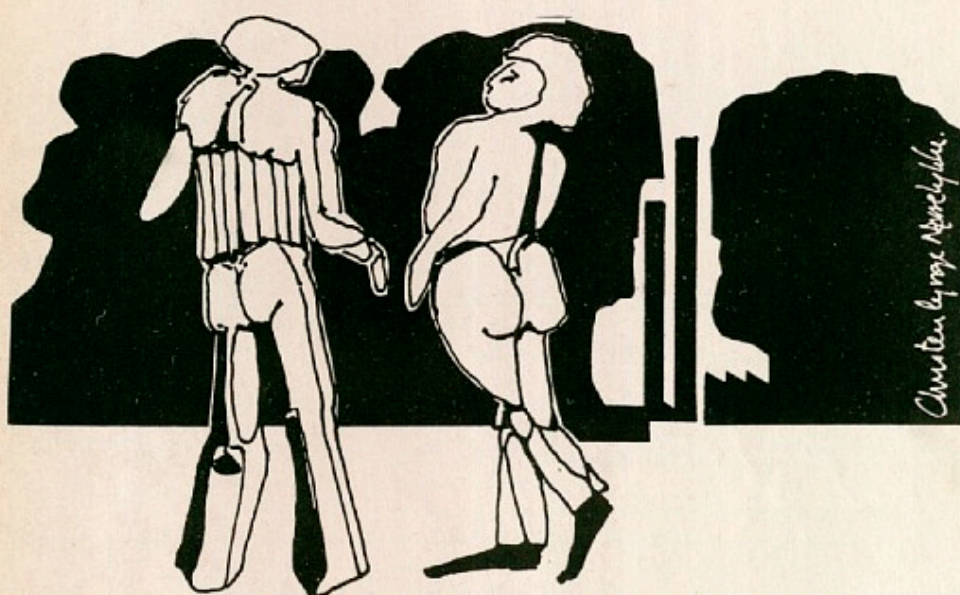
[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 33

[SFs sundhedspolitik - et debatoplæg](#) 34


DET KØBTE UDVALG  
16. JUNI 1989  
SMAA - VIKSBO

# SFs sundhedspolitik

## - et debatoplæg



Sundhedsministeren

**Socialistisk Folkeparti** 

## SFs sundhedspolitik - et debatoplæg

SFs sundhedspolitik - et debatoplæg

# **SFs sundhedspolitik**

## **- et debatoplæg**

**SFs sundhedsudvalg  
Januar 1989**

## SFs sundhedspolitik - et debatoplæg

**SFs SUNDHEDSPOLITIK - et debatoplæg**

**Udgiver: SF, Christiansborg, 1240 København K.,  
tlf. 01 12 70 11 (Fra maj '89: 33 12 70 11).**

**Redaktion: Dorete Dandanell (DJ).**

**Illustrationer, omslag og layout: Christen Lynge Nørrelykke,  
tlf. 08 82 51 60 (Fra maj '89: 98 82 51 60).**

**Produktion: Notat Avisproduktion, telefon 06 48 16 00  
(Fra maj '89: 86 48 16 00).**

**Januar 1989.**

## Indhold:

Indledning .....	7
Hvor stod vi?	
Baggrunden for det nuværende sundhedsvæsen .....	8
Hvor står vi i dag?	
Befolkningens sundhedstilstand og det eksisterende sundhedsvæsen .....	9
Miljøet i bred forstand har indflydelse på sundheden .....	12
Boligerne og de sociale netværk .....	12
Det kollektive og individuelle ansvar .....	14
Det nuværende sundhedsvæsen .....	15
Finansiering .....	17
Forskning .....	18
Alternativ behandling .....	18
Hvor vil vi hen?	
En beskrivelse af dele af et kommende sundhedsvæsen .....	20
Forudsætningerne for SFs sundhedspolitik .....	20
Principperne for SFs fremtidige sundhedspolitik .....	21
Forholdet mellem forebyggelse og behandling .....	22
En kort beskrivelse af sundhedsvæsenets forskellige niveauer .....	24
Det primærkommunale plan .....	24
Det regionale plan .....	26
Det statslige plan .....	26
Det centrale sundhedsråd .....	27
Lovgivningsområdet .....	27
Sundhedsuddannelserne .....	28
Uafhængig kvalitetskontrol .....	28
Forskning .....	29
Alternativ behandling .....	30
Fremstillingsvirksomheder/tjenesteydelser .....	30
Hvordan kommer vi derhen?	
På vej mod nogle strategier .....	31

## Forord

Landsmødet 1988 besluttede, at programarbejdet i SF skal nedprioriteres. Det foreliggende er derfor et debatoplæg.

Det er sundhedsudvalgets hensigt, at debatoplægget skal bruges af partiforeninger og amtskredse som udgangspunkt for diskussioner om sundhedspolitik.

Sundhedsudvalgets medlemmer stiller sig til rådighed med oplæg ved møder i partiforeninger eller konferencer på amtsplan.

Vi håber på denne måde at indsamle materiale, så vi om ca. et år kan udarbejde et revideret oplæg, der kan indgå i det daglige politiske arbejde og i SFs samlede program »Socialisme år 2000«.

Da debatoplægget »SFs sundhedspolitik« er udarbejdet over 2 valgperioder, dækker hvert synspunkt ikke nødvendigvis alle arbejdsgruppens medlemmer. I arbejdet har deltaget: Gert Boesgaard, Kitty Dencker, Tommy Dinesen, Søren Gustavsen, Ella Hilker, Birgitte Husmark, Kåre Bering Kristiansen, Helle Olsen, Bente Rasmusson, Ulla Runge, Knud Erik Sejer, Erik Sejrup og Birgit Wehlast.

Hvis du ønsker at komme i kontakt med sundhedsudvalget, står adresser og telefonnumre på bagsiden af denne pjece.

Januar 1989.



# Indledning

# 1

Det er levevilkårene i bred forstand, der bestemmer befolkningens og det enkelte menneskes helbredstilstand. Alle forhold – lige fra I-landenes udnyttelse af U-landene til krigsfrygten – har en central betydning. Sundhed er bestemt ikke kun et anliggende for sundhedsvæsenet. Det kræver grundlæggende ændringer i socialistisk retning at forbedre befolkningens sundhed afgørende.

Alle mennesker ønsker et sundt, langt og kreativt liv. Når ønsket om et sundt liv skal gå i opfyldelse, har sundhedsvæsenet derfor en stor plads i befolkningens bevidsthed. Men ikke kun det enkelte menneske har interesse i et velfungerende sundhedsvæsen, også kapitalen har interesse i en sund, effektiv arbejdsstyrke. For kapitalen har uarbejdsdygtiges helbred derimod mindre interesse.

I stedet for den nuværende krisepolitik er det nødvendigt at gennemføre en politik, som giver befolkningen bedre levevilkår, giver reelle muligheder for sunde valg, og dermed for at leve et bedre liv. At være sund er en tilstand, som hænger sammen med det omgivende samfund.

I det danske samfund betragtes sygdom traditionelt snævert, som fejl opstået i individet (apparat-fejl-modellen). Sundhedsvæsenets opgave er derfor at rette fejl hos den syge. Samtidig er der skabt grundlag for en »sygdomsbekæmpelsesindustri«. Der er mange, som får høj løn og profit af sygdom og af befolkningens ønske om at være rask. Mange interesser er involveret – medicinalindustrien, apotekervæsenet, virksomheder, der fremstiller hjælpemidler til handicappede, ejerne af brand- og redningsindustrien, speciallæger, læger, tandlæger og terapeuter i og uden for den offentlige sektor. Det er en magtfuld industri præget af manges interesser. Og der forestår en politisk kamp for at omlægge sundhedspolitikken.

»Uden fred og social retfærdighed, uden tilstrækkelig mad og vandforsyning, uden uddannelse og ordentlige boligforhold og uden nyttig funktion i samfundet og passende indkomst, vil der ikke være nogen sundhed for befolkningen, ingen virkelig vækst og ingen samfundsmæssig udvikling«. (WHO – Sundhed for alle i år 2000).

## 2

Hvor stod vi?

# Baggrunden for sundhedsvæsenet i dag

Sundhedsvæsenets opbygning og opgaver er til enhver tid bestemt af bl.a. historiske, kulturelle, religiøse, økonomiske og politiske forhold. Når disse forhold ændres, ændres både befolkningens sygdomsbillede og samfundets institutioner, herunder sundhedsvæsenet. Vi opfatter sundhed og sygdom forskelligt, afhængigt af, hvor vi befinder os og afhængig af den givne historiske periode, herunder specielt produktionsforholdene.

I den græske oldtid, havde man ideer om, at luft, vand, føde, miljø og klima har indflydelse på sundheden. Denne opfattelse går også igen i den klassiske kinesiske sundhedslære. F.eks. står Ying- og Yangsymbolet for helhed og balance. I Kina blev sundhed opfattet som en tilstand i balance. Søvnmangel, uoverensstemmelser, dårlig ernæring m.v. gav ubalance.

Den behandlingspraksis vi har i den industrialiserede del af verden hænger sammen med industrialiseringen og den proces, som blev igangsat ved gennembruddet i det forrige århundrede. I den nuværende behandlingspraksis forsøger det kapitalistiske samfund at imødegå de problemer, som den kapitalistiske produktion og de deraf følgende livsvilkår giver.

Med industrialiseringen udviklede lægevidenskaben/behandlersystemet sig i en teknologisk og specialiseret retning. Mange læger og andre behandlere »glemte« at tage hensyn til sociale og politiske faktorer, når de vurderede af sundhed og sygdom. Opmærksomheden blev rettet mod organer og på at udbedre delfejl.

Størstedelen af sundhedsvæsenets ressourcer er brugt og bruges til at udbedre eller helbrede opståede sygdomme, mens forebyggelse kun i ringe grad tilgodeses, til trods for at der i de sidste 100 år er påvist sammenhænge mellem menneskers miljø og helbred.

## Sundhedstilstanden og det nuværende sundhedsvæsen

3

Hvor står vi i dag?



### Befolkningens sundhedstilstand

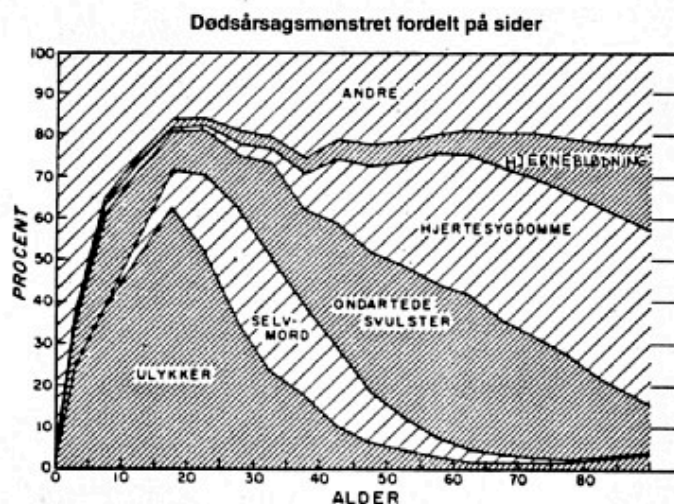
Sundhedsvæsenet har ydet en stor indsats ved behandling af sygdom. Men på trods af det store behandlingsapparat står vi i dag i mange tilfælde uden helbredelsesmuligheder over for almindelige sygdomme: Kredsløbssygdomme, kræftsygdomme, nedslidnings sygdomme, psykosomatiske sygdomme og psykiske sygdomme. Derfor bliver modsætningen mellem behandlingssystemet og helbredstilstanden i befolkningen mere og mere synlig.

Halvdelen af den danske befolkning oplever deres helbredstilstand som meget god. Det er samtidig forbløffende, så mange mennesker på trods af sygdom, oplever deres helbred som godt eller meget godt. Ca. 10% vurderer deres helbred som dårligt eller meget dårligt. En meget stor del af befolkningen har meget svært ved at udføre dagligdags fysiske funktioner. Ca. 10% har f.eks. meget be-

»Senest år 2000 bør de faktiske forskelle i sundhedstilstanden mellem lande og mellem grupper inden for landene reduceres med mindst 25% ved at forbedre sundhedstilstanden i de dårligst stillede lande og grupper«.  
WHO - Sundhed for alle år 2000 - mål nr. 1).

Føler du dig rask?

9



Kilde: Sygdomsmønsteret i den danske befolkning. I. Variation med køn og alder. Dansk institut for klinisk epidemiologi 1982.

svær med, eller kan slet ikke, gå op og ned ad trapper og 5% har alvorlige syns-, høre- og taleproblemer. De, der oplever deres helbred dårligst, er dem, der er hæmmet fysisk, har syns- eller høreproblemer, eller som ikke er i stand til at udføre deres daglige gøremål.

Hvilke sygdomme og helbredsproblemer har den danske befolkning? Vi ved mest om, hvad folk dør af, og hvad de bliver indlagt på hospital for. Statistikken over dødsårsager viser, at hjertesygdomme, kræft, ulykker og selvmord som dødsårsag er de hyppigste, og at de er steget væsentligt i de sidste hundrede år.

Hvad fejler danskerne?

Stigningerne er formodentlig kun reelle, når det drejer sig om ulykker, selvmord og kræft, især lungekræft og hudkræft. De øvrige stigninger må tilskrives mere præcise diagnoser, og at vi lever længere.

Sygeligheden rammer ikke ligeligt i den danske befolkning. Hovedparten af sygeligheden bæres af de lavest placerede sociale grupper, ufaglærte og folk uden for erhverv. D.v.s de grupper, som har de dårligste levevilkår. Dårlige levevilkår og sociale begivenheder hober op gennem onde cirkler.

Hvem bliver syg?

Vi ved, at onde cirkler kan brydes ved at forbedre arbejdsmiljøet, nedsætte arbejdstiden, yde betalt frihed til uddannelse, bedre socia-



le ydelser, bedre barselsforhold, og ved at bedre børnefamiliers vilkår, bl.a. ved frihed til at blive hjemme ved børns sygdom.

Vi ved også, at der sker alt for mange trafikulykker. Antallet af ulykker skal reduceres, bl.a. ved at sætte skrappe krav til vej- og trafikregulering, og bedre vilkår for både fodgængere og cyklister.

Arbejdsmiljøet har en central plads i forebyggelsen af sygdomme og skal opprioriteres. Der er stor forskel mellem erhvervene, visse erhverv har næsten dobbelt så stor dødelighed som gennemsnittet. Den store erhvervsbetingede ulighed betyder, at der bør gøres en intensiveret indsats for at forbedre arbejdsforholdene for især de dårligst stillede grupper. Arbejdstilsynet har udarbejdet en opgørelse over sygdomme, som bedømmes som de vigtigste ud fra deres alvorlighed, hyppighed samt muligheden for forebyggelse. Der er stort sammenfald mellem de hyppigt forekommende sygdomme i samfundet og Arbejdstilsynets opgørelse.

## Miljøet i bred forstand har indflydelse på sundheden

Hvad bliver vi syge af?

Befolkningens helbred hænger sammen med det arbejde den udfører eller har udført, men forurening, giftige kemikalier, stråling og skadelige forbrugsvarer udgør også en større trussel mod menneskers helbred, end vi i dag tør erkende.

Brundtland-rapporten er et banebrydende arbejde, der har gjort det klart, at mange af de nuværende udviklingstendenser vil medføre, at stadig flere mennesker bliver fattige og sårbare. Samtidig ødelægges miljøet i stadigt stigende tempo. Hvor alvorligt dette er, skal ses i lyset af et stigende ressourceforbrug, og at vi i det næste århundrede bliver dobbelt så mange mennesker, der skal leve på den samme jord.

Vi har i dag ansvaret for, at der ikke sker uoprettelig skade på miljøet, som er hele grundlaget for menneskers udvikling og sundhed.

»Senest år 2000 bør befolkningen i regionerne have større mulighed for at bo i huse og boligområdet, der yder dem et sundt og sikkert miljø.  
(WHO - Sundhed for alle - mål nr. 24.)

## Boligerne og de sociale netværk

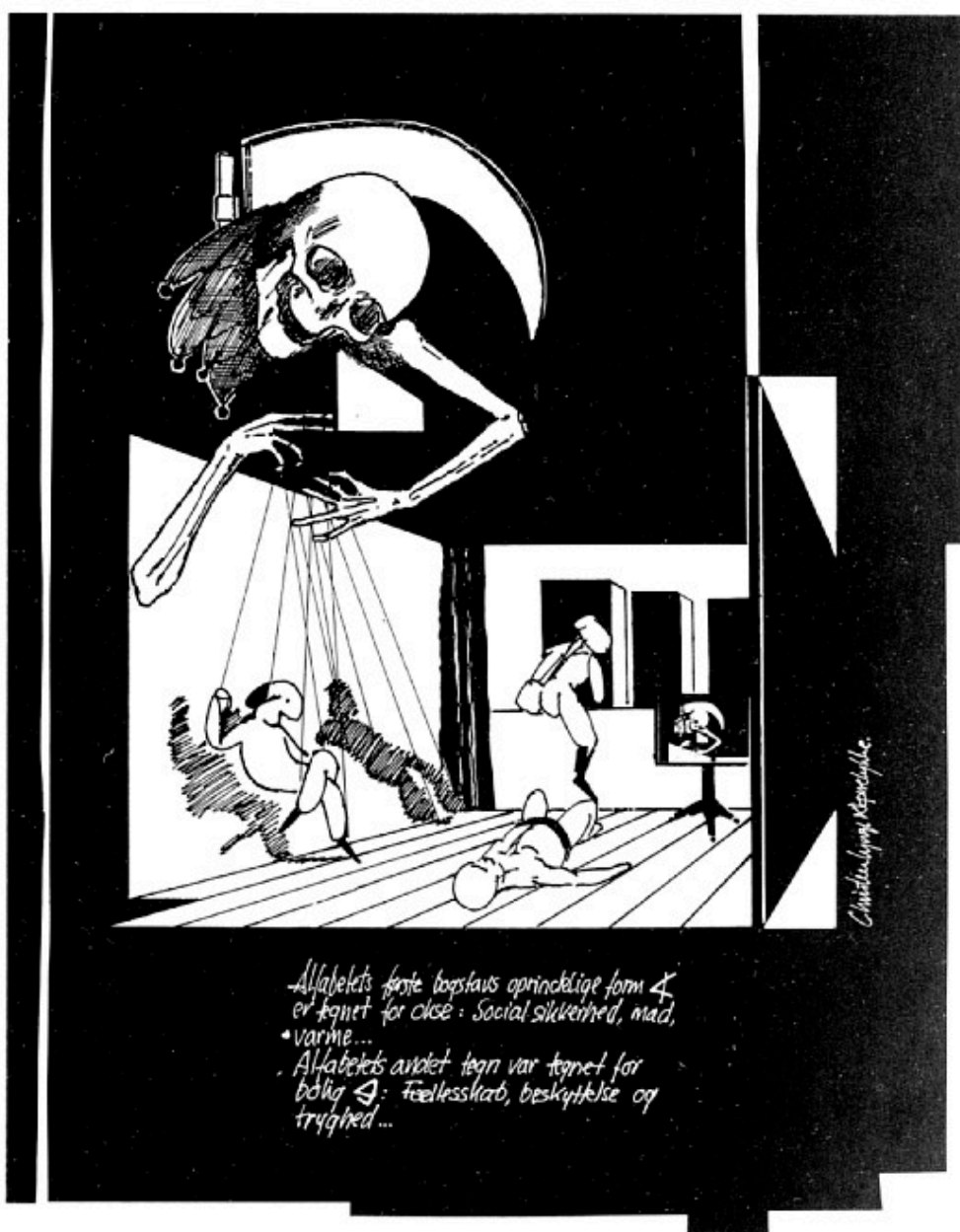
Boligen har væsentlig betydning for sundhed.

Boligen skal ikke blot yde værn mod kulde og varme, ikke blot være tag over hovedet og give os tilfredsstillende sanitære forhold. Den er også ramme for en stor del af vores liv, og vil i fremtiden i endnu højere grad være rammen omkring det sociale netværk. Tidligere var familien og fællesskabet på arbejdspladsen det helt afgørende element i det sociale netværk, men efterhånden som familiens betydning er aftaget, og efterhånden som vi nærmer os fritidssamfundet, er det blevet stadig mere vigtigt, at boligområderne udformes således, at samværet fremmes. Fænomenerne »betonjungle« og »sovebyer« er velkendte. Sådanne boliger kan opfylde et nødvendigt behov for at få tag over hovedet.

Det er til at blive syg af

Men miljøet er skadeligt for sundhed og livskvalitet. For det enkelte menneske og den enkelte familie. Det er de ringest stillede, der får de ringeste boliger. Fremtidigt boligbyggeri skal udformes således, at det forebygger isolation, for at være med til at udvide det enkelte menneskes sociale sikkerhedsnet.

Mange mennesker har det psykisk elendig, og mange er ensomme. Narkotika og alkohol kræver sine ofre og er med til at øge antallet af psykisk syge. I det opsplittede industrialiserede samfund glemmer vi det ansvar, vi har for de mennesker, som har psykiske problemer og føler sig ensomme.





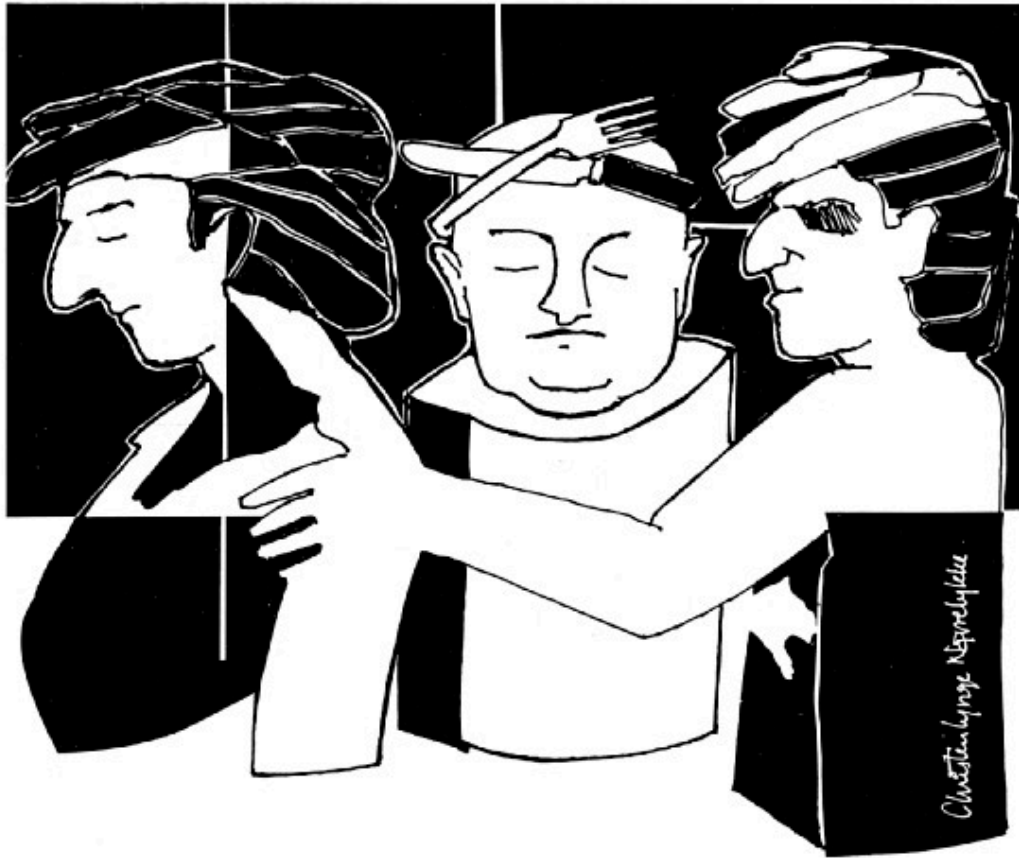
Hvert år begår 100.000 selvmord i Europa og selvmord er næst efter ulykker den hyppigste dødsårsag blandt unge, og tallene for Danmark ligger i toppen.

### Det kollektive og individuelle ansvar

Det er populært at opdele sygdomme i levevilkårssygdomme og i livsstilssygdomme.

Levevilkårssygdommene kan opfattes som det, vi i fællesskab har ansvaret for, mens livsstilssygdommene er det, vi personligt er ansvarlige for. Hvad der er levevilkårssygdomme og livsstilssygdomme er politisk bestemt. Sygdomsproblemer kan reduceres ved ændret adfærd gennem viden og mulighed for ændrede handlemuligheder. Vi ved, at tobak, alkohol, narkotika og overforbrug af medicin har en sundhedsskadelig indflydelse på det enkelte menneske. Vi ved også, at fedme og fejlernæring giver store sundhedsmæssige





problemer samt at mangel på regelmæssig og rigtig brug af kroppen undergraver den enkeltes mulighed for at leve et sundt liv.

Det er oppe i tiden at individualisere problemer, derfor fokuseres der i øjeblikket i helt urimelig grad på livsstilssygdomme. Hvis befolkningen skal have reel indflydelse på egen sundhed, må magtforholdene i samfundet ændres.

Er det min egen skyld, at jeg er syg?

### Det nuværende sundhedsvæsen

Danmark fik i slutningen af 1987 et sundhedsministerium. Her ved er det statslige sundhedsvæsen, som hidtil har været splittet op mellem flere ministerier, blevet samlet. Det er dog stadig indenrigsministeriet, som fastlægger amternes økonomiske rammer og dermed påvirker ressourcefordelingen. Statens styring af sundhedsvæ-

senet sker hovedsageligt gennem tre ministerier: sundhedsministeriet, indenrigsministeriet og socialministeriet. Ansvar for de fleste af sundhedsuddannelserne ligger i undervisningsministeriet. Ansvar for arbejdsmiljøområdet, herunder ansvarsområdet for bedriftssundhedstjenesten, ligger i arbejdsministeriet og er kun i ringe grad koordineret lovmæssigt med det øvrige sundhedsvæsen.

Kommunerne og amtskommunerne varetager de sundhedsmæssige opgaver. Finansieringen sker ved tilskud fra staten i form af bloktilskud og refusioner samt ved kommunale skatteindtægter. For amtskommunerne er bloktilskuddene næsten afviklet med udgangen af 1988.

Sundhedsstyrelsen, som er en del af sundhedsministeriet, er rådgiver inden for alle områder af sundhedsvæsenet og samtidig øverste myndighed for alle medicinalpersoner i Danmark. I de enkelte amter er Sundhedsstyrelsen repræsenteret af embedslæger.

Socialministeriet varetager den statslige koordinering af primærkommunernes sundhedsfunktioner.

Det amtslige sundhedsvæsen omfatter driften af sygehusvæsenet og administrationen af den offentlige sygesikring.

Det kommunale sundhedsvæsen omfatter driften af sundhedspleje, skolelægeordning, skoletandlægeordning og hjemmesygeplejen.

Uden for det øvrige sundhedsvæsen er der opbygget en ny sundhedsorganisation i form af bedriftssundhedstjenesten. Efter Arbejdsmiljølovens vedtagelse i 1975 blev bedriftssundhedstjenesten etableret i 1978 med en ændring af Arbejdsmiljøloven. Arbejdstilsynet er ansvarlig for, at bekendtgørelsen om bedriftssundhedstjeneste overholdes.

Hvem skal behandle mig?

Den almindeligste måde at beskrive sundhedsvæsenet på, er at dele det op i primære og det sekundære sundhedsvæsen. Det primære sundhedsvæsen er sædvanligvis befolkningens første kontakt til sundhedsvæsenet. Den typiske repræsentant for det primære sundhedsvæsen er den alment praktiserende læge. Og det er karakteristisk, at det enkelte menneske selv henvender sig til væsenet. Modsat det sekundære sundhedsvæsen, hvor man, bortset fra kontakt til skadestuen, ikke selv kan forlange at blive behandlet. Man skal have en henvisning fra en læge for at blive indlagt på hospital.

## Finansiering

Hvad koster det at være syg?

De samlede udgifter i 1987 til sundhedsvæsenet skønnes i alt at være følgende:

- administration .....	0,3 mia. kr.
- sygehuse m.v. ....	24,2 mia. kr.
- sygesikring .....	6,2 mia. kr.
- sundhedsvæsen i øvrigt .....	2,7 mia. kr.
<b>I alt .....</b>	<b>33,4 mia. kr.</b>

Hertil kommer, hvad folk selv betaler til behandlere og til medicin.

De 33,4 mia. kr. er ikke de eneste udgifter, det offentlige har. Til beløbene skal lægges udgifter i forbindelse med sygedagpenge og førtidspension. Skønsmæssigt er de for 1987 sat til 15 mia. kr. Herefter bliver det samlede regnestykke på ca. 48 mia. kr.

Hvis man kun tager de rene sundhedsudgifter på 33,4 mia. kr. i betragtning, kan dette beløb sammenlignes med, hvad der bruges i andre lande pr. indbygger. Feks. bruges der i USA dobbelt så meget pr. indbygger end i Danmark.

Selv ikke beløbet på 48 mia. kr. dækker samfundets udgifter til sygdom. En del af udgifterne til arbejdsløse og bistandsklienter skal også medregnes. Der er mange økonomiske interesser knyttet til behandlingsindustrien. Samfundet har store omkostninger som følge af skadelige påvirkninger fra arbejdsmiljøet, det omgivende miljø og trafikken. Eksempelvis har Arbejdstilsynets økonomiske sekretariat opgjort de samfundsøkonomiske omkostninger i 1986 til mindst 28 mia. kr. for de skader, som kan henføres til arbejdsmiljøskadernes samfundsøkonomiske konsekvenser. Vejdirektoratet opgiver, at trafikuheldsomkostningerne er på 5,3 mia. kr. (1983) inkl. skader på materiel.

Det drejer sig altså om store økonomiske interesser, der er tæt knyttet til sundhedssektoren. Hertil kommer de økonomiske interesser, nævnt i indledningen i forbindelse med sygdomsbekæmpelsesindustrien.

## Forskning

Forskning er grundlæggende for fremskridt. Desværre er en stor del af forskningen inden for sundhedsvæsenet i øjeblikket inde i en blindgyde.

Kun halvdelen af den offentlige forskning, der drives i sundhedsvæsenet er betalt af det offentlige. Resten betales af medicinalindustrien, som derved får alt for stor indflydelse. Forskning i forebyggelse stilles i skyggen af den profitorienterede forskning. Medicinalindustriens drivkraft er profit og ikke øget sundhed. Der mangler vilje til at opprioritere forskning inden for forebyggelse.

Hvorfor forskes der ikke meget mere i forebyggelse?

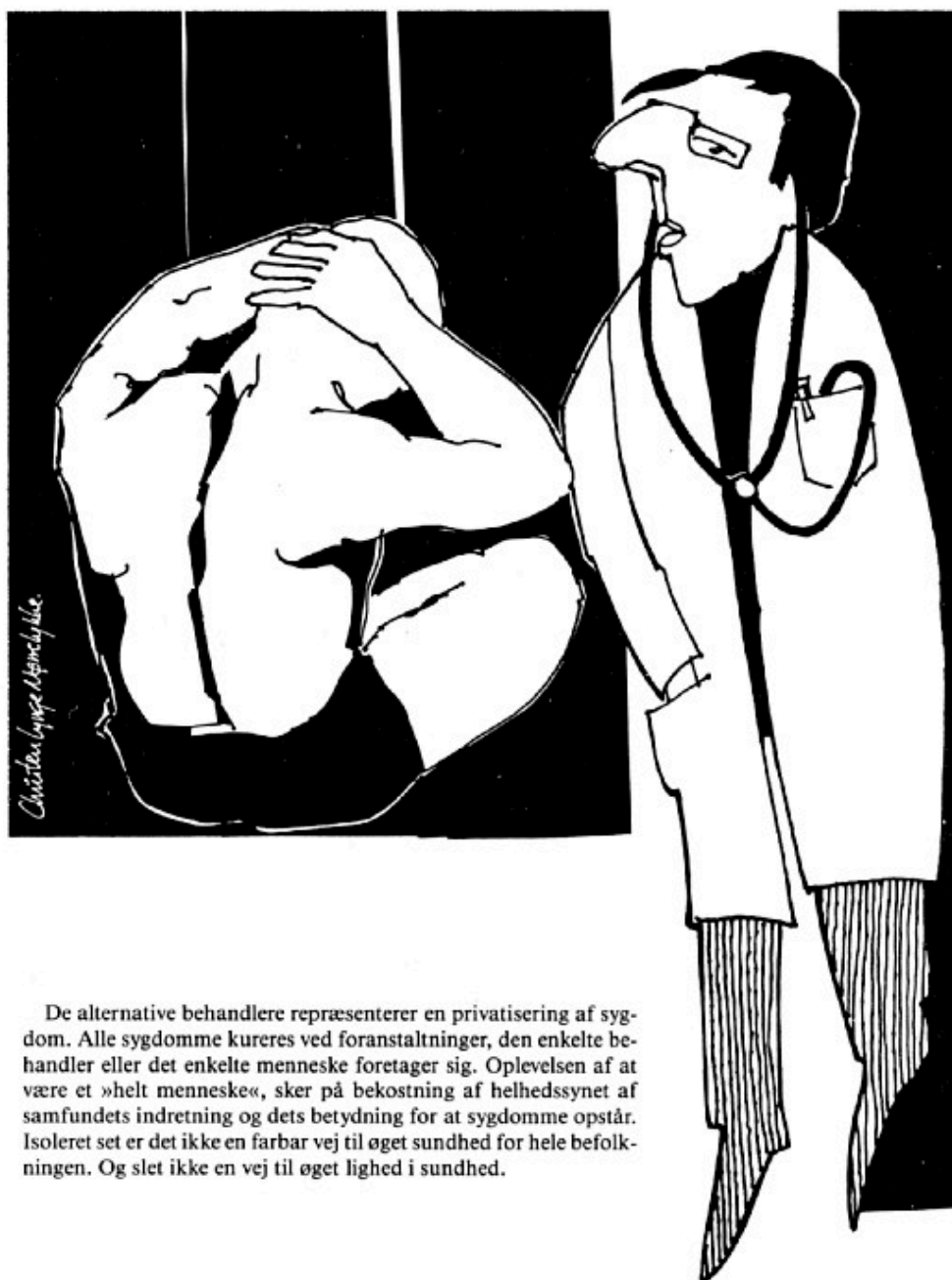
Læger ansat på hospital er en af de grupper, som leverer et stort arbejde ved produktion af videnskabelige artikler til medicinske tidsskrifter. Lægernes karrieresystem kan betyde, at drivkraften for deres forskning ikke udelukkende er ønsket om en bedre behandling af patienterne, men også muligheden for personlig karriere. Forskning skal ikke nødvendigvis drives af alle læger og skal ikke være en nødvendig forudsætning for ansættelse i enhver lederstilling.

## Alternativ behandling

Mere end 20% af den voksne befolkning bruger eller har brugt alternative behandlere. For syge mennesker, f.eks. patienter med gigt eller kræft, ligger procenten mellem 30 og 60. Dertil kommer et forbrug af en stor mængde af naturmedicin.

Hvorfor søger folk alternativ behandling?

At så mange søger alternativ behandling burde få det etablerede behandleresystem til at reagere med åbning mod de alternative. Mange føler, at de hos de alternative behandlere bliver betragtet som »hele« mennesker, og at de får indsigt og selvindsigt i forbindelse med den alternative behandling. I modsætning til det etablerede system, hvor de føler sig umyndiggjorte og fremmedgjorte.



De alternative behandlere repræsenterer en privatisering af sygdom. Alle sygdomme kureres ved foranstaltninger, den enkelte behandler eller det enkelte menneske foretager sig. Oplevelsen af at være et »helt menneske«, sker på bekostning af helhedssynet af samfundets indretning og dets betydning for at sygdomme opstår. Isoleret set er det ikke en farbar vej til øget sundhed for hele befolkningen. Og slet ikke en vej til øget lighed i sundhed.

## 4

Hvor vil vi hen?

# Beskrivelse af dele af et kommende sundhedsvæsen

### Forudsætningerne for SFs sundhedspolitik

En sund politik på andre områder end sundhedsområdet kan gøre stor del af social- og sundhedspolitikken overflødig.

En reel sundhedspolitik forudsætter

- at der føres en miljøpolitik, der griber effektivt ind over for den stærkt voksende forurening af både det ydre og det indre miljø (arbejdsmiljø) og at der tages de nødvendige miljøhensyn. Mennesket er en del af naturen og samfundet
- at der føres en freds- og sikkerhedspolitik, hvor kamp for fred, afspænding og afrustning er central. Krig er sammen med forureningen den alvorligste trussel mod sundheden
- at der på alle øvrige områder føres en politik, der forbedrer befolkningens levevilkår, formindsker forskellene og skaber forudsætningen for et sundt samfund med sunde mennesker.



## Principperne for SFs fremtidige sundhedspolitik

De principper, som på andre områder er vigtige for SF er også centrale på det sundhedspolitiske område.

- SF ønsker en høj grad af *selvforvaltning*. Den enkelte skal sikres indflydelse og magt i forbindelse med egen sundhed og i forbindelse med behandling af sygdom.
- SF ønsker et *decentraliseret sundhedsvæsen*. Sundhedsvæsenet skal være tæt på borgerne. Sjældne sygdomme skal behandles regionalt eller centralt.
- SF ønsker et *solidarisk sundhedsvæsen*. Det skal være et sundhedsvæsen, som er solidarisk med befolkningen, som er præget af åbenhed og som tilpasser samfundet (herunder sundhedsvæsenet) til mennesket og ikke omvendt.
- SF ønsker et *demokratisk* sundhedsvæsen, hvor den enkelte har indflydelse, og hvor sygdomsbehandlingen og behandlingssystemet afmystificeres.
- SF ønsker et sundhedsvæsen *uden private kapitalinteresser*. Det skal ikke være muligt at spekulere økonomisk i folks sundhed og sygdom.

## Forholdet mellem forebyggelse og behandling

Forebyggelse er langsigtet og indebærer ikke øjeblikkelige besparelser. Regningen for mange års manglende forebyggelse kommer først de kommende år. Mange af de kendte sygdomme udvikler sig over en lang årrække. Forebyggelse vil på lang sigt betyde mindre behov for behandling. Ressourcerne skal gradvist flyttes fra den sekundære til den primære sundhedstjeneste.

Hvordan forebygger vi?

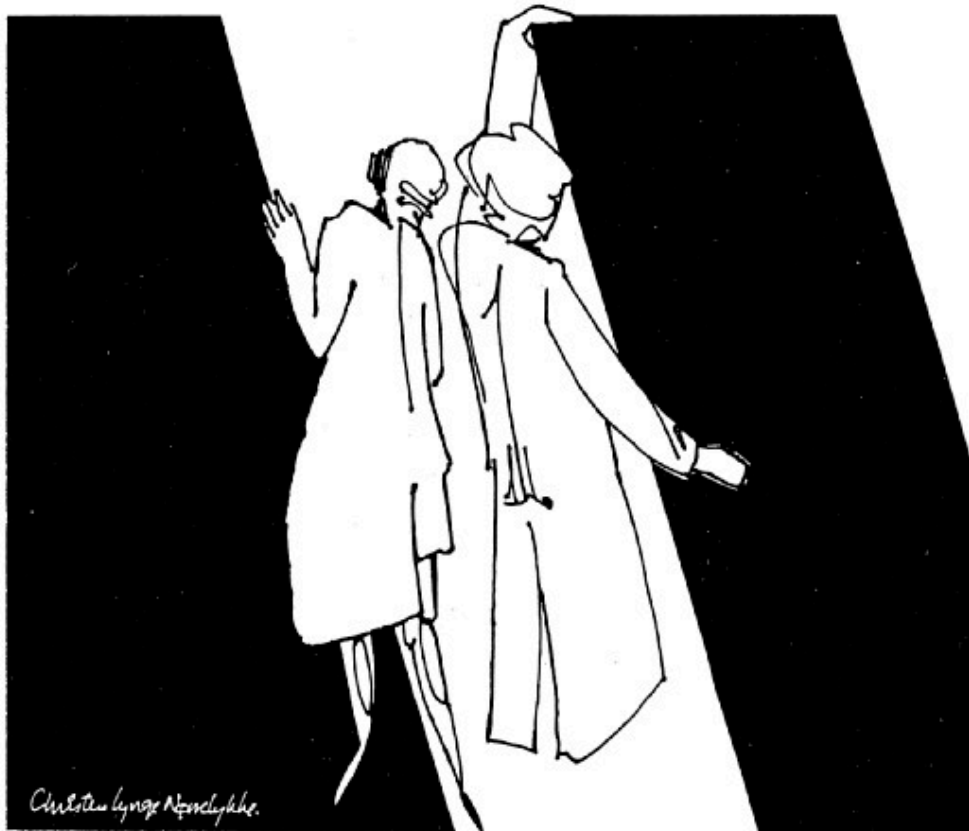
Hvis balancen mellem forebyggelse og behandling skal sikres i fremtiden, må følgende bringes i orden:

- SF ønsker, at der satses på *forebyggelse*. Det er en illusion at tro, at forebyggelse kan finansieres ved nedskæring i behandlingssektoren. Vi må foretage investeringer, som først en gang i fremtiden giver mindre behov for behandling.
- SF ønsker, at der etableres et *formaliseret samarbejde mellem de centrale ministerområder*. Ved at nedsætte et koordinerende sundhedsråd sikrer man en sammenhængende politik, hvor hensynet til sundheden i bred forstand prioriteres højest. Både faglige og politiske synspunkter skal være repræsenteret i rådet.
- SF ønsker, at *samarbejdet intensiveres mellem stat-region-kommune*. Også mellem disse instanser skal der nedsættes koordinerende sundhedsråd efter de samme principper som det centrale sundhedsråd.
- SF ønsker, at betragte *social- og sundhedssektoren under et*. Den nuværende snæversynede opsplitning giver mange unødvendige problemer og medvirker til en opdelt indsats både inden for forebyggelse og inden for behandling.



I et fremtidigt sundhedsvæsen er det vigtigt, at sikre en sammenhæng mellem forskellige instanser inden for social- og sundhedsområdet. De kommunale sundhedscentre er udgangspunktet for både den forebyggende og den behandlende indsats i lokalsamfundet. SF ønsker at decentralisere sundhedsvæsenet. En sådan decentralisering vil give større muligheder for selvforvaltning og vil betyde, at demokratiseringen af sundhedsvæsenet udtrykker en ægte interesse for at forbedre befolkningens levevilkår og dermed en solidaritet med de mennesker, som har størst risiko for at blive syge.

Hvordan vil SF decentralisere?



## Sundhedsvæsenets forskellige niveauer

SF forestiller sig sundhedsvæsenet opdelt på 3 planer

- *Det primærkommunale plan.* Her ses forebyggelse og behandling som en helhed. Forebyggelse integreres i nærmiljøet både m.h.t. fysiske og psyko-sociale forhold. Vægten lægges på det forebyggende arbejde i forhold til brugernes hverdag i forbindelse med bolig, trafik, arbejde, skole fritid m.v.
- *Det regionale plan.* Også på dette plan er der både tale om forebyggelse og behandling. Men vægten på dette niveau lægges på behandlingen og på specialiseringen såvel inden for det somatiske som inden for det psykiatriske område.
- *Det statslige plan.* Dette plan har ansvaret for det centrale sundhedsråds arbejde, lovgivningsområdet, sundhedsuddannelserne, forskning, kontrol med medicinalindustrien, kontrol med virksomheder, hvis produkter/tjenesteydelser har som formål at betjene syge, ældre og handicappede.

## Det primærkommunale plan

Primærkommunerne vil blive ansvarlige for indsatsen i lokalsamfundet. Her skal oprettes kommunale sundhedscentre, hvor den professionelle indsats skal ydes af et tværfagligt team bestående af læger, tandlæger, sygeplejersker, jordemødre, socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sygehjælpere, hjemmehjælpere m.v. Den nuværende bedriftssundhedstjeneste skal integreres i sundhedscentrenes arbejde.

Hvad skal de kommunale sundhedscentre lave?

Det tværfaglige team ansættes i kommuner, og de ansatte skal have pligt og ret til opsøgende virksomhed, forebyggende arbejde, udviklingsopgaver/forskning foruden at de skal kunne behandle de almindeligst forekommende sygdomme.

De kommunale sundhedscentre skal klare vagtfunktioner og lettere skadestuearbejde døgnet rundt, forestå de forskellige hjemmehjælpordninger, forestå sagsbehandlingen vedrørende boligændringer, hjemmebehandlingsordninger, forestå lokalsamfundets sundhedstjeneste på skoler og i småbørnsinstitutioner, forestå bedriftssundhedstjenesten samt indgå i dækningen af kommunale konsulentfunktioner.



Nærhedsprincippet skal respekteres i så høj grad som muligt, og en stor del af tilfældene, der ses på skadestuerne i dag, vil kunne klares af de kommunale sundhedscentre. Disse vil også kunne klare mindre operative indgreb. Til sundhedscentrene skal også tilknyttes speciallæger fra regionens hospital. Speciallæger skal fungere som læger på sygehuset og være ansat der, og have funktioner i et lokalt sundhedscenter både for det tværfaglige team og brugerne. På den måde kommer brugerne inden en indlæggelse til at kende en af lægerne fra hospitalet, og den samme læge vil kunne stå for første efterfølgende kontrol efter en indlæggelse.

Befolkningens nuværende kritik af behandlingssystemet hænger bl.a. sammen med fremmedgørelsen og den manglende medindflydelse. I fremtiden skal der udarbejdes sundhedsplaner, som i lighed med f.eks. lokalplaner skal fremlægges til offentlig høring.

Lokale sundhedsråd med forbrugere, politikere og fagfolk skal være hovedhjørnesteinen i tilrettelæggelsen af lokalområdets sundhedsplan.

### Det regionale plan

Principperne fra det primærkommunale område videreføres til det regionale niveau. Regionerne skal være ansvarlige for sygehusområdet.

Den voksende viden vil medføre øget specialisering. Denne øgede specialisering må ikke betyde, at tildelingen af ressourcer forvrides til fordel for behandling - på bekostning af ressourcer til forebyggelse.

Hvad med speciallægerne?

Specialisternes indflydelse må begrænses, for at undgå ukontrolleret brug af teknologi. Den mest specialiserede del af behandlingen skal koordineres på landsplan, for at de udnytter ressourcerne optimalt. Befolkningen skal tilbydes behandling på et højt plan. Centralisering af specialiseret behandling på regionalt plan er nødvendig af ressourcemæssige årsager.

Vi forestiller os altså bevægelse i to retninger. En decentralisering af langt hovedparten af behandling og en centralisering af den specialiserede behandling. På det regionale niveau er det vigtigt med en langsigtet politisk og praktisk planlægning, der inddrager brugere, politikere og ansatte.

### Det statslige plan

Det statslige niveau skal være ansvarlig for organiseringen af den social- og sundhedspolitiske indsats på landsplan.

- I fremtiden vil det statslige niveau have ansvaret for
- det centrale sundhedsråd
  - lovgivningsområdet
  - sundhedsuddannelserne
  - forskning
  - kontrol med medicinalindustrien og apotekervæsenet.

## Det centrale sundhedsråd

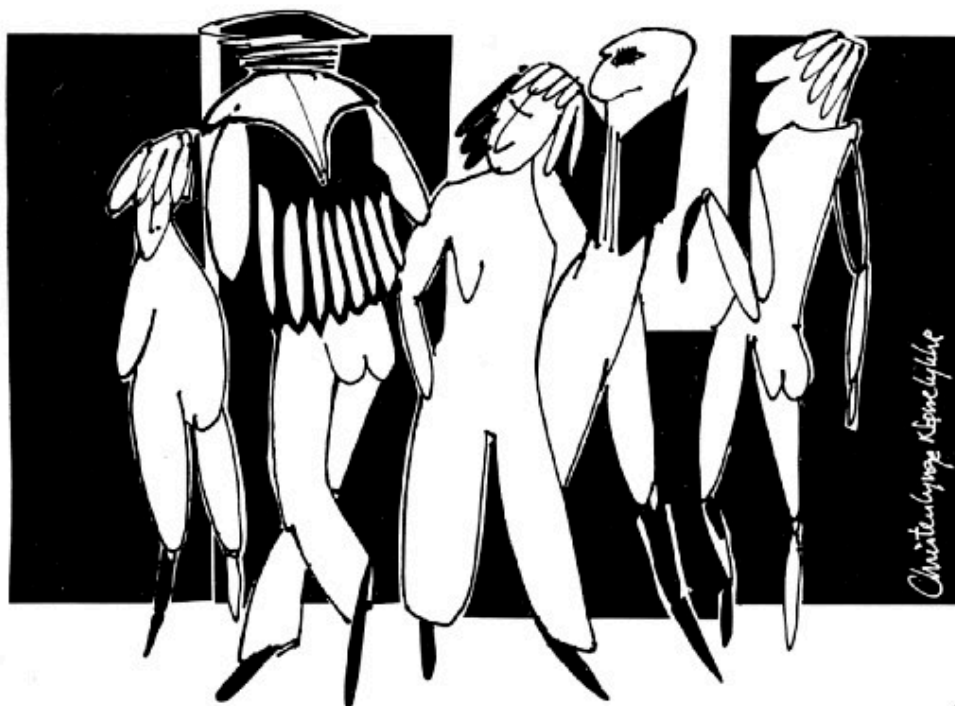
Det vigtigste formål med at etablere et sundhedsråd er at få koordineret den forebyggende indsats. En indsats som normalt varetages (hvis den varetages) af de enkelte ministerier. Sundhedsrådet skal fremstille handlingsplaner på kort og langt sigt og skal vurdere de samfundsøkonomiske konsekvenser på det sundhedsmæssige område.

Til sundhedsrådets arbejde hører også, at igangsætte/fremme forskningen inden for det forebyggende område. Denne problematik beskrives lidt mere detaljeret under afsnittet forskning.

Hvordan sikrer vi koordination?

## Lovgivningsområdet

For at sikre, at al lovgivning tilgodeser befolkningens krav om et sundt liv, skal der i alle ministerier og styrelser oprettes sundhedskontorer. Ligesom de økonomiske sekretariater udtaler sig om et forslags økonomiske konsekvenser, skal sundhedskontorerne vurdere, om en given lovgivning fremmer eller hæmmer befolkningens sundhed.



## Sundhedsuddannelserne

Ansvar for alle sundhedsuddannelser skal samles i Sundhedsministeriet.

Allerede med tilrettelæggelsen af sundhedsuddannelsen præger man det kommende sundhedssystem. Vi skal fremover prioritere forebyggelse fremfor højt specialiseret behandling og det tværfaglige arbejde skal styrkes.

Derfor skal sundhedsuddannelser starte med en fælles grunduddannelse med forebyggelse og tværfaglig problemløsning som centrale emner. Efter den fælles grunduddannelse, skal specialiseringen foregå. Uddannelsessystemet skal tilrettelægges således, at nogle års arbejde i sundhedsvæsenet efter grunduddannelsen er kvalificerede i videreuddannelsen.

Hvordan kommer forebyggelse ind i sundhedsuddannelserne?

For at fremme forebyggelsestanker, skal sundhedsuddannelserne flyttes til regionale sundhedsskoler. Samtidig skal de studendes praktikperioder lægges på lokale sygehuse og i sundhedscentre. Specialistuddannelsen skal foregå centralt f.eks. på universiteterne og på universitetshospitalerne.

Når forebyggelse prioriteres så højt, vil der komme et meget stort behov for efteruddannelse. Den nødvendige uddannelsestid for nyt sundhedspersonale er lang. En ændret sundhedspolitik, som skal gennemføres inden for en overskuelig årrække, forudsætter større efteruddannelse af de, der i dag arbejder i sundhedssektoren.

## Uafhængig kvalitetskontrol

I forbindelse med de regionale sundhedsskoler skal der etableres uafhængige forskningsenheder, som får til opgave at foretage kvalitetskontrol, iværksætte forsøg og vurdere disse samt at udarbejde sundhedsøkonomiske overvejelser til brug for de politiske beslutninger i kommunerne.

## Forskning

Det statslige niveau er også ansvarlig for at koordinere den forskningsmæssige indsats. Og her må det sikres, at forskning omkring forebyggelse opprioriteres, ved at forskere tager udgangspunkt i de sundhedsproblemer, der rent faktisk eksisterer både lokalt, regionalt og nationalt. Det er nødvendigt, at intensivere forskningen omkring forureningens konsekvenser. Her kommer både det ydre miljø og arbejdsmiljøet ind i billedet. Den social- og arbejdsmedicinske forskning skal opprioriteres. Resultaterne og metoderne fra fremtidsforskningen, hvor alternative udviklingsmodeller analyseres og vurderes, skal udnyttes i den medicinske forskning.

Det nuværende sundhedsvæsen giver ikke mulighed for reel nydannelse. Der skal være mulighed for udbredt forsøgsvirksomhed, og ikke som i dag begrænset til snæver naturvidenskabeligt anlagt forskning. Folk, der arbejder med andre måder at forstå og forklare sygdom på, skal kunne komme til orde. Sundhedsvæsenet bør bestandigt indeholde forsøgsvirksomhed, som evalueres.

Hvad skal forskningen tilgodes?



### Alternativ behandling

Nogle af de behandlingsformer, som i dag betegnes som alternative, skal integreres i det etablerede sundhedsvæsen.

### Fremstillingsvirksomheder/ tjenesteydelser

Der skal i fremtiden være kontrol med den del af fremstillingsvirksomhederne/servicevirksomhederne, som sælger produkter/tjenesteydelser til det offentlige sundhedsvæsen. Det drejer sig om medicinalindustrien, virksomheder, som fremstiller udstyr til hospitaler, plejehjem og andre institutioner, virksomheder, som fremstiller hjælpemidler til ældre og handicappede. Apotekervæsenet og de dele af brand- og redningstjenesterne, som ikke allerede er i offentligt regi, skal overgå til det offentlige.

Både kvaliteten og priserne på produkterne/ydelserne skal styres. I virksomhedernes bestyrelser skal der sidde embedsmænd fra social- og sundhedsministeriet/finansministeriet. De skal have adgang til såvel produktionen som regnskaberne.

Apotekerne skal drives i offentlig regi. De skal ligge i tilknytning til de kommunale sundhedscentre og farmaceuterne skal sammen med det øvrige personale på sundhedscentret indgå i det tværfaglige arbejde.





## På vej mod nogle strategier

5

Vejen frem til det skitserede sundhedsvæsen kan ikke foregå på en gang – alene af den grund, at skrivebordsfilosofi, som der jo nødvendigvis må være tale om, ikke skal gennemføres uden forudgående forsøg i mindre målestok.

Hvordan kommer vi derhen?

For at komme videre, må vi etablere meget smidige systemer, som tillader forsøg af forskellige slags. Det er ikke muligt, at lægge sig fast på en bestemt personalesammensætning eller en bestemt struktur. Det må være muligt at arbejde med forskellige systemer. Der skal også være mulighed for lokale løsninger, det skal ikke nødvendigvis være den samme løsning landet over. Det vigtigste er, at ressourcerne udnyttes bedst muligt, og at det sker i samarbejde med de mennesker, der skal være brugere af sundhedscentrene. Det er deres problemer, der bestemmer den fælles, konkrete målsætning og strategi.

Hvilke forsøg er nødvendige?

Først, når vi har erfaringer fra et område, hvor omlægningerne har fundet sted, vil det være muligt at vurdere konsekvenserne af en større indsats på det forebyggende område, og ved en udlægning af hovedparten af behandling til de kommunale sundhedscentre. Først på dette tidspunkt kan vi foretage reelle omprioriteringer fra det sekundære behandlingsvæsen til primærsektoren og forebyggelse.

Det er vigtigt, at der i en omlægningsfase både er folkelig accept og medarbejderaccept. Det er vigtigt, at de kvalifikationer, som er hos det tværfaglige team i behandlingssektoren bruges i det fremtidige sundhedsarbejde både på det primærkommunale plan og det regionale plan. Derfor må efter- og videreuddannelse opprioriteres i hidtil uset omfang.

Det er nødvendigt, at både samfundet og den enkelte får kontrol over både den kollektive og den individuelle sundhed.

Vi må fundamentalt ændre den måde, vi betragter sygdom på. Sygdom skal ikke opfattes som fejl hos den enkelte, som kan rettes ved behandling. Det enkelte menneske må gives reel indflydelse på sin hverdag/arbejdsdag og informeres på en sådan måde, at det bliver muligt at træffe sunde valg. Vi kan ikke behandle os ud af problemerne. Vejen frem er at forebygge ved at forbedre leve- og arbejdsvilkår.

## SFs sundhedsudvalg

**Formand:**

Ulla Runge, Æblevangen 3, 2765 Smørum, tlf. 02 66 02 03.

Gert Boesgaard, Ægirsvej 4 A, 2. tv., 3000 Helsingør,  
tlf. 02 10 18 67.

Kitty Dencker, Dølbyvej 169, 7800 Skive.

Søren Gustavsen, Molbechs Alle 8, 4180 Sorø, tlf. 03 63 35 28.

Isa Hansen, Snedkervej 5, 2. th., 4200 Slagelse, tlf. 03 53 52 23.

Knud Sejer Jensen, Vestervangsvej 53, 8800 Viborg, 06 61 37 51.

Kåre Bering Kristiansen, Nygårdsvej 10, 3520 Farum,  
tlf. 02 95 38 03.

Bente Rasmussen, Carstengade 17, 1770 København V, 01 21 06 34.

Erik Sejrup, Vejlegårdsvej 29, 2665 Vallensbæk, tlf. 02 73 63 40.

Asbjørn Agerschou, SF, Christiansborg, 1240 København K.,  
tlf. privat: 05 13 95 26.

Carsten Andersen, SF Christiansborg, 1240 København K,  
tlf. privat: 01 60 54 58.

Tommy Dinesen, SF Christiansborg, 1240 København K,  
tlf. privat: 03 51 58 36.

Birgitte Husmark, SF Christiansborg, 1240 København K,  
tlf. privat: 02 23 45 70.



For oplysninger om ophavsret og brugerrettigheder, se venligst [www.kb.dk](http://www.kb.dk)

For information on copyright and user rights, please consult [www.kb.dk](http://www.kb.dk)