

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Sundhedsudvalget
Anledning:	Besvarelse af samrådsspørgsmål Æ - AA
Taletid:	ca. 20 min.
Tid og sted:	Torsdag den 4. marts 2010
Dok nr.:	

[Svar på spørgsmål Æ bevillinger til forebyggelse]

I det første spørgsmål Æ henvises til en tidligere besvarelse af folketingsspørgsmål 235 og 236 stillet af Sundhedsudvalget om udviklingen i bevillinger til forebyggelse i perioden 1995 til 2007.

En opdatering af tallene fra svaret på spørgsmål 235 viser, at bevillingerne er steget fra 244 mio. kr. i 1995 til 409 mio. kr. i 2010 opgjort i løbende priser. Der er altså tale om en stigning på knapt 165 mio. kr. Ser man på udviklingen de seneste 3 år, er der tale om en stigning på næsten 140 mio.kr. fra ca. 270 mio.kr. i 2007 til de nævnte 409 mio.kr. i 2010.

At der er tilført ekstra midler til forebyggelse i de seneste år hænger sammen med regeringens politiske prioritering af området. Senest har regeringen

sammen med satspuljepartierne i efteråret 2009 afsat næsten 250 mio.kr. ekstra over 4 år i til indsatsen overfor udsatte grupper.

Ved at benytte den opgørelsesmetode, som ligger til grund for besvarelsen af spørgsmål 235, får man imidlertid kun et overblik over de midler, som er afsat til forebyggelse under Sundhedsministeriets forebyggelsesafsnit i finansloven. Det betyder, at de mange midler, som hvert år bruges på vaccinationsområdet til f.eks. børnevaccinationsprogrammet ikke indgår i opgørelsen. Hertil kommer initiativer på andre ministeriers ressort. Her tænker jeg f.eks. på de 100 mio.kr., der er afsat i 2010 på beskæftigelsesministerens område til sundhedsfremme på arbejdspladsen, og på de midler fødevareministeriets bruger på kampagner og mærkningsordning.

Endvidere bør vi heller ikke glemme de mange midler, som regioner og kommuner bruger på forebyggelse. Det gælder f.eks. de forebyggende helbredsundersøgelser hos praktiserende læger, kronikerindsatsen, den kommunale tandpleje og de forebyggende sundhedsydelse.

Og sidst, men ikke mindst er der midler til aktiviteter, hvor sundhedsfremme og forebyggelse er integreret i kerneydelsen. Det er f.eks. idræt i folkeskole, motion på plejehjem og alle aktiviteterne i det frivillige foreningsliv.

Så alt i alt bruges der rigtig rigtig mange ressourcer på sundhedsfremme og forebyggelse.

Men forebyggelse handler om meget andet end økonomiske ressourcer. Det handler om, at vi alle tager ansvar. Vi har hver især et ansvar for vores egne og

vore nærmestes sundhed. Det ansvar vi løfter ved at træffe fornuftige og sunde valg i dagligdagen.

Kommunerne har også et ansvar. De skal hjælpe borgerne ved at gøre de sunde valg til de lette valg i hverdagen. For eksempel ved at indtænke sundhedsfremme og forebyggelse i de borgernæretilbud på daginstitutionsområdet og i skolerne. Kommunerne har også adgang til at påvirke de fysiske rammer i nærmiljøet. De kan bl.a. gennem byplanlægning være med til at gøre cykel- og gangstier mere tilgængelige for befolkningen. Det kan kommunerne gøre, uden at det koster mere, end det gør i dag.

Alt i alt behøver en styrket forebyggelsesindsats altså ikke nødvendigvis at koste flere penge. For det handler i høj grad også om, at den enkelte tager ansvar, og kommunerne udnytter deres potentiale fuldt ud.

[Svar på spørgsmål Ø, Å og AA om regeringens målsætning om at øge danskernes middellevetid]

Med spørgsmål Ø, Å og AA spørges der til regeringens målsætning om at øge danskernes middellevetid. Og jeg vil gerne indledningsvis medgive, at regeringen har sat et ambitiøst mål for danskernes middellevetid. Danmark er gået fra i 1970'erne at have en middellevetid blandt de 10 højeste OECD-lande, til i dag at ligge nummer 23. Danmark har tabt mange pladser på rangstigen, som vi nu skal have indhentet, så den danske middellevetid i 2020 igen bliver blandt de 10 højeste.

Når det er målsætningen, hænger det sammen med, at langt liv med mange gode leveår er en forudsætning både for et godt liv for den enkelte og for samfundets velstand.

Når vi skal sætte målet ind for at nå denne målsætning, er det vigtigt at have for øje, at middellevetid er resultat af et samspil af faktorer. Livsstil i form af adfærd i forhold til kost, motion, rygning og alkohol spiller en afgørende rolle. Men den behandling vi modtager i sundhedsvæsenet, har også væsentlig betydning.

Derfor skal regeringens målsætning nås ved at sætse på to grundlæggende områder 1) En fortsat styrket forebyggelsesindsats, der giver os alle de bedste muligheder for selv at tage ansvar for vores helbred og 2) Et moderne og

effektivt sundhedsvæsen, som kan sikre hurtig behandling af høj standard og trykke sundhedstilbud tæt på borgerne.

Regeringen har siden 2001 investeret massivt i sundhedsvæsenet og gennemført en række nødvendige reformer. Det betyder, at vi har fået lagt et solidt fundament under sundhedsvæsenet og er godt på vej til at få et sundhedsvæsen i verdensklasse.

For at tage endnu et skridt i den rigtige retning fremlagde regeringen i efteråret Sundhedspakke 2009 med en række initiativer. Initiativer som på hver deres måde bidrager til at styrke de to områder, jeg lige har nævnt, og dermed bidrager til realiseringen af regeringens målsætning om at øge danskernes middellevetid.

Som det første vil jeg nævne handlingsplanen for forebyggelse. Med den har vi søsat 30 indsatser, som sætter ind i forhold til livsstil. Vi sætter bl.a. ind med indsatser, som styrker den brede borgerrettede forebyggelse. Og med indsatser, der tager særligt hensyn til børn og unge samt ressourcetsvage grupper. Og faktum er, at regeringen med de 30 indsatser i handlingsplanen gennemfører en stor del af de af Forebyggelseskommissionens anbefalinger. Lad mig nævne nogle eksempler: det er blevet dyrere at købe tobak, chokolade- og sukkervarer samt sodavand, der gennemføres kampagner om konsekvenserne ved fx rygning og alkohol, der er lanceret en mærkningsordning, som skal fremme salget af sunde fødevarer, detailhandlen er blevet opfordret til at sikre, at cigaretter o. lign. ikke er synlige på salgssteder og skoler og uddannelsesinstitutioner er blevet opfordret til at udarbejde alkoholpolitikker.

At regeringen ikke hovedløst har gennemført alle Forebyggelseskommissionens anbefalinger, skyldes, at regeringen er af den opfattelse, at der er en grænse for, hvor meget vi kan gribe ind i folks hverdag og deres frihed til at træffe egne valg. Jeg ved godt, at oppositionen ikke deler dette synspunkt.

Det næste fra sundhedspakken jeg vil fremhæve, er øget specialisering på færre nye moderne sygehuse. Formålet med det er at sikre patienterne en bedre kvalitet ved at samle og styrke den specialiserede behandling. Det sker ud fra princippet om, at øvelse gør mester, og at der er en sammenhæng mellem aktivitet, erfaring og ekspertise. Lidt forenklet sagt: Jo flere gange kirurgen fører skalpellen, jo bedre bliver han til det. Jo flere gange det samme operationshold har udført den samme type operation, jo bedre arbejder de sammen. Derfor er det afgørende, at behandlingerne ikke bliver spredt ud på alt for mange

sygehuse, for så får læger, sygeplejersker og andre medarbejdere ikke den nødvendige erfaring.

Det gør en forskel for den enkelte patient, om lægen gennemfører tre eller 30 komplicerede operationer om året. Og det gør en forskel for patienten, at der er den nødvendige sundhedsfaglige back-up, hvis patienten med akut blodprop pludselig oplever nyresvigt.

Samlingen af den akutte behandling på færre steder medfører også, at lægerne bliver dygtigere til at behandle svært tilskadekomne. På sygehusene med fælles akutmodtagelser vil samlingen af specialer betyde, at lægerne arbejder mere tværfagligt om udredningen og behandlingen af patienterne. Alle væsentlige

specialer vil være til stede til gavn for behandlingsresultatet og dermed i sidste ende også til gavn for danskernes levetid.

Indsatsen over for de livstruende sygdomme som kræft og hjertesygdomme er også helt central. Med Kræftplan II fra 2005 er vi kommet rigtigt langt på kræftområdet og det afspejler sig i overlevelsen, dødeligheden og patienttilfredsheden. For at fortsætte den positive udvikling vil regeringen i 2010 lancere kræftplan III.

Sigtet med planen er, at behandlingen og forløbene for den enkelte patient med kræft skal styrkes yderligere, og den høje kvalitet fortsættes. Derudover skal vi blive endnu bedre til at forebygge, at kræft overhovedet opstår, og til at opspore

kræft så tidligt som muligt. Begge dele har selvsagt stor betydning for, antallet af personer der dør for tidligt af en kræftsygdom.

I forhold til hjertebehandling, har regeringen med afsæt i de gode erfaringer på kræftområdet sammen med regionerne aftalt at indføre pakkeforløb på hjerteområdet. Pakkeforløbene er implementeret i 2009, og vi holder nu løbende et vågent øje med, hvordan det går ude i regionerne. Og det ser rigtig lovende ud. Patienterne oplever i dag hurtigere og mere veltilrettelagte forløb. Og både patienter og sygehuspersonale giver udtryk for stor tilfredshed med de nye forløb. Og det siger sig selv, at patientens chancer for at overleve sygdommen stiger, jo hurtigere sygdommen opdages og behandles. Derfor er jeg også sikker

på, at effekterne af pakkeforløbene på sigt vil kunne aflæses i overlevelsesstatistikkerne.

Så er der den kommunale medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Med kommunalreformen fik kommunerne ansvaret for at medfinansiere knap en femtedel af det regionale sundhedsvæsen svarende til godt 17 mia. kr. i 2010. Ideen med medfinansieringen er netop at give kommunerne en tilskyndelse til at styrke forebyggelsen. Incitamentet er klart - hver gang det lykkes en kommune at forebygge en indlæggelse, bliver kommunens regning til hospitalsindlæggelser mindre.

Og det gælder både her og nu ved f.eks., at den ældre medicinske patient via en god indsats i ældreplejen undgår unødige indlæggelser. Og som en langtidsinvestering ved at sætte ind med en tidlig forebyggelsesindsats i forhold til usund livsstil for derved at reducere antallet af borgere, der udvikler en kronisk sygdom og dermed får et stort behandlingsbehov.

Som det er i dag er der stor forskel på kommunernes udgifter til hospitalsindlæggelser. Det skyldes befolkningens sammensætning, men er også et udtryk for forskelle i den kommunale forebyggelsesindsats. Derfor har mange kommuner uden tvivl et betydeligt potentiale for at forbedre indsatsen og lære af de bedste kommuner.

For at få kommunerne til at udnytte dette potentiale og levere en effektiv forebyggelses- og plejeindsats, vil regeringen omlægge den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, så den aktivitetsafhængige finansiering øges.

Samtidig skal der udvikles redskaber, som giver kommunerne et grundlag for at vurdere deres indsats. Samtlige kommuner får allerede næste år en profil af deres borgeres sundhedsstilstand. Det gør dem i stand til at tilrettelægge forebyggelsesindsatsen, så den bliver målrettet netop de udfordringer den enkelte kommune har. Og kommunerne vil med de efterfølgende sundhedsprofiler kunne følge op på indsatsen.

[Afslutning]

For at opsummere. Regeringen har med massive investeringer, nødvendige reformer og med en række konkrete initiativer i sundhedspakken forbedret behandlingen i sundhedsvæsenet og styrket forebyggelsen. Dermed har vi skabt grundlaget for at nå målsætningen om at øge danskernes middellevetid. Og det er med dette solide grundlag som afsæt, at regeringen fremadrettet vil arbejde for at videreudvikle det moderne sundhedssystem og styrke forebyggelsesindsatsen yderligere. Det har regeringen netop meldt ud med sit arbejdsprogram ”Viden, vækst, velstand og velfærd”.

Jeg er derfor ikke i tvivl om, at vi de kommende år frem til 2020 vil se en meget positiv udvikling i danskernes middellevetid. art tekst her