

Sundheds- og Ældreministeriet

Dato: 02-10-2018

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tale til samråd BW om social ulighed i sundhed d. 2. oktober 2018

Tak for invitationen. Som sundhedsminister og en del af regeringen, har vi et mål om at gøre vores sundhedsvæsen bedre og sikre patienterne bedre forhold.

Det er det, vi står op til hver dag. Og med det følger jo helt naturligt et særligt fokus på de grupper, hvor det halter mest med sundheden.

Det vil også være et omdrejningspunkt i vores kommende sundhedsreform, hvor det at gøre op med geografisk ulighed i sundhed også vil være et fokuspunkt.

Og der *er* desværre en sammenhæng mellem på den ene side uddannelsesniveau og indkomst og på den anden side både sundhedsadfærd, hvor meget vi rammes af sygdom, og hvor længe vi lever.

Og derfor er en bred indsats også vigtig. Men det handler for regeringen ikke bare, som jeg nogle gange hører det fra spørgerens parti, om forbud og lovgivning. Det handler også om bredere initiativer.

Heldigvis - hvis vi kigger på tal for udviklingen i midlellevetiden - ser vi, at den både generelt stiger, og at forskellen mellem dem med høj og dem med lav indkomst er stoppet med at vokse i de senere år. Det er godt, men betyder selvfølgelig ikke, at vi så bare skal ligge på den lade side fra nu af, når det kommer til at bekæmpe uligheden i sundhed. Det gør vi bestemt heller ikke.

Tværtimod er vi – hvis nogen skulle være i tvivl – i høj grad en regering, der prioriterer sundhedsvæsenet og danskernes sundhed meget højt. Det kan man både se på de økonomiske aftaler, vi har lavet med regionerne - senest med økonomiaftalerne for 2019, hvor vi har løftet sundhedsvæsenet med 1 mia. kr. ekstra, herunder 200 mio. kr. øremærket til psykiatriområdet, hvor der også er behov for at gøre en særlig indsats for de borgere, der netop, som spørgeren siger, nogle gange lever på kanten af vores samfund. Det betyder, at der i 2019 allerede er prioriteret 5,5 mia. kr. mere end i 2015, og med finansloven lægger regeringen op til at investere yderligere i sundhedsområdet.

Og det betyder også noget i forhold til at gøre op med uligheden i sundhed. For det ligger netop i kernen af vores sundhedsvæsen at reducere uligheden. Vores sundhedslov sikrer alle danskere, der har et sundhedskort, let og lige adgang til sundhedsydelser. Det er forskelligt fra en række andre lande, hvor man skal have pengepungen op for at få behandling i sundhedsvæsenet. Det er et fundamentalt princip, at vi netop med vores lige adgang til sundhed også er med til at gøre op med den ulighed i sundhed, vi ser andre steder. Vi gør status løbende, og vi har hele tiden fokus på, at det ikke er pengepungen, der bestemmer, om man kan få hurtig og effektiv behandling.

Det var også det, der var omdrejningspunktet da den daværende indenrigs- og sundhedsminister og nuværende statsminister allerede i 2002 lancerede det udvidede frie sygehusvalg – et valg til, uanset pengepung, at vælge ventetiden fra i det offentlige og bruge et privat tilbud. Det er også et spørgsmål om at sikre et opgør med en ulighed i sundhed.

Vi har også senest på genoptræningsområdet indført en ny patientrettighed, som sikrer, at alle patienter kan vælge en anden leverandør, hvis kommunen ikke kan tilbyde genoptræning inden for syv dage efter udskrivelse fra sygehuset.

Et område hvor vi kan se, at der også er et behov for at sikre både bedre patientrettigheder, en bedre indsats, men hvor det også handler om at sikre lige adgang og sikre, at vi gør op med ulighed i sundhed i relation til, hvem der hidtil haft råd til selv at finde et andet tilbud, hvis kommunen ikke stillede op med genoptræning hurtigt nok.

Men bedst er det selvfølgelig, hvis man slet ikke får brug for behandling, og det er noget af det, som vi med kommunalreformen, hvor vi samlede ansvaret for forebyggelsen i kommunerne, i høj grad gerne ville sætte fokus på. Og sikre at man tæt på borgerne kan tænke på tværs og gøre, som det står i sundhedsloven: ”ved varetagelse af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis”. Nemlig den brede forebyggelsestilgang og også den brede tænkning i relation til forebyggelsesopgøret med en social ulighed i sundhed.

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker – som udkom i opdaterede versioner tidligere på året – er der konkrete anbefalinger til, hvordan forebyggelsesindsatsen kan tilrettelægges i kommunerne. Kommunerne har mange kerneopgaver, der har indflydelse på borgernes sundhed, og derfor handler mange af anbefalingerne i forebyggelsespakkerne om andre forvaltningsområder end kun snævert sundhedsområdet.

Så når vi snakker om ansvaret på tværs af sektorer i kampen mod ulighed i sundhed, handler det altså ikke kun om ansvar på tværs af ”ministerier”, som der måske lidt er fokus på i spørgsmålet. Det handler også om den bredere tænkning på tværs.

Eksempelvis er der i forebyggelsespakkerne anbefalinger om, at kommunerne skal tænke sundhedsfremmende tiltag ind i arbejdet på sociale botilbud, at kommunerne opsporer skadeligt alkoholforbrug på jobcentre og i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg, og at kommunerne arbejder med at fremme trivslen blandt børn og unge i skoler, daginstitutioner og på uddannelsesinstitutioner. Så en bred tilgang til det at sikre en god sundhedsfremme og gøre op med social ulighed.

Men lad mig også nævne nogle eksempler på konkrete initiativer på mit område, hvor vi allerede sætter målrettet ind og gør noget ved ulighed i sundhed.

Vi ved, at forhold i den tidlige barndom har stor effekt på sundheden senere hen. Ja, allerede under graviditeten kan der ske påvirkninger, som kan have betydning for resten af livet. Derfor er indsatser i svangreomsorgen og sundhedsplejen afgørende for at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Regeringen præsenterede i januar et fødselsudspil, hvor vi afsatte 50 mio. kr. fra 2018 og frem til blandt andet at sikre en mere individuel og sammenhængende tilrettelæggelse af hver enkelt families fødselsforløb. Et af fokusområderne er at styrke indsatsen over for sårbare gravide og deres nyfødte børn.

Det styrkede fokus på de sårbare familier skal fastholdes – også efter at barnet er kommet til verden. Derfor udmøntede Sundhedsstyrelsen sidste år som en del af satspuljeaftalen for 2017-2020 77,4 mio. kr. til 17 kommuner, som skal arbejde mere systematisk med en særlig sundhedsplejeindsats over for sårbare og udsatte børn og familier i de tidlige år. Noget som jeg er sikker på, at Børne- og Socialministeren også vil følge op på.

Og noget som regeringen også følger op på i regeringens udspil ”1.000-dages-program – en bedre start på livet”. Her sætter vi blandt andet yderligere ind med tilbud om flere sundhedsplejebesøg i sårbare og udsatte familier og besøg af sundhedsplejen i daginstitutioner for at styrke samarbejdet om børn fra sårbare familier.

Den tidlige indsats – også på tværs af ministerområder - er altså en særlig prioritet for regeringen. Og som sagt, det ved jeg, at børne- og socialministeren vil sige mere om lige om lidt.

Men vi ser desværre også en ulighed i form af en overdødelighed i visse befolkningsgrupper. En af dem er mennesker med psykiske lidelser, som har en højere dødelighed end resten af befolkningen. Det skyldes i høj grad et dårligt fysisk helbred også i forhold til fx kroniske sygdomme ved siden af de psykiske lidelser.

I den psykiatrihandlingsplan, som regeringen lige har præsenteret, vil vi gøre op med uligheden og overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser. Vi vil blandt andet sikre en mere sammenhængende indsats i psykiatrien og et større fokus på forebyggelse og støtte til livsstilsændringer. Det skal bidrage til, at patienter ses og behandles som de hele mennesker, de er – og ikke kun som en diagnose i en journal. For der har desværre været et for stort fokus på, at man har fokuseret udelukkende på den psykiske lidelse og ikke også på de somatiske sygdomme, der kan være i tilknytning.

Der er eksempler nok på initiativer, som vi har taget, og som vi kommer til at tage, men jeg vil her til sidst nævne en generel udfordring, vi ser i sundhedsvæsenet i øjeblikket. Nemlig at borgernes forløb i mange tilfælde ikke hænger godt nok sammen. Det er noget af det, som særligt går ud over udsatte og sårbare patienter, fordi deres pårørende og deres netværk i mindre grad har ressourcer til at være dem, der tager over og koordinerer. Derfor er der her endnu større risiko for at falde mellem to eller flere stole.

Det er ikke acceptabelt, hvis sociale forhold eller geografi har betydning for den behandling, vi leverer i vores sundhedsvæsen. Derfor vil regeringen skabe mere sammenhængende og individuelt tilrettelagte behandlingsforløb tættere på den enkelte borger.

I den sundhedsreform, som vi vil præsentere meget snart, styrker vi det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Statsministeren løftede også sløret for noget af det i forhold til at nedbryde nogle af de siloer, vi ser i dag og at sikre bedre samarbejde. Men det handler også om, at vi stiller højere krav til kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, så kvaliteten af tilbuddene løftes til et ensartet højt niveau i hele landet.

Det skal også være med til at øge ligheden i danskernes sundhed ved at styrke den lette, lige og frie adgang til sundhedstilbud, som er en hjørnesten i vores fælles sundhedsvæsen.

Så ved jeg, at mine kollegaer vil uddybe nogle af de konkrete initiativer på tværs af forskellige ministerområder.

Tak for ordet.