

---

# ENHEDSLISTENS SUNDHEDSPOLITISKE DELPROGRAM

**ENHEDSLISTEN**



Sundhed skabes af mennesker inden for rammer af deres daglige liv, hvor de lærer, arbejder, leger og elsker. Sundhed skabes ved at have omsorg for sig selv og andre. Sundheden skabes ved at være sikker på, at det samfund, man lever i, har som mål at skabe betingelser, der sikrer opnåelse af sundhed. Sundhedsfremme er kort sagt den proces, der sætter mennesker i stand til at opnå kontrol over og bedre deres sundhed.

Dr. Halfdan Mahler, WHO

Enhedslistens sundhedspolitiske delprogram  
er vedtaget af hovedbestyrelsen  
den 5. februar 2017.

Koordinationsgruppen for Sundhedspolitisk Udvalg:  
Eva Marianne Thune Jacobsen, Margit Velsing Groth,  
Else Kayser, Mogens Elmer, Thea Degett.

# ENHEDSLISTENS SUNDHEDSPOLITISKE DELPROGRAM

## INDHOLD

- 4** Introduktion til Enhedslistens sundhedspolitiske delprogram
- 5** Sundhed og samfund
- 5** Sundhedspolitik er velfærdspolitik
- 6** Sundhed er et fælles ansvar, mennesker skal have lige muligheder for et sundt liv
- 7** Sundhedsfremme og forebyggelse
- 8** Sundhedsvæsenet skal være offentligt, demokratisk og solidarisk
- 10** Tværvidenskabelig offentlig forskning i sundhed og sygdom
- 11** Arbejdet for en forbedret sundhedspolitik
- 11** Politisk prioritering i sundhedsvæsenet
- 12** Kampen for sundhed
- 13** Litteraturliste



Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Den samfundsmedicinske model af Dahlgren og Whitehead viser forskellige niveauer med de faktorer, der er afgørende for menneskers sundhed og sygdom. Samtidig er der et kompliceret samspil mellem modellens forskellige niveauer.

I centrum står mennesket med sine biologiske markører: Alder, køn og arv/genetik. Dernæst følger den måde, som man lever på i forhold til kost, rygning, alkohol, motion og seksualitet – de såkaldte KRAMS-faktorer.

Sociale relationer og netværk, det vil sige vores forhold til andre mennesker, spiller en stor rolle for vores sundhed. Leve- og arbejdsvilkår har stærk indflydelse, og endelig er rammerne for vores hverdagsliv, altså samfundets sociale, økonomiske, kulturelle og miljømæssige indretning, også bestemmende for befolkningens sundhedstilstand.

## INTRODUKTION TIL ENHEDSLISTENS SUNDHEDSPOLITISKE DELPROGRAM

Enhedslistens sundhedspolitiske delprogram udstikker grundlaget for de værdier og pejlemærker, som partiet har for den sundhedspolitiske udvikling i Danmark. Det skal suppleres af handlingsplaner med konkrete politiske krav og forslag til aktuelle sundhedspolitiske initiativer.

Sundhedspolitik omfatter både befolkningens muligheder for at leve et sundt liv og sundhedsvæsenets muligheder for at forebygge og behandle sygdomme og lidelser. Enhedslistens forståelse af begreberne sundhed og sygdom tager udgangspunkt i Verdenssundhedsorganisationens (WHO) definition og den samfundsmedicin-

ske model for årsager til sundhed og sygdom. Det betyder, at det ikke kun er det enkelte menneskes ansvar at sørge for egen sundhed. Den sociale ulighed i levevilkår spiller en stor rolle for, hvilke sundhedsrisici man udsættes for, og i hvilket omfang man har mulighed for at træffe sunde valg. Med dette udgangspunkt stilles krav til stat, regioner og kommuner om at skabe de bedste rammer og betingelser for menneskers muligheder for at leve et sundt liv.

Enhedslisten ønsker at prioritere flere penge til at forbedre folkesundheden og reducere den sociale ulighed i sundhed. Især skal der anvendes flere midler til sundhedsfremme og forebyggelse.

# SUNDHED OG SAMFUND

Sygdom er en del af livet uanset samfundets indretning. I sig selv fører kapitalismens måde at strukturere samfundet på til sygdom og begrænser vores muligheder for at skabe sundhed. Kapital- og virksomhedsejerne har altid forsøgt at udnytte arbejdskraften mest muligt, og det nedbryder de ansattes helbred fysisk og psykisk. Producenterne søger mest mulig omsætning med færrest mulige omkostninger. Det betyder, at de sender sundhedsskadelige produkter på markedet, og at de udnytter og skader klima og miljø med sundhedsskadelige konsekvenser. For kapitalen er udgifter til sundhedsvæsenet en omkostning, og derfor arbejder virksomheder, organisationer som Dansk Arbejdsgiverforening og Dansk Industri og de borgerlige partier på at begrænse de midler, der bliver afsat til området.

Det betyder ikke, at sundheden konstant forværres. Under kapitalismen foregår der en kamp om sygdom og sundhed som en del af den samfundsmæssige kamp om værdierne og om indflydelsen og magten. Dette er en del af klassekampen, hvor lønarbejderne, deres faglige organisationer og de folkelige bevægelser nogle gange opnår forbedringer i levevilkårene, mens de andre gange bliver forværrede.

Før oplysningstiden har religiøst baserede organisationer ud fra en kristen etik påtaget sig opgaven med at behandle og pleje syge. I takt med det seneste århundredes opbygning af det danske velfærdssamfund er sundhedsvæsenet udviklet ud fra et grundlæggende princip om alle borgers ret til gratis behandling og pleje; ikke som et i kapitalismen iboende træk, men som et resultat af lønarbejdernes, arbejderbevægelsens og andre progressive kræfters kamp.

I nutidens udviklede samfund, hvor vi har stor viden og høj faglighed i forhold til at helbrede sygdom og forlænge livet, sker behandling af sygdom på et relativt avanceret niveau. I Danmark er gennemsnitslevealderen i løbet af det 20. århundrede steget fra 52 til 76 år for mænd og fra 55 til 80 år for kvinder. Børnedødeligheden er faldet fra 15 til 0,5 %. Infektionsdødeligheden (banale infek-

tioner) er drastisk reduceret i alle aldersgrupper. I samme periode er sygdomsmønstret ændret fra dominans af infektionssygdomme (f.eks. lungebetændelse) til dominans af ikke smitsomme sygdomme (f.eks. diabetes). Overlevelseshæsten efter samtlige sygdomme har været konstant stigende. Underernæring, sult, vitaminmangel-sygdomme er stort set udryddet i Danmark.

I de seneste 20-30 år er det lykkedes den politisk-økonomiske magt i den vestlige verden at genindsætte liberalismen som styrende ideologi, der bl.a. italesætter og beforder egennytte som målet for rationel handlen. I lyset heraf søger neoliberalismen at ændre principperne for det offentlige sundhedsvæsen og markedsføre sundhedsydelse. Dette har ført til etablering af privathospitaler o. lign. samt udbud af sundhedsforsikringer, der som nicheydelse tilbyder hurtigere behandling end det offentlige sundhedsvæsen. Desuden har sundhedssektoren siden 2003 været udsat for konstante politiske krav om en årlig produktivitetstilvækst på først 1.5 % siden 2 %. I samme periode har vi set stigende social ulighed i sundhed, som forstærkes af skærpet konkurrence på arbejdsmarkedet, nedskæringer i den offentlige sektor, øget fattigdom m.m.

Derudover er der sket en global udvikling af den medicotekniske industri med profitmaksimering som det stadig stærkere motiv for udvikling af nye produkter. Især medicinalindustrien har i kraft af sin monopolstatus formået at skaffe sig en stadig større del af de midler, som samfundene – herunder også Danmark – anvender til behandling af sygdom.

Enhedslisten ønsker at fastholde og styrke princippet om gratis og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser samt lige muligheder for god behandling. Enhedslistens mål er en profitfri sundhedssektor. På vejen til dette mål arbejder vi for en stærk offentlig regulering og kontrol af den private sundhedssektor, hvad enten der er tale om medicinproduktion, medicoteknologi eller ydelser på privathospitaler, således at produkterne/ydelserne lever op til samfundsmæssigt fastsatte kvalitetsstandarder.

## SUNDHEDSPOLITIK ER VELFÆRDSPOLITIK

**Enhedslisten tager udgangspunkt i et bredt sundhedsbegreb formuleret af WHO. Sundhed er ifølge WHO en menneskeret.**

- Et godt helbred er en central del af menneskers velfærd, fordi et dårligt helbred begrænser menneskers frihed til at leve det liv, de ønsker. Sundhedspolitik er derfor velfærdspolitik!
- Enhedslisten betragter sundhed ud fra WHO's definition af sundhed og mental (psykisk) sundhed. "Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke alene fravær af sygdom eller svækkelse" (1948). "Mental sundhed er en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber" (2001). Sundhed handler altså også om velfærd og livskvalitet. Mental sundhed indebærer ifølge WHO både en tilstand af velbefindende og ressourcer til at opnå sundhed generelt.

- WHO har fastslået, at sundhed er en menneskeret. Sundhed vedrører det enkelte menneske, sociale grupper og samfundet som helhed. Mange forhold har betydning for befolkningens sundhedstilstand og forskelle imellem befolkningsgruppers sundhed. Det drejer sig om levevilkår i bred forstand herunder uddannelse, indkomst, arbejdsvilkår, fællesskaber, samt den personlige livsstil. Enhedslisten overlader derfor ikke ansvaret udelukkende til sundhedsvæsenet. Samfundet skal indrettes anderledes, og alle politikområder skal inddrages for at forbedre folkesundheden og reducere den sociale ulighed i sundhed. Det er nødvendigt med et bredt syn på sundhed, hvor der tages udgangspunkt i et mangfoldigt menneskesyn og i menneskers velbefindende i stedet for at tage udgangspunkt i arbejdsevne og en snæver forståelse af, hvad der er normalt. Enhedslisten vil følge udviklingen indenfor sygdomsklassifikationer for at holde øje med, at mangfoldigheden blandt befolkningen respekteres og ikke sygeliggøres. F.eks. blev homoseksuelle mennesker tidligere sygeliggjort.

# SUNDHED ER ET FÆLLES ANSVAR – MENNESKER SKAL HAVE LIGE MULIGHEDER FOR ET SUNDT LIV

For Enhedslisten er det centralt, at mennesker får lige muligheder for et sundt liv.

Der er stigende social ulighed i sundhed.

- Sundhed og sygdom er samfundsbaserede fænomener, der forandres i takt med samfundenes udvikling. På sundhedsområdet har nyliberalismen slået igennem på især tre felter: Nedsættelser på den offentligt finansierede sundhedssektor, flytning af sundhedsopgaver til den private sektor og en ideologisk offensiv, som flytter ansvaret for sundhed over på den enkelte.
- Generelle samfundsmæssige betingelser som socioøkonomiske forhold, kultur og miljø – og disses påvirkning af sociale relationer og adfærd – er medbestemmende for et menneskes sundhed og sygdom. Udviklingen i det danske samfund har medført et ændret sygdomsmønster. Kræft og hjerte-kar sygdom er de hyppigste årsager til død og betegnes som folkesygdomme sammen med diabetes, psykiske lidelser, sygdomme i bevægeapparatet (smerter i ryg, skulder og nakke mm.), knogleskørhed, kronisk obstruktiv lungesygdom og overfølsomhed. De har alle stor udbredelse i befolkningen.
- Mulighederne for et sundt liv er ikke ligeligt fordelt. Den sociale ulighed i sundhed har været stigende i Danmark siden 1980'erne. De grupper, som har kort uddannelse og lav indkomst, rammes oftere af kortere levetid og flere år med sygdom og nedsat arbejdsevne. Den rigeste fjerdedel af danske mænd lever i gennemsnit næsten ti år længere end den fattigste fjerdedel, og uligheden er fordoblet de sidste 25 år. For kvinder ses også sociale forskelle, men de er mindre. Forskellene er øget de sidste 25 år, men i mindre udstrækning end for mænd.
- Særligt udsatte grupper rammes af et sammenfald af mange sundhedsrisici, som f.eks. arbejdsløshed, arbejdsskader, social isolation, psykisk sårbarhed og usund livsstil. Det gælder også for børn, der vokser op i fattigdom og i familier, der lever socialt isoleret.
- Der er betydelige forskelle imellem kvinders og mænds sundhed, om end de er mindre end tidligere. Mænd lever fortsat i gennemsnit knapt fire år kortere end kvinder, hvorfor der bør gøres en indsats på området med hensyn til forskning og øget opmærksomhed.
- For Enhedslisten er det centralt, at alle har lige muligheder for et sundt liv og en relevant og professionel behandling i sundhedsvæsenet. På grund af den sociale ulighed i sundhed er det i mange tilfælde nødvendigt at behandle folk forskelligt for at skabe lige muligheder for et godt resultat.

Der er mange årsager til sundhed og sygdom:  
Sundhed er et fælles ansvar.

- Årsager til sundhed og sygdom er komplekse, og en effektiv sundhedspolitik skal rette sig imod disse forskellige typer af årsager. Det drejer sig om at forebygge sygdom og bidrage til sundhedsfremme ved at sikre alle mennesker gode leve- og arbejdsvilkår.

- Der har i sundhedspolitikken længe været stærkt fokus på det enkelte menneskes individuelle livsstil, ikke mindst Kost-, Ryge, Alkohol og Motionsvaner (de såkaldte KRAM faktorer). Disse vaner har uden tvivl stor betydning for sundhed og sygdom og er desuden væsentlige årsager til forskelle i helbred imellem individer og sociale grupper. Men den personlige livsstil hænger også tæt sammen med opvækst, leve- og arbejdsvilkår, og derfor er den enkeltes livsstil ikke kun den enkeltes ansvar. Sundhedspolitikken skal understøtte muligheden for at træffe sunde valg i alle befolkningsgrupper.

Sundhedspolitikken skal inddrage både nutidens og fremtidens udfordringer.

Nutidens udfordringer: Social ulighed i sundhed, svær overvægt, ringe psykisk velbefindende, sundhedsskadelige produktioner, kronisk sygdom.

Fremtidens udfordringer: Antibiotikaresistens, en aldrende befolkning, psykisk sygdom, flygtninge og migranter, klimaforandringer.

- Den stigende ulighed i sundhed hænger sammen med den øgede økonomiske ulighed, der har fundet sted i Danmark gennem de seneste årtier. Stor økonomisk ulighed i et samfund er ikke kun et problem for de dårligst stillede, men medfører en række problemer for folkesundheden i hele samfundet i form af flere mennesker med mental sygdom, svær overvægt og misbrug. Sammenhængskraften i samfundet trues og mistillid og konflikter mellem befolkningsgrupper øges. Den sociale ulighed indebærer også ulighed i livsstil, som forstærker uligheden i sundhed.
- En stigende andel af befolkningen har svær overvægt og som følge heraf har også flere type 2-diabetes – sygdom, som især rammer dem med kort uddannelse og lav indkomst.
- Mange rammes af dårlig mental sundhed f.eks. i form af stress, depression og angst. Ikke mindst unge kvinder. Antallet af demente vil øges, når flere opnår en meget høj alder. Mental sundhed er en af nutidens store sundhedspolitiske udfordringer. WHO forudsiger, at psykisk sygdom rykker op på en andenplads over de mest belastende sygdomme på verdensplan i 2020. Også for mental sundhed er der social ulighed.
- Sundhedsskadelige produktioner og stoffer bidrager til bl.a. kræft, luftvejslidelser og allergi på grund af forureninger.
- Mange rammes af sygdom som følge af dårligt fysisk og psykisk arbejdsmiljø. Især forringelser af det psykiske arbejdsmiljø udgør et stigende problem. Grupper med kort uddannelse er særlig ramt i form af både ulykker, muskel-skeletbesvær, lav indflydelse og usikkerhed i ansættelsen.
- Flere lever med kronisk sygdom og med mere end én sygdom/lidelse (multisygdom). Der er sket en forbedring i sundhedstilstanden i form af længere levetid. Til gengæld lever flere danskere i en årrække med én eller flere kroniske sygdomme. Sund-

hedspolitikken skal derfor også have fokus på at støtte mennesker i at få livskvalitet i et liv med sygdom, ligesom sundhedsvæsenet skal kunne håndtere multisygdom.

- Forekomsten af infektioner med antibiotika resistente bakterier er steget betydeligt i de fleste lande i de sidste 10-15 år. Infektionerne optræder særligt på sygehuse og de fører til øget sygelighed og højere dødelighed. Voksne problemer med at behandle medicineresistente infektioner må derfor forudses.
- Andelen af befolkningen over 65 år stiger. Selv om nuværende generationer har bedre helbred end de foregående vil dette medføre øget pres på sundhedssystemet.
- En stigende andel flygtninge og migranter gør det nødvendigt

med øget opmærksomhed på disse gruppers evt. særlige problemer. Et fælles træk kan være risiko for ringere mentalt helbred som følge af traumer (f.eks. PTSD), og som samtidig ofte først manifesterer sig efter lang tid. Dertil kommer flere ikke vaccinerede børn.

- På langt sigt kan klimaforandringerne indebære nye problemer for folkesundheden, og dette bør derfor indtænkes i fremtidens sundhedspolitik. Det drejer sig om risiko for zikavirus og denguefeber virus, borreliose forårsaget af flåter, pollenallergi forårsaget af længere pollensæson og nedsat åndedrætsfunktion som følge af øget ozonniveau og varmere klima. Ekstreme vejrforfænomener kan også påvirke den mentale sundhed.

## SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

### Fremme af lighed i sundhed betyder fokus på strukturel forebyggelse.

- Strukturel forebyggelse handler om rammerne for menneskers liv og om regler og politikker. Det kræver en indsats på tværs af politikområder. Arbejdslivet har stor betydning for menneskers sundhed, fordi vi bruger en meget stor del af vores tid på at gå på arbejde. Derfor er arbejdsforhold og arbejdsmiljø centralt for at forbedre sundheden. Også vores omgivelser og vores forbrug er vigtige for sundheden. Det gælder ikke mindst vand, luft, sunde fødevarer og gode boligforhold.
- Strukturel forebyggelse virker positivt på folkesundheden, fordi strukturelle ændringer påvirker hele befolkningen, dvs. også de socialt dårligst stillede, som oftere end resten af befolkningen oplever en ophobning af de forskellige sundhedsrisici. Et sundt liv begynder allerede i barndommen, fortsætter i ungdomslivet, voksenlivet, arbejdslivet og alderdommen. Så det er vigtigt, at alle børn sikres muligheder for gode opvækstvilkår.

### Strukturel forebyggelse skal ske på internationalt, nationalt, regionalt og kommunalt niveau.

På internationalt niveau drejer det sig om:

- Lovgivning imod sundhedsskadelig produktion og stoffer.
- Kamp for en politik, der modvirker social dumping og usikre ansættelser.
- Stop for skatteunddragelser, som øger den sociale ulighed, koster statskassen dyrt og dermed øger tendensen til nedskæringer på udgifterne til sundhed.
- Bekæmpelse af EU-regler og frihandelsregler, der forringer standarder for beskyttelse af forbrugere, forringer de ansattes arbejdsvilkår og forhindrer landene i at skabe den mest sundhedsfremmende lovgivning.
- Kamp for en politik, som modvirker klimaforandringerne

Enhedslisten vil arbejde for at Danmark indgår bindende internationale aftaler, der styrker arbejdet for ovennævnte mål, men som ikke forhindrer nogle lande i at gå videre mod målet.

- På nationalt niveau drejer det sig om at rette fokus mod at mindske fattigdom og sørge for at standse den stigende forskel mellem

rig og fattig. Enhedslisten ønsker fastsættelse af en national fattigdomsgrænse. Sociale skævheder skal udlignes ved, at de sociale ydelser sikrer alle borgere et tilstrækkeligt økonomisk livsgrundlag. Derudover har den til enhver tid siddende regering følgende strukturelle opgaver af betydning for folkesundheden:

- at forbedre det ydre miljø, bevare og udvikle naturområder samt fremme vedvarende energi.
  - at lovgive for at begrænse forurening fra trafik, landbrug og industri.
  - at sikre infrastruktur samt offentlige og billige transportmuligheder.
  - at sørge for uddannelsesmuligheder til alle uanset baggrund.
  - at skabe og sikre arbejdspladser med trygge ansættelsesvilkår og et godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø.
  - at skabe et rummeligt arbejdsmarked med flere jobmuligheder til personer med nedsat arbejdsevne.
- En sundere livsstil skal fremmes ved at gøre de sunde valg lettilgængelige og billige – både for den enkelte, på arbejdspladser og i de fælles offentlige institutioner. Enhedslisten ønsker nationalt fastsatte prispolitikker med høje priser på usunde varer og lave priser på sunde varer. Det er også vigtigt, at tilgængeligheden til tobak og alkohol begrænses. Arbejdspladserne skal tilbyde sunde, billige måltider. Det er fortsat nødvendigt at staten iværksætter sundhedsoplysning, fordi det bidrager til nødvendig viden og opmærksomhed på sundhedsspørgsmål i offentligheden. Dette som modsætning til de mange private reklamekampagner, der lovpriser usunde produkter. Desuden skal der etableres tilbud om hjælp til sund livsstil og forebyggelsestilbud for mennesker i risikogruppe.
  - På regionalt niveau drejer det sig om regionernes opgaver vedrørende sundhedsvæsenet. Den strukturelle opgave er at få sygehuse, kommuner og praksisområdet til at fungere mere konsekvent sundhedsfremmende, forebyggende og opfølgende efter behandlinger. Sygehusene skal sikre opfølgende behandling ved gode indlæggelses- og udskrivningsforløb i tæt samarbejde med kommunerne i forbindelse med sygdomsforebyggelse og rehabilitering. Almen praksis skal have en vigtig rolle i at koordinere relevant opfølgning og efterbehandling efter sygehusophold. Rammevilkårene for almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren skal understøtte dette.

- På kommunalt og lokalt niveau drejer det sig om, at børn sikres gode opvækstvilkår, og at der for alle kommunens borgere skabes muligheder for stærke sociale fællesskaber. Det indebærer by- og boligplanlægning med grønne områder og muligheder for fysisk udfoldelse og sociale fællesskaber. Det betyder også, at kommunerne skal skabe rammer for og satse på netværkskabende kultur- og fritidsaktiviteter og trivselsfremmende tiltag specifikt målrettet de forskellige grupper af borgere. Den sociale sammenhængskraft skal styrkes ved en kombination af ejer- og lejerboliger med forskellige pris- og huslejeniveauer. Diskrimination over for mindretalsgrupper skal modvirkes gennem mere oplysning og aktiv inddragelse af disse grupper i de lokale fællesskaber. Det gælder etniske-, religiøse-, seksuelle mindretal og mennesker med handicap.
- Børneinstitutioner og skoler med tilstrækkelige normeringer af uddannet personale skal sikres. Især i områder med mange familier med kort uddannelse, lave indkomster, svag tilknytning til arbejdsmarkedet skal der sikres kvalitet omkring barnets opvækst i daginstitutioner og skoler. Kommuner og regioner skal styrke den sundhedsfremmende livsstil igennem ryge-, kost- og alkoholpolitikker som bl.a. skal indeholde tilbud om sunde måltider, kostvejledning, madlavning, motion og bevægelse på skoler, børne- og ældreinstitutioner og på arbejdspladser. Skolerne skal også udfor-

me politik om mobning. Blandt familier med særligt belastende forhold skal der være individrettede tilbud. Personlig vejledning og støtte samt medinddragelse skal generelt være et tilbud til særligt udsatte (f.eks. personer med mange sygdomme og uden netværk).

Arbejdsmarkedet:

- Et godt arbejdsliv fremmer sundheden. Alt for mange er i dag sat uden for arbejdsmarkedet på grund af sygdom hos den enkelte, virksomhedslukninger og omstruktureringer. Samtidig lider mange ansatte under et dårligt arbejdsmiljø. Skadelige kemikalier og ulykker skal fortsat reduceres. Øget arbejdstempo, hyppige organisatoriske forandringer, øget kontrol, social dumping og usikre ansættelser er stigende problemer, som har medført betydelig forværring af det psykiske arbejdsmiljø. Udstødning fra arbejdsmarkedet og dårligt arbejdsmiljø bidrager til at øge den sociale ulighed i sundhed.
- Enhedslisten ønsker en forstærket indsats for at sikre alle mennesker et godt arbejde. Dette omfatter bl.a. indflydelse på eget arbejde, mening i arbejde, forudsigelighed, social støtte, belønning og passende krav i arbejdet. Virksomhedens arbejdsmiljøorganisation skal styrkes igennem bedre uddannelse og større mulighed for indflydelse fra arbejdsmiljørepræsentanterne. Arbejdstilsynet skal styrkes, og lovbaseret arbejdsmiljørådgivning skal genindføres.

## SUNDHEDSVÆSENET SKAL VÆRE OFFENTLIGT, DEMOKRATISK OG SOLIDARISK

- Hele sundhedsvæsenet skal varetages som tilbud i offentligt regi finansieret via skattesystemet. Alle væsentlige dele af sundhedsvæsenet skal drives under fuld demokratisk kontrol gennem folkevalgte organer som kommunalbestyrelser og regionsråd samt formaliseret medindflydelse fra ansatte, brugerråd og patientforeninger. Alt sundhedspersonale og beredskab skal være ansat i offentligt regi, og et stærkt offentligt sundhedsvæsen skal understøtte den enkeltes sundhed.
- I dag varetages en række opgaver inden for sundhedsområdet af behandlere i liberale erhverv/som selvstændige erhvervsdrivende uden for offentligt regi, men reguleret gennem aftaler. Det drejer sig f.eks. om alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Også apoteker og ambulancetjeneste drives i privat regi. Enhedslisten mener, at der ikke skal kunne skabes økonomisk gevinst på menneskers sygdom og sundhed. Vi afviser derfor nye forsøg, som leder til privatisering af sundhedsområdet, og vi ønsker ikke, at private patientrettigheder i form af f.eks. behandlingsgaranti og diagnoseudredningsgaranti benyttes til fremme af private udbydere.
- Enhedslisten kan acceptere, at de praktiserende behandlere i det lokale sundhedsvæsen – alment praktiserende læger, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer mv. – fortsat virker under velregulerede rammer under den offentlige sygesikring. Men kun så længe dette kan sikre en høj faglighed, god geografisk dækning og lokal betjening, et godt serviceniveau og en rimelig økonomi både samfundsmæssigt og for patienterne. Når og hvor disse hensyn ikke kan opfyldes, lokalt eller generelt, bør en direkte offentlig organisering og ansættelse etableres som alternativ. I den forbindelse må det sikres, at kapacitet og behandlingskvalitet ikke kan påvirkes negativt af tilfældige lokale budgetbesparelser o. lign.

**Sundhedsvæsenet skal arbejde med at fremme social lighed i sundhed.**

- Brugerbetaling øger den sociale ulighed i sundhed. Priserne på medicin afholder mange i socialt udsatte grupper fra at skaffe sig den ordinerede medicin, ligesom disse grupper søger tandlæge i langt mindre omfang end den øvrige befolkning til skade for deres tandsundhed og tandbevarelse. Ingen skal være udelukket fra behandling af økonomiske grunde. Al brugerbetaling i det offentlige sundhedsvæsen skal afvikles, og al fagligt vurderet nødvendig forebyggelse, behandling og rehabilitering skal være gratis for brugeren, herunder lægeordineret medicin og tandbehandling. Tandlægehonorarerne skal samtidig sættes ned. Enhedslisten afviser enhver tanke om at indføre brugerbetaling på sundhedsydelser som f.eks. konsultationer hos egen læge, akut skadebehandling mv., selvom det findes i de andre nordiske lande.
- Alle borgere skal mødes og behandles lige. Der må ikke ske forskelsbehandling på baggrund af borgerens økonomiske eller sociale status. Sundhedspersonalet skal uddannes til at tage imod alle på en værdig måde. Det har vist sig, at f.eks. misbrugere og hjemløse har svært ved at indgå i behandler-systemet, ligesom behandlerne har svært ved at tage imod disse borgere med en anden tilgang til livet end de normer, som kendetegner de bedrestillede samfundsgrupper. I dag modtager de mennesker, som har en lang uddannelse og en høj indtægt i gennemsnit flere behandlingstilbud for samme sygdom end dem med kort uddannelse og lav indkomst. Socialsygeplejersker med uddannelse i omsorg for særligt udsatte borgere og kronisk syge



patienter findes i dag i nogle regioner for både akutte og ikke akutte indlæggelser. Denne ordning vil Enhedslisten have gennemført i alle regioner og på alle hospitaler.

- Der skal ske en forbedring af kommunikationen mellem patienter og behandlere og af den enkeltes selvbestemmelse. Læger og andre sundhedsprofessionelle skal kunne tale med patienter uden brug af medicinske fagudtryk. Det er vigtigt, at det ikke kun er de sprogligt stærke, yngre og veluddannede, der får indflydelse på behandlingsvalgene, idet det også skal gælde de ældre og borgere med ingen eller kort uddannelse. Der skal sikres professionel tolkebistand til patienter med begrænsede danskundskaber.
- Patienter og pårørende skal i stigende grad inddrages som samarbejdspartnere i beslutninger om behandling, pleje og rehabilitering. Enhedslisten vil tage begrebet "Patienten/Borgeren i centrum" alvorligt og stille krav om, at den enkelte skal være ordentligt informeret og sammen med sin læge og andre ansvarlige for en given indsats være med til at beslutte, hvad der skal foregå. Patienten og de pårørende skal være klar over meningen med de enkelte behandlingstrin og pleje- og rehabiliteringsforløb samt være med til at opstille mål for forløbet. For Enhedslisten er det vigtigt at påpege, at "patienten i centrum" ikke handler om at pådutte patienten en egenomsorg, som vedkommende ikke magter. Der er dokumentation for, at seriøs patientinddragelse via information og medbestemmelse giver bedre behandlingsresultater.
- At blive alvorligt syg eller få en kronisk lidelse er en social begivenhed der udover fysiske, psykiske og sociale følger kan have økonomiske konsekvenser for den enkelte og for dennes nærmeste familie. Den syge risikerer at miste sit forsørgelsesgrundlag, de forskellige sociale roller påvirkes, og ofte er sygdommen forbundet med stor angst og usikkerhed. Behandlingstilbud skal derfor tilrettelægges i forhold til den syges samlede livssituation som overbygning på den lægelige behandling f.eks. i form af psykologhjælp og god kommunal rehabilitering. Enhedslisten ønsker udvidet mulighed for gratis psykologhjælp, og at rehabilitering sker med fokus på at tilpasse arbejdet til den syges eventuelle nedsatte arbejdsevne.

## Specialisering i sundhedsvæsenet giver udfordringer.

### Det nære sundhedsvæsen skal opprioriteres.

### Det nære sundhedsvæsen har stor betydning for opfølgning efter hospitalsindlæggelser samt ikke hospitalskrævende behandling og forebyggelse for borgere i kommunerne.

- Den stigende specialisering inden for sundhedsvæsenet f.eks. i form af supersygehuse giver udfordringer for behandling af patienter med almenmedicinske lidelser og behandling af patienter, som har mere end én sygdom/lidelse. Det gælder især den voksende gruppe af ældre og kronisk syge mennesker, hvor det er nødvendigt med langt bedre koordinering og et tæt samspil mellem hospitalerne, hjemmeplejen og almen praksis.
- Specialiseringen og den højteknologiske behandlingsform stiller også større krav til den enkelte for at kunne overskue udredning og behandling.

- Enhedslisten vil i hospitalsplanlægningen sikre ressourcer både til den avancerede og højt specialiserede behandling på supersygehuse og universitetshospitaler og til opretholdelse og udvikling af ikke-specialiserede lokale enheder. I den ny sygestruktur samles specialiseret behandling og akut behandling på færre sygehuse, hvilket stiller store krav til både de nære sundhedstilbud og det præhospitale akutberedskab – ambulancer, akutbiler og akutlægebiler suppleret af god dækning med akutlægehelikoptere.
- Med det nære sundhedsvæsen menes indsatser i lokalsamfundet/kommunen og tæt på borgeren som f.eks. lægepraksis, sundhedshuse og træningscentre. Der mangler imidlertid lokaliteter med et vist antal sengepladser og personale til både at tage imod patienter fra hospitalerne, som endnu ikke kan klare sig i eget hjem, og som tilbud til borgere, som ikke er så behandlingskrævende, at de skal på hospital. Sundhedshuse eller kommunale akutfunktioner skal således tage imod f.eks. ældre medicinske patienter og yde omsorg, tryghed og pleje. Dertil kommer modtagelse af borgere med almindeligt forekommende sygdomme og skavanker med tilbud om ikke specialiseret behandling samt rådgivning vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse.
- Hospitalerne skal understøtte det nære sundhedsvæsen med rådgivning, udadgående funktioner og bistand til uddannelse af personalet samt ved øget samarbejde mellem det somatiske og psykiatriske område. Det betyder, at sygehusvæsenet, hvor det er muligt og fagligt forsvarligt, skal tilbyde behandling tættere på borgeren i lokale sundhedshuse, modtagecentre eller i borgerens eget hjem.
- Svangreomsorg anvendes som et samlet begreb for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med de naturlige livsprocesser graviditet, fødsel og barsel. Sundhedsvæsenets indsats omfatter sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, og der skal ydes en differentieret indsats med udgangspunkt i den enkelte gravide kvindes ønsker og behov. Svangeromsorgen skal følges op med sundhedspleje og lægekontrol for at følge barnets udvikling og støtte familiedannelsen. Dette er det ideelle scenarium, men det sker desværre ikke altid i dag. Den sociale ulighed, som betinger ulighed i sundhed, præger mennesker allerede fra fosterstadiet, fødslen og i spædbarnsalderen. Alle kendte negative sundhedsfaktorer i familien kan have konsekvenser for fosteret. Der er evidens for, at for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, medfødte defekter og dårlig trivsel hos det nyfødte barn har sammenhæng med moderens helbreds- og levevilkår.
- Det psykiatriske område omfatter udover psykiatriske diagnoser tillige mental sundhed. Belastet mental sundhed er en risikofaktor for lidelser som depression, angst, stress, spiseforstyrrelser og mistrivsel. Enhedslisten ønsker øget fokus på forebyggelse og oprettelse af flere psykiatriske sengepladser, idet erfaringerne viser, at der er for mange psykiatriske patienter uden tilstrækkelig behandling og omsorg, ligesom risikoen for kriminalitet begået af psykisk syge er øget.
- I forbindelse med opprioritering af det nære sundhedsvæsen er det et problem, at det kan være vanskeligt at få inddraget de praktiserende læger i samarbejdet imellem sygehuset og kommunerne. Et andet problem er, at det i nogle tilfælde er umuligt at få alment praktiserende læger til at nedsætte sig i praksis i de som oftest benævnte udkantsområder. Dette er endnu et eksempel på, at man ikke kan overlade vitale samfundsfunktioner til de frie markeds kræfter. I sådanne tilfælde må det offentlige sundhedsvæsen træde til, overtage funktionerne og

sikre den fornødne forsyning, ligesom det er sket på mange andre områder gennem historien. Enhedslisten vil arbejde for, at skævheden i lægedækning bliver løst.

- Rehabilitering er tænkt som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i fysisk, psykisk og/eller social funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Hvis en borger prioriterer at kunne tage bad selv, så er det det mål, borgeren og fagpersonen skal arbejde hen imod. Udgangspunktet skal være borgerens ret til selv at bestemme. Den personlige frihed jfr. grundlovens § 71 omfatter ret til at sige nej til tvungen træning uden administrative konsekvenser for borgeren. Mange kommuner tilbyder ikke patienterne den optimale rehabilitering, men anvender rehabilitering som besparelsesmulighed, hvilket Enhedslisten finder uacceptabelt. Man skal endvidere være opmærksom på risikoen for øget social ulighed ved at rehabilitering primært kan udnyttes af de privilegerede samfundsborgere. Dette er f.eks. påvist for kræftpatienters vedkommende.

**Kvalitet i sundhedsvæsenet kræver sammenhæng, samarbejde, opgør med økonomisk kassetænkning, veluddannet personale og ordentlige arbejdsforhold.**

- Enhedslisten ser det regionale sundhedsvæsen – psykiatri og hospitaler – og de kommunale sundhedstilbud i sammenhæng. Vi ønsker, at kommuner og regioner skaber et sammenhængende sundhedsvæsen i tæt samarbejde om at tilbyde befolkningen og den enkelte borger nødvendig forebyggelse, behandling og pleje. Sundhedsfremme og forebyggelse skal inddrages mere aktivt i sundhedsvæsenet, og det stærke fokus på øget produktivitet skal erstattes af mere fokus på kvalitet. Der skal være et tæt og demokratisk samarbejde mellem politikere, faglige specialer og patientorganisationer.
- Samarbejdet skal styrkes mellem hospitalsafdelinger, på tværs af hospitaler, mellem hospitalssektoren og den kommunale sektor, mellem de forskellige behandlergrupper samt med almen praksis. Hospitalerne må forud for patienternes udskrivelse sikre sig, at der er sket en koordinering og aftale med hjemmeplejen, så den kan overtage den opfølgende behandling og

pleje eventuelt i samarbejde med specialviden fra hospitalerne.

- Der må sikres et tæt samarbejde mellem det faglige generallistniveau og specialligniveauet. Højt specialligniveau som f.eks. behandling af hjertelidelser og kræftdiagnoser må udvikles, men ikke på bekostning af andre specialer og ikke på bekostning af almenkirurgiske og almenmedicinske patienter.
- Enhedslisten ønsker, at der afsættes flere midler til den kommunale sundhedsindsats. Inden for den patientrettede forebyggelse, f.eks. opfølgningen på kroniske sygdomme, er ansvaret delt mellem regioner og kommuner, et ansvar som bliver udmøntet i 4-årige sundhedsaftaler. Efter strukturreformen januar 2007 er det kommunernes ansvar at skabe rammer for borgernes sundhed og trivsel, at sørge for de borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser samt den ikke specialiserede del af genoptræningsområdet. De kommunale sundhedstilbud omfatter sundhedspleje, skolesundhedspleje, forebyggelse, hjemmesygepleje/ ældreomsorg, træning og rehabilitering samt den kommunale tandpleje. Disse tilbud er nedfældet i sundhedsloven og serviceloven, men udmøntningen af lovene hæmmes af de snævre økonomiske rammer, der er pålagt kommunerne.
- Enhedslisten er imod nedskæringer og økonomisk kassetænkning mellem sektorerne i varetagelsen af regionale og kommunale opgaver. På trods af pålæg og intentioner om at udbrede og forbedre samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis er der samtidig indført økonomiske tilskyndelser for begge myndigheder, der i mange tilfælde modarbejder fælles mål for behandlingen. Disse mål bremses i kraft af de snævre økonomiske rammer, som skiftende regeringer har lagt for kommuner og regioner. Økonomien skal i stedet bidrage til et øget samarbejde imellem sektorerne. Vi vil følge udviklingen nøje og støtte faglige argumenter for nytænkning til forbedring af den traditionelle og rigide arbejdsdeling.
- Et sundhedsvæsen, der skal sikre kvalitet i behandlingerne, kræver et sundhedspersonale, der gennem gode uddannelser er kvalificerede til sundhedsfremme og forebyggelses-, behandlings- og plejeopgaverne. Alle personalegrupper skal sikres ordentlige arbejds- og ansættelsesforhold, herunder et rimeligt arbejdstempo og normeringer, der sikrer mod stress. De offentlige arbejdsgivere har en forpligtelse til at sikre den enkelte medarbejders videre- og efteruddannelse.

## TVÆRVIDENSKABELIG OFFENTLIG FORSKNING I SUNDHED OG SYGDOM

Sundhedsvidenskabelig forskning skal foregå i offentligt regi og være tværvideenskabelig.

Øget forskning i social ulighed i sundhed og sundhedsfremme og forebyggelse.

Medicinproduktion i offentlig regi, væk med patenter og profithensyn, pres på medicinalindustrien for lavere priser.

Offentlig støtte til lægefaglig, terapeutisk, sygeplejefaglig og alternativ behandling ydes kun ved forskningsbaseret dokumentation for virksomme og uskadelige behandlinger.

- Sundhedsvidenskabelig forskning bør primært foregå i offentligt regi for at sikre, at forskningen prioriteres efter befolkningens behov frem for ud fra kommercielle interesser. Enhedslisten går ind for flere frie forskningsmidler og er imod nedskæringer på grundforskning. Det er væsentligt at styrke den tvær-

videnskabelige forskning, hvor såvel den medicinske som den samfundsvidenskabelige forskning inddrages.

- Der er behov for øget forskning i social ulighed i sundhed såvel som effekten af forskellige indsatser inden for sundhedsfremme og forebyggelse samt nye typer af behandlingstilbud. Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse vil på længere sigt gavne folkesundheden og mindske behovet for sygdomsbehandling og styrke livskvaliteten hos mennesker, der lever med sygdom f.eks. igennem bedre social inklusion.
- En offentlig medicinproduktion er et middel til at undgå, at det er profithensyn, der bestemmer produktion af medicin typer. Medicinal og medicofirmaerne presser priserne i vejret og er dermed en afgørende årsag til hospitalernes ressourceproblemer. De er med til at ændre grænserne for sygelighed. De prioriterer forskning i nye lægemidler efter, hvad der kan tjenes penge på, og ikke hvad samfundet har brug for, ligesom de bruger milliarder af kroner til at markedsføre me-

dicin, hvis samlede virkning ikke forbedrer borgernes sundhedstilstand.

- Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og lægemiddelindustrien skal følges og overvåges, styres og kontrolleres.
- Hver anden dansker og 100 millioner EU borgere har været eller er brugere af alternativ behandling – og tendensen er stigende. Der er behov for mere viden om alternativ behandling. En forudsætning for offentlig støtte til alternativ behandling – såvel som til lægefaglig, terapeutisk, sygeplejefaglig og al anden behandling – er, at der foreligger forskningsbaseret dokumentation for, at de er virksomme og uskadelige. Enhedslisten opfordrer især til at undersøge de behandlingsformer, der er omfattet af RAB-ordningen (Registreret Alternativ Behandler) – og at forskningen er tværvideenskabelig. Eventuelt kan forskningsbaseret viden om alternativ behandling opnås via samarbejdsprojekter mellem sundhedsvæsenet og komplementær og alternativ medicin (KAM) – sektoren).

## ARBEJDET FOR EN FORBEDRET SUNDHEDSPOLITIK

Opgør med New Public Management i styringen af sundhedsvæsenet.

Sundhedspolitik udvikles parlamentarisk og via mobilisering af brugere og ansatte.

Aktuelle sundhedsproblemer og den tiltagende sociale ulighed i sundhed.

- Som følge af indførelsen af New Public Management som styringsparadigme i den offentlige sektor har personalet fået en stigende dokumentationsbyrde, hvor tiden er gået fra kerneudførelserne og den værdifulde kontakt med patienterne. Der har

samtidig været politiske krav om flere behandlinger for de samme eller færre penge (1,5 hhv. 2 % produktivitetsøgning pr. år siden 2003). Enhedslisten ønsker et politisk opgør med den resultatbaserede styring og de forsimplede succeskriterier samt reduktion af mængden af dokumentation, fordi disse faktorer er demotiverende for personalet, giver et dårligt arbejdsmiljø, stigende sygefravær og dermed risiko for ringere kvalitet i behandlingerne. Enhedslisten vil presse på for udvikling af nye veje til en effektiv og kvalitativ forbedret offentlig sektor med baggrund i forskning, inddragelse af de faglige organisationer og erfaringer fra andre lande. Målet er at sikre den enkelte borger bedst mulig sundhed og at reducere den sociale ulighed i sundhed. Personalet skal gives mulighed for at generobre indflydelse på egen arbejdssituation og dermed forbedret patientkontakt, hvorved faglig mening, motivation og arbejdsglæde vender tilbage.

## POLITISK PRIORITERING I SUNDHEDSVÆSENET

- Prioritering i sundhedsvæsenet handler om at give fortrin til behandlingsmuligheder eller forskellige medicinpræparater. Den økonomiske betydning af disse valg vil ofte indgå i prioriteringen, idet sundhedsvæsenet ikke har råd til alt, hvad der er fagligt muligt. Når medicinalindustrien de seneste år har øget prisniveauet på ny medicin til hidtil usete højder, får det derfor betydning for sundhedsvæsenets øvrige muligheder.
- I sundhedsvæsenet foregår hele tiden mere eller mindre åbenlyse prioriteringer baseret på især lægefaglige skøn, men også på de givne økonomiske begrænsende vilkår. Behandlinger og medicinpræparater udvikles konstant, og det bliver muligt at behandle flere og flere sygdomme i takt med den nye teknologi og dertil hørende bedre faglige kunnen. Med de mange nye og flere behandlingsmuligheder er det vigtigt, at prioritering bliver et politisk spørgsmål, så behandlerne har synlige og bedre rettesnore for valg af behandlinger. Enhedslisten ønsker flere pen-

ge til sundhedsområdet, men de mange nye behandlingsmuligheder nødvendiggør samtidig en prioritering

- Prioritering rejser væsentlige etiske problemstillinger og dilemmaer: Hvilke patienter skal behandles før andre? Hvem skal ikke behandles? Er den billigere medicin lige så effektiv som den ny og dyrere? Er det de alvorlige sygdomme, som skal prioriteres før de mindre alvorlige, er det de sjældne sygdomme før folkesygdommene, er det de socialt dårligst stillede med ophobning af livsstilssygdomme før patienter med behov for organtransplantationer, er det rimeligt at kræftpakker prioriteres på bekostning af kernedriften? Udover at de livstruende og alvorligste sygdomme skal prioriteres først, så ønsker Enhedslisten en faglig, etisk og demokratisk debat om, hvad der kan betragtes som nødvendig og fornuftig behandling, og dermed hvordan sundhedsudgifterne skal fordeles. Der er dog vigtigt at pointere, at vi allerede i dag prioriterer, ved ikke at tage stilling til pri-

oritering. På denne måde får de dyre behandlinger flest penge og de stærkeste patientforeninger fortrinsret.

- Derfor bør der etableres organisatoriske enheder, der ved hjælp af anerkendte sundhedsøkonomiske metoder kan vejlede politikere og fagfolk i fornuftige valg og i at prioritere mellem forskellige behandlinger og forskellig medicin. Spørgsmål, der bør stilles og besvares er: Hvad er nytteværdien for patienterne, og hvor gør pengene mest gavn? Enhedslisten ønsker således at undersøge mulighederne for, at et dansk eller nordisk prioriteringsarbejde organiseres ved et institut for medicinsk teknologivurdering (MTV-institut) og et nationalt prioriteringsråd.
- Et MTV-institut skal udføre medicinske teknologivurderinger (MTV) af alle relevante sundhedsteknologier og altså ikke kun af lægemidler. Medicinske teknologier omfatter – foruden lægemidler – undersøgelsesmetoder og udstyr, behandlingsmetoder og udstyr, plejemetoder og hjælpemidler, rehabiliteringsmetoder og hjælpemidler samt forebyggelsesmetoder. Medicinske teknologier omfatter således både højteknologi som f.eks. scanning og lavteknologi som f.eks. "varme hænder" ved sygesengen. MTV defineres som en alsidig, systema-

tisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi. Formålet er at forbedre beslutningsgrundlaget til prioritering og planlægning af sundhedsområdet. MTV vurderer behandlingsmetoder for at udvide viden om den bedste anvendelse af medicinske teknologier ved at give input til beslutningstagning i politik, planlægning og i klinikken.

- Et nationalt prioriteringsråd bør udpeges for en fastlagt periode og bør sammensættes bredt med både politikere, lægpersoner, sundhedsfaglige personer og repræsentanter med ekspertise inden for etiske problemstillinger, industri og sundhedsøkonomi. Rådet skal rådgive regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening om principperne og det værdimæssige grundlag for at prioritere samt informere og skabe debat i offentligheden. Rådets virke baseres på udenlandske erfaringer, erfaringer fra MTV-instituttet, egne overvejelser og aktuelle sundhedspolitiske spørgsmål. De nærmere detaljer vedrørende organisering, værdier og redskaber til prioritering fastlægges i Enhedslistens handlingsplaner, som baseres på den ny viden, som fremkommer via både forskningsarbejde og vurderinger fra sundhedsfaglige organisationer.

## KAMPEN FOR SUNDHED

- Kampen for bedre sundhedspolitik skal dels føres parlamentarisk og dels vindes ved folkeligt engagement og mobilisering. Sundhedspolitikken kan ikke overlades til politikerne i kommunalbestyrelser, regioner og Folketing alene. Det er brugerne og de ansatte, der oplever, hvor skoen trykker. Hvis kvaliteten i det skattefinansierede offentlige sundhedssystem skal sikres og ikke undermineres af privatisering og personalemangel er det mobilisering, der skal til. Derfor vil Enhedslisten:
  - Være med til at mobilisere brugere og ansatte til modstand, når økonomisk trængte kommuner og regioner truer med at underminere vigtige funktioner ved at skære i personalet, stille urimelige effektiviseringskrav eller udsulte bevillinger.
  - Være med til at mobilisere de ansatte og deres fagforeninger til kamp mod sundhedsskadeligt arbejdsmiljø samt støtte krav om ordentlige arbejdsforhold.

Det er Enhedslistens opfattelse, at de mange nuværende sundhedsproblemer i Danmark bl.a. skyldes den skæveling og omfordeling af de fælles skabte samfundsmidler med de konsekvenser det får for vores fælles velfærdssamfund. Det stigende konkurrencesamfund fremmer et præstationsræs helt fra barndommen med dårlige arbejdsvilkår, utryghed i ansættelsen, udstødning fra arbejdsmarkedet, social ulighed og social isolering til følge. Konsekvensen af det pres – fysisk, psykisk og socialt – som dette udøver på mennesker er tiltagende social ulighed i sundhed og udbredelse af folkesygdomme som fx lidelser i bevægeapparatet, hjerte-kar lidelser, diabetes, kræft og dårlig mental sundhed i form af stress, mistrivsel, depressioner og ensomhed. For Enhedslisten er vejen til at vende denne udvikling et opgør med et samfund, som vægter konkurrence og individualisme fremfor at bygge på fællesskaber, lighed og solidaritet. Det vil sige et socialistisk samfund. Kun herved kan vi sikre et miljø, arbejdsliv og levevilkår skubbes markant i ligheds- og sundhedsfremmende retning.

# LITTERATURLISTE

## Sundhedsbegrebet

- Thune Jacobsen E. Retten til usundhed? Social Kritik 2002; 84 (14): 90-97.
- Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen 2008.
- Ingen sundhed uden mental sundhed. Rapport fra seminar om mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen 2010.

## Social ulighed i sundhed og risikofaktorer herfor

- Diderichsen F et al: Folkesundhedsrapport 2005, Københavns Kommune 2005.
- Diderichsen F, Habroe M, Nygaard E. At prioritere social ulighed i sundhed – analysestrategi og resultater for Københavns Kommune. Teknisk rapport, 2006.
- Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, Statens Institut for Folkesundhed. Stigende social ulighed i levetiden. (Notat v. Henrik Brønnum-Hansen og Mikkel Baadsgaard). København 2010.
- Thune Jacobsen E. Forebyggelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015. Social –og Sundhedsforvaltningen, Sundhedssekretariatet, Helsingør Kommune, september 2010.
- Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.
- En sygdom, der kender sin klasse. Lasse Lavrsen. Information 28. okt. 2011 (Hans Øllgaard & Finn Diderichsen udtaler sig).
- Vallgård S. Social ulighed i sundhed som politisk problem. Lighed i sundhed. Artikelsamling om lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund. Sund By Netværket, 2011:14-7.
- Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet 2011. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af: Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel.
- Wilkinson R & Pickett K. "Lighed – hvorfor alle klarer sig bedre i mere lige samfund". Informations forlag, 2011.
- Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. Social ulighed i levetiden. (Notat v. Mikkel Baadsgaard og Henrik Brønnum-Hansen). København 2012.
- Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M. Widening social inequality in life expectancy in Denmark. A register-based study on social composition and mortality trends for the Danish population. BMC Public Health 2012.
- Groth MV, Christensen LM, Knudsen VK, Sørensen MR, et al. Sociale forskelle. Børns kostvaner, fysiske aktivitet og overvægt & voksnes kostvaner. DTU Fødevarerinstitutionen, Afd. for Ernæring, april 2013
- Danmarks Statistik. Højtuddannede lever længst. Nyt fra Danmarks Statistik, 13 marts 2014.
- Groth MV, Sørensen MR, Matthiessen J, Fagt S, et al. Disparities in dietary habits and physical activity in Denmark and trends from 1995 to 2008. Scandinavian Journal of Public Health 2014 42.
- Olsen L, Ploug N, Andersen L, Sabiers SE, Andersen, JG. Klassekamp fra oven. Den danske samfundsmodel under pres. Gyldendal 2014.
- Almene boliger – beboersammensætning, sundhed og beskæftigelse. Notat. Kommunernes Landsforening (KL) & Danmarks almene boliger (BL), oktober 2014.
- RØD + GRØN. Medlemsblad for Enhedslisten, december 2014, Tema: Ulighed i sundhed

- Brønnum-Hansen H. Den sociale ulighed i levetid stiger. Replik. Ugeskrift for Læger 12/2016.
- Danmarks Radio. "En syg forskel". 4 udsendelser på DR1 23/5, 30/5, 6/6 og 13/6, 2016.
- Hummels D, Munch J, Xiang Chong. "No Pain, no Gain: The Effects of Exports on Effort, Injury and Illness. Københavns Universitet og Purdue University, US.2016. (Rapport om hvorledes øget produktivitet går ud over medarbejdernes helbred. Omtalt i Politiken 22 og 24/7 2016)
- Brønnum-Hansen H, Eriksen ML, Andersen-Ranberg K, Jeune B. Persistent social inequality in life expectancy: Outlook for a differential pension age in Denmark? Scandinavian Journal of Public Health 2016 1-4.

## Almen praksis

- Thune Jacobsen E. "Sundhedsprojekt Ebeltoft". Praktiserende lægers vurdering af organisatoriske aspekter ved implementering af forebyggende helbredsundersøgelser og – samtaler i almen praksis. DSI rapport 2001,05.
- Thune Jacobsen E, Reindahl Rasmussen S, Christensen M, Engberg M, Lauritzen T. Perspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. Scandinavian Journal of Public Health, 2005; 33: 4-10.
- Bach B. Sundhedsfremme i almen praksis. Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet, 2. januar 2010.
- Thorsen T, Dyhr L. Rekruttering af yngre læger og fastholdelse af ældre læger i almen praksis i såkaldt sårbare områder. En undersøgelse fra Region Hovedstaden. København: Synthese, Kveap, Forskningsenheden for almen praksis, 2010.
- Lindberg LG, Thorsen T, Reventlow S. Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis. En fokusgruppeundersøgelse med alment praktiserende læger i København, Odense og Århus. Forskningsenheden for Almen Praksis. København. Januar 2011.
- Beich A. Systematiske helbredstjek hos egen læge bygger på en skandale i tre akter. Ugeskrift for Læger, 10. Jun 2011.
- Getz L, Kirkengen AL, Ulvestad E. Menneskets biologi – mættet med erfaring. Månedsskrift for almen praksis, nr. 11, november 2011. s. 975-983.
- Thune Jacobsen E. M. Sårbare patienter og social ulighed i sundhed. Hvad kan almen praksis bidrage med? Månedsskrift for almen praksis, nr. 8, august 2012. s. 616-623.

## Folkesundhed

- Krop og hverdag i forandring. Forebyggelse og sundhedsfremme i institution og hverdagsliv. Lone Grøn, ph.d. afhandling 2005.
- Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Mette Kjølner, Knud Juel, Finn Kamper-Jørgensen (red). Statens Institut for Folkesundhed. København 2008.
- Forebyggelsens etiske dilemma, Lotte Hvas, Kronik 16. maj 2009, Jyllandsposten.
- Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed – Refleksioner fra almen praksis. Af Lotte Hvas, John Brodersen og Birgitta Hovelius (red): 2009, Forlaget Månedsskrift for praktisk lægegerning.
- Sundhedsprofil 2010 – Forebyggelse. Region Hovedstaden. Forskningscenter for Forebyggelse og sundhed. 2010.
- Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2013. Statens Institut for Folkesundhed 2014.

- Tal til psyken. Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom. Psykiatrifonden 2015.
- Psykisk sundhed i Danmark. Psykiatrifonden 2016.

### Sundhedsvæsenets organisation og funktion

- Afdækning af uligheder i behandling. Søren Geckler og Henning Hansen. CASA november 2014 (specielt kapitel 4: Ulighed i behandling s. 15-20)
- Det kommunale sundhedsvæsen. Red. Birthe M. Pedersen og Steen Rank Petersen. Hans Reitzels Forlag 2014.
- Evaluering af Enstrenget og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden. Sarah Wadmann og Jakob Kjellberg, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA), januar 2015. (KORA & akuttelefonen 1813)
- Møller MØ, Iversen K, Andersen VN. Review af resultatbaseret styring. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA), april 2016.

### Sundhedsøkonomi

- Pedersen, K.M. Prioritering i sundhedsvæsenet. Hvorfor er det nødvendigt? Munksgaard 2015.

### Fremtidens sundhedsudfordringer

- Antibiotika resistens: Lægehåndbogen på Sundhed.dk, juni 2016.
- Kolmos, HJ. Ti spildte år med svine-MRSA. Ugeskrift for Læger 178/14. Juli 2016.
- Hildebrandt Steen (red.) Ingen bæredygtig udvikling uden sund-

hed. Bæredygtig global udvikling. FN's 17 verdensmål i et dansk perspektiv. Jurist- og Økonomforbundets forlag 2016.

### Arbejds miljø & Arbejdstid

- Dårligt arbejdsmiljø – en stor udgift. LO juni 2007.
- 30 timers arbejdsuge. Tid til mere – job til flere – et debatoplæg fra Enhedslisten, oktober 2016.

### Socialt udsatte og sundhed

- Sundhed og udsatte borgere – inspiration til kommunen. Sundhedsstyrelsen 2007.
- Den tunge ende. Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed. Red: Jonas Gamrath Rasmussen og Nicolai Döllner. Antologi. Forfatterne og Dagens Medicin Bøger, 2008.
- SUSY udsat 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007. Pia Vivian Pedersen, Maria Holst, Michael Davidsen, Knud Juel. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Rådet for Socialt Udsatte, København december 2012.
- Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager. Michael Davidsen, Pia Vivian Pedersen, Maria Holst, Knud Juel. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Rådet for Socialt Udsatte, København februar 2013.
- Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere. Sundhedsstyrelsen, 2013.



