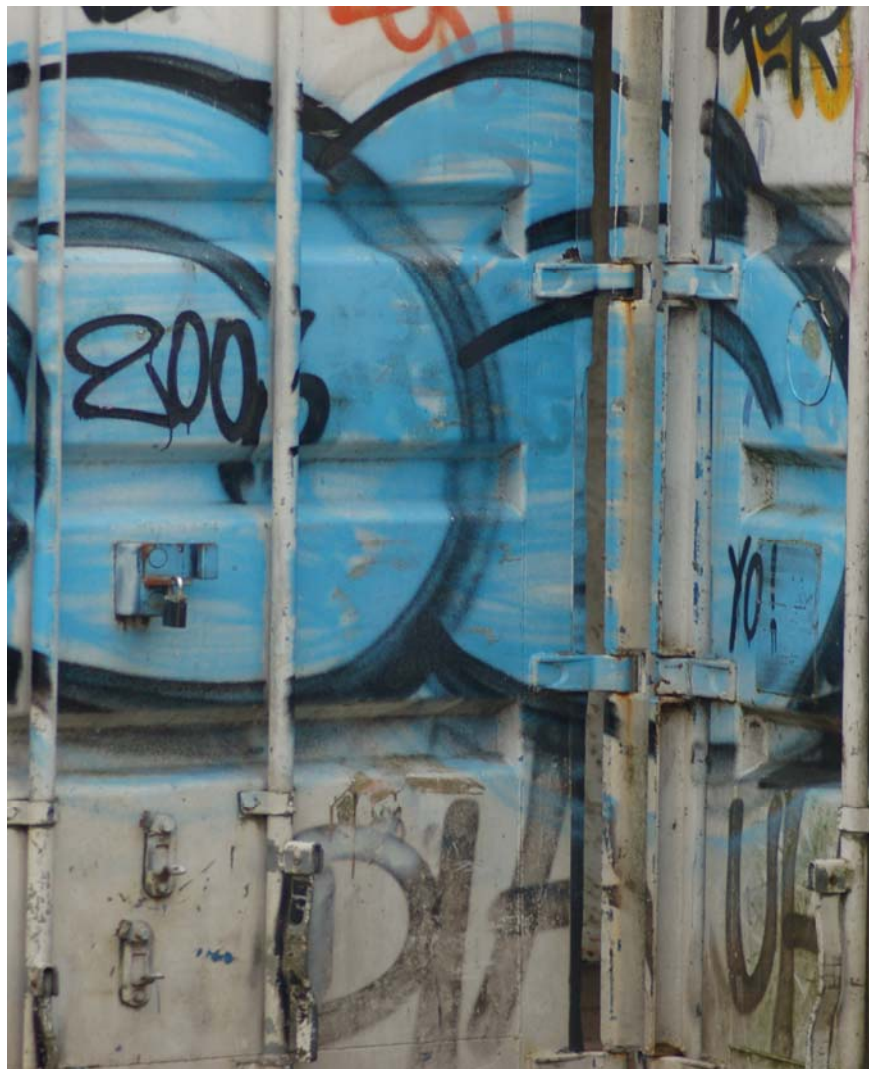


Fattigdom og social ulighed i sundhed

- rapport om Den Danske Nationale Handlingsplan

Oktober 2007

Finn Kenneth Hansen og Henning Hansen



**Fattigdom og social ulighed i sundhed
- rapport om Den Danske Nationale Handlingsplan**

© CASA, Oktober 2007

ISBN 978-87-91795-65-7

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-91795-66-4

**Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA)
Linnésgade 25, 3.
1361 København K
Tlf.: 33 32 05 55**

Forord

CASA og Socialpolitisk Forening er sammen med andre organisationer gået sammen om projekt “NAP Social Eksklusion 2006 – NGO-projekt” med det formål at skabe et bedre kendskab til og diskussion af “Danmarks Nationale Handlingsplan for Social beskyttelse og Inklusion – 2006-2008”.

Projektet gennemføres med støtte fra EU, Socialministeriet og Rådet for Socialt Udsatte og har fået sin hjemmeside www.napincl.dk

“Danmarks Handlingsplan for Social beskyttelse og Inklusion” er regeringens bud på, hvem der er fattige samt socialt og sundhedsmæssigt udsatte, og på hvad der skal gøres for at bekæmpe fattigdom og social ulighed i sundhed. Handlingsplanen skal for første gang beskrive indsatserne på det sociale og sundhedsmæssige område.

Planen indgår som led i EU-medlemsstaternes målsætning om at gøre bekæmpelse af fattigdom og social udstødelse til et af de centrale elementer i moderniseringen af den europæiske sociale model.

I den forbindelse blev der på rådets møde i Lissabon i år 2000 opnået enighed om en større fælles indsats og fælles indsamling af viden om problemerne. Der blev lagt vægt på en åben koordinationsmetode, der kombinerer udarbejdelse af nationale handlingsplaner og et kommissionsprogram til fremme af samarbejdet på området. Som opfølgning på dette har de enkelte medlemsstater udarbejdet nationale handlingsplaner.

For Danmarks vedkommende foreligger tre planer – en for året 2001, en for 2003-2005 og den seneste for 2006-2008, der er udarbejdet af Socialministeriet i dialog med andre ministerier, organisationer samt EU-landene.

Målsætningen med projekt “NAP Social Eksklusion – NGO-projekt” er at få flere med i dialogen om, hvad der kan gøres for at bekæmpe fattigdom og social udstødelse og gennem konferencer, som er åbne for alle interesserede, at opsamle viden, synspunkter og input til den danske handlingsplan. Der har været lagt vægt på at henvende sig til personer og organisationer, der har erfaring med socialt udsatte og den hjælp, samfundet yder til udstødte.

I forbindelse med projektet er der gennemført to regionale konferencer i henholdsvis København og Århus – med omkring 85 deltagere i København og 100 deltagere i Århus.

Konferencerne har været tilrettelagt med plenumindlæg og med vægt på diskussion i tre workshops med temaer omkring:

- Fattigdom og socialt udsatte
- Integration
- Sundhed

For hver workshop foreligger et referat fra de to konferencer. De seks referater forefindes på hjemmesiden.

Denne rapport opsamler og sammenfatter de indlæg og den dialog og diskussion, som har karakteriseret de to konferencer omkring spørgsmålene: Er handleplanen god nok? Hvad kan der gøres for at bekæmpe fattigdom og social udstødelse?

Rapporten er inddelt i fem kapitler. Kapitel 1 sammenfatter de generelle og overordnede synspunkter, holdninger og input til den danske handleplan. Kapitel 2 giver et statistisk billede af den danske situation omkring fattigdom, integration og ulighed i sundhed. De øvrige kapitler sammenfatter synspunkter og input omkring de tre temaer. Kapitel 3 omhandler fattigdom og socialt udsatte. Kapitel 4 omhandler integration. Kapitel 5 omhandler ulighed i sundhed.

Rapporten fremlægges på den afsluttende konference mandag den 22. oktober 2007 kl. 9-16 i Eigtveds Pakhus i København.

Rapporten er skrevet af Finn Kenneth Hansen og Henning Hansen, CASA.

CASA
Oktober 2007

Indholdsfortegnelse

1	Hvordan bekæmper vi fattigdom?	5
1.1	Indledning	5
1.2	Synspunkter på den foreliggende handlingsplan.....	6
1.3	Forslag og perspektiver til en kommende handlingsplan.....	6
1.4	Forslag og perspektiver	9
2	Hvordan er den danske sociale situation – udviklingen i fattigdom, integration og ulighed i sundhed?	11
2.1	Indledning	11
2.2	Den økonomiske ulighed og fattigdom	12
2.3	Fattigdom – antallet af fattige er steget.....	14
2.4	Integration	16
2.5	Ulighed i sundhed	18
3	Fattigdom og socialt udsatte	21
3.1	Indledning	21
3.2	Individuelle problemer	22
3.3	Et værdigt liv for de socialt svage.....	22
3.4	Fattigdomsgrænse	23
3.5	Førtidspension	24
3.6	Kommunalreformen	25
3.7	Negativ social arv.....	25
3.8	Efterlysning af det frivillige Danmark	26
4	Integration	29
4.1	Indledning	29
4.2	Uddannelse	30
4.3	Sprog	30
4.4	Beskæftigelse og rummelighed	31
4.5	Overordnet værdigrundlag	31
4.6	Metodeudvikling og viden	32
4.7	Kommunen/lokalområdet.....	33
4.8	Frivilligt arbejde.....	33
5	Ulighed i sundhed	35
5.1	Indledning	35
5.2	Viden og information	36
5.3	Rummelighed og diskrimination	36
5.4	Efterbehandling og tidlig udskrivning	37
5.5	Lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer.....	38
5.6	Forebyggelse	39
5.7	Andre problemer omkring socialt svage borgere	39
5.8	De frivillige organisationer bliver ikke benyttet nok	40
5.9	Bedre planer og politikker.....	40

1 Hvordan bekæmper vi fattigdom?

1.1 Indledning

CASA og Socialpolitisk Forening har sammen med andre parter taget initiativ til projekt "NAP Social Eksklusion 2006 – NGO-projekt" for at få skabt bedre kendskab til og diskussion af den danske regerings Nationale Handlingsplan.

Denne rapport opsamler de diskussioner og forslag, som er fremkommet på to konferencer med fokus på den Danske Nationale Handlingsplan.

"Danmarks Handlingsplan for Social beskyttelse og Inklusion" (NAP) er regeringens bud på, hvem der er fattige samt socialt og sundhedsmæssigt udsatte, og hvad der skal gøres for at bekæmpe fattigdom og social ulighed i sundhed. Handlingsplanen har for første gang til formål at samle aspekterne på det sociale og sundhedsmæssige område.

Handleplanen er et spændende redskab for alle, der er optaget af sociale og sundhedsmæssige spørgsmål, men er planen god nok?

For at få flere med i dialogen om, hvad der bør gøres for at bekæmpe fattigdom og ulighed i sundhed og skabe en bedre integration, har projekt "NAP Social Eksklusion 2006 – NGO-projekt" afholdt to konferencer. Konferencerne har været arrangeret med oplæg fra fagfolk, som bidrog med deres viden og inspiration til diskussion af handleplanen, og koncentreret omkring workshops med hovedtemaerne: Fattigdom, ulighed i sundhed og integration.

Formålet var at indsamle erfaringer fra et bredt udsnit af frivillige, fagfolk, forskere, politikere, administratorer og brugere, der arbejder med de sociale og sundhedsmæssige problemstillinger, og formidle resultaterne af konferencerne til den brede offentlighed gennem presse og udsendelse af rapporter.

Denne rapport opsamler erfaringerne på de tre hovedtemaer: Fattigdom og socialt udsatte, integration og ulighed i sundhed. Det er en erfaringsopsamling, som gengiver hoveddiskussionerne og de forslag, deltagerne er kommet med på konferencerne.

Indledningsvis gives der på tværs af temaerne et bud på hovedbudskaberne fra de to konferencer, hvad angår synspunkter på den foreliggende Danske Handleplan og forslag til indsatser i forhold til målsætningen om at bekæmpe fattigdom og fremme social integration.

1.2 Synspunkter på den foreliggende handlingsplan

- Fattigdom og børnefattigdom er klart mindre problemer i Danmark end i andre EU-lande – og specielt mindre end i mange af de nye lande i EU. Men der er fremlagt analyser med anvendelse af EU's fattigdoms-afgrænsning, som viser, at antallet af fattige og børn, der lever i fattige familier, er stigende i Danmark, og der savnes en stillingtagen til disse analyser.
- NAPen synes grundlæggende at være præget af en forestilling om, at fattigdom og social udstødelse er individuelle problemer, underforstået at det er den enkelte og ikke så meget samfundet, der kan løse problemerne. Der efterlyses strukturelle forklaringer på den stigende fattigdom i Danmark.
- Der efterlyses en bredere forståelse af, hvilke mekanismer og hvilke processer der fører til, at personer bliver marginaliserede og udstødte.
- Beskæftigelse og deltagelse på arbejdsmarkedet er vigtig for en vellykket integration, og det fremstår klart i planen. Men den meget ensidige fokus på beskæftigelse er et problem. Særligt problematisk er brugen af økonomiske incitamenter over for flygtninge og indvandrere for at tvinge denne gruppe ud på arbejdsmarkedet. De økonomiske incitamenter omfatter primært de marginaliserede i forhold til arbejdsmarkedet, og for det store flertal af denne gruppe har de økonomiske incitamenter ingen effekt.
- NAPen omhandler for en meget stor del programmer, planer og aftaler, som allerede er sat i værk, og meget lidt om de sociale og sundhedsmæssige problemer og udfordringer, Danmark står overfor.
- NAPen er meget beskrivende med fremlæggelse af planer, og mindre problematiserende og analytisk. Helt generelt efterlyses der en dokumentation for de mange tiltag og planer, som præsenteres i handlingsplanen.

1.3 Forslag og perspektiver til en kommende handlingsplan

De svage borgere – de socialt udsatte

- Helt grundlæggende er der brug for en erkendelse af, at der i samfundet er udsatte personer, som ikke kan klare sig på arbejdsmarkedet. Disse personer har ikke desto mindre ret til et værdigt liv.
- Fattigdom er ikke kun økonomisk fattigdom, men drejer sig også om social og kulturel fattigdom – det handler om uddannelse og opvækst-

vilkår. Der er derfor brug for en samtænkning af brede og tidlige indsatser – ikke mindst i forhold til børn af socialt udsatte.

- De svageste borgere (misbrugere, hjemløse, psykisk syge etc.) har svært ved at begå sig i systemerne, og det er usikkert, om de får den hjælp, de har behov for. Det opleves, at de svageste borgere i højere grad giver op overfor systemet.
- Sundhedssystemet ikke er rummeligt nok til at tage sig af alle typer patienter. Det gælder især i forhold til misbrugere, herunder stofmisbrugere. De socialt udsatte – som har allermest brug for hjælp – vil ofte ikke have hjælp og vil ikke være en del af sundhedssystemet, fordi de gentagne gange har oplevet enten at blive behandlet dårligt, eller at “ekspertsystemet” ikke forstår dem.
- Sagsbehandlingen i forbindelse med førtidspension er langsommelig selv i sager, hvor kriterierne er overholdt. Ventetiden og uvisheden tager hårdt på ansøgerne – ikke mindst børnefamilierne, hvor især børnene lider afsavn. Borgere, der ikke opnår førtidspension, bør have en garanti for, at de bliver hjulpet med at komme videre. Der er for mange, der “sander til” i systemet.
- En del førtidspensionister vil gerne prøve at komme tilbage til arbejdsmarkedet, helt eller delvist. Det bør være lettere for førtidspensionister at komme ind på arbejdsmarkedet og at komme tilbage til førtidspension igen, hvis forsøget ikke lykkes.

Integration

- Der er store problemer omkring sprogundervisning og uddannelse for flygtninge og indvandrere. Særligt blev det fremhævet, at det er et stort problem, at så mange udlændinge falder ud af uddannelsessystemet.
- Der er brug for mere og bedre sprogundervisning, fordi dansk er et svært sprog. Det er et problem, at sprogcentre mv. konkurrerer med hinanden. Der er mistillid mellem institutionerne og dårligt samarbejde. Der er kringledede betalingsordninger, fx modulbetaling. Der er brug for bedre koordinering mellem uddannelsesinstitutioner og sprogcentre. Man bør afskaffe taxameterordninger, som fremmer spekulation i elevsammensætning.
- Integrationsrådene fungerer ikke i mange kommuner. De etniske organisationer bør inddrages i integrationsarbejdet. Der er ikke længere høringspligt.

Sundhed

- Hvis man vil bryde den negative sociale arv i forhold til ulighed i sundhed, skal man se på livsstilsfaktorerne. Man er nødt til at se på de bagvedliggende årsagsforklaringer, som børns opvækstvilkår, uddannelse, boligområde, ergonomisk og psykosocialt arbejdsmiljø, trafikforhold, forældres sundhed og indstilling hertil.
- Udskrivningen fra hospitalerne sker langt hurtigere end tidligere. Det kan være et stort problem for de svageste i samfundet, da de ofte ikke selv kan varetage ansvaret for genoptræning og medicinering efter udskrivning. Det kan betyde, at de får forkert eller ingen medicin eller ikke bliver genoptrænet. Også psykisk syge bliver udskrevet alt for tidligt, fordi der er for få pladser på de psykiatriske hospitaler.
- Frit valg på sundhedsområdet er ikke nødvendigvis en fordel for socialt svage personer, fordi de ikke kan overskue valgmulighederne og konsekvenserne.

Frivillige og frivillige organisationer

- Der blev opfordret til, at flere frivillige kommer på banen i forhold til de socialt udsatte. De frivillige organisationer ønsker at blive brugt mere. De har et stort potentiale i forhold til fx at udligne ulighed i sundhed, men føler ikke at deres ressourcer bliver brugt. Der er mange barrierer i samarbejdet mellem frivillige organisationer og ikke-frivillige organisationer.
- Udlændinge bør deltage mere i frivilligt arbejde. Der er eksempler på, at kommunerne inddrager frivillige, fordi deres budgetter er pressede. Det er dog ikke altid godt med frivillige, hvis problemerne er store og komplekse. Flygtninge mangler penge til fritidstilbud, og det hæmmer integration. Foreningsliv virker som en katalysator og beriger børnene meget. Det er derfor vigtigt at få udlændinge med i foreninger.
- Kommunerne bør blive bedre til at medtænke og inddrage de frivillige organisationer, når de tænker i løsningsforslag. Kommunerne skal også inddrage de frivillige organisationer i forhold til vidensdeling, og kommunerne skal begynde at tage initiativ i stedet for altid at lade de frivillige organisationer gøre det.

Metoder og viden

- Der mangler sammenhæng mellem indsats og forskning, og der tilvebringes ikke nok viden om integrationsarbejdet. Omvendt skal man passe på med at udbrede dokumentationsprincippet alt for meget, fordi det stjæler for mange ressourcer. Dansk forskning og indsats fokuserer i alt for høj grad på best practice, hvor tanken er, at de gode eksempler skal

breddes ud til alle. Indsatsen skal i langt højere grad fokusere på afgrænsede problematikker.

- Et af de store problemer er, at mange socialt udsatte personer mangler almen viden om sundhed. Meget information findes i form af pjecer og på internettet, men det er ikke hensigtsmæssigt, når man vil nå de socialt udsatte og svage grupper. I det hele taget er det et problem, at oplysninger om sundhed retter sig mest mod folk, der allerede har en vis almen viden.

Forebyggelse

- Forebyggelse af sociale problemer er vigtig. Afgørende indsatser af betydning for at opnå større lighed generelt i samfundet er:
 - at mindske fattigdom blandt børnefamilier
 - at sikre daginstitutioner af god kvalitet for alle
 - at have skoler, som motiverer til uddannelse.
- De økonomiske og sociale rammer for børnefamilierne er vigtige. Stabile og gode familierammer giver naturligt nok en bedre start i livet. Stabile familierammer giver også bedre rammer for uddannelse. Uddannelse er en af de afgørende faktorer i bestræbelserne på at bryde med den nye ulighed.
- Det er afgørende, at sundhed integreres i undervisningen i folkeskolen. Folkeskolen skal uddanne og informere omkring kost og motion samt sørge for ordentlig kost og motion for eleverne. Folkeskolen er en oplagt og unik mulighed for at sikre alle lige mulighed for at få indsigt i, hvordan man kan leve et sundt liv.

1.4 Forslag og perspektiver

- Det er vigtigt med fokus på mønsterbrydere i forhold til den negative sociale arv. Hvorfor er der nogen, der bryder den sociale arv? Der er behov for mere viden på området. Samtidig bør man undgå, at fokus på negativ social arv stigmatiserer børn og unge fra dårlige kår. Forældre, der får fjernet deres børn, bør i langt højere grad hjælpes.
- Der bør indføres en fast fattigdomsgrænse baseret på objektive kriterier. Det vil gøre det lettere at fokusere på indsatser, der kan hjælpe socialt udsatte og bryde den sociale arv.
- Tværfagligt arbejde på tværs af forvaltninger er meget savnet. Tværfagligheden giver større muligheder for at løse den sociale ulighed i sundhed, specielt fordi man ikke kan adskille socialpolitik og sundhedspolitik. Meget viden udnyttes ikke optimalt, fordi man ikke formår at vidensdele på tværs af forvaltningerne.

- Der er brug for at tydeliggøre de svagestes rettigheder. Det er på nuværende tidspunkt svært for “rettighedsorganisationerne”, fordi de enkelte kommuner har forskellig praksis. Flere opfordrede i øvrigt til at stramme op om retssikkerheden på det sociale område, eksempelvis omkring indplaceringer i Match-grupper, som kan have store konsekvenser for den enkelte.

2 Hvordan er den danske sociale situation – udviklingen i fattigdom, integration og ulighed i sundhed?

2.1 Indledning

Den Danske Handlingsplan for Social beskyttelse og Inklusion 2006-2008 tegner et meget kortfattet billede af den sociale situation i Danmark. Der er dog tale om et billede, som i højere grad belyser rammerne for den sociale situation end det egentlig forholder sig til temaerne for handlingsplanen.

Handlingsplanen beskriver udviklingen i dansk økonomi med en relativ høj vækst, overskud på de offentlige finanser og en nedbringelse af den offentlige nettogæld. Derudover belyses den meget gunstige beskæftigelsessituation med en relativ høj beskæftigelsesfrekvens og en stigende beskæftigelse samt udviklingen med en faldende registreret arbejdsløshed.

Endelig belyses andelen af befolkningen med relativt lave indkomster for det seneste opgjorte indkomstår 2003.

Kommentering af den overordnede udvikling sammenholdes med udviklingen i det øvrige EU, og det bemærkes, at Danmark på de nævnte indikatorer ligger relativt godt. Det gælder med hensyn til vækst, beskæftigelse, arbejdsløshed og andelen med relativt lave indkomster.

I rapportens øvrige afsnit er der redegjort for udviklingen på enkeltområder uden at se det i sammenhæng med den samlede sociale situation. Der er fx på det sociale område tal for udviklingen i aktiverede kontanthjælpsmodtagere, udviklingen i fleks- og skånejob og udviklingen i antal af stofmisbrugere. Der er dog ikke foretaget sammenligninger med andre EU-lande.

På sundhedsområdet ses der på udviklingen i middellevetid for mænd og kvinder, relativ 1-års overlevelse ved lungekræft og dødelighed de første 28 dage efter en førstegangsindlæggelse med blodprop i hjertet. Derudover ses der på udviklingen i de danske sundhedsudgifter. Endelig er der opgjort nogle nøgletal for langvarig pleje og omsorg.

Det er vanskeligt at få et mere samlet billede af den sociale situation. I forbindelse med de Nationale Handlingsplaner er EU-landene blevet enige om at afrapportere på udvalgte indikatorer, som afspejler den sociale situation i de enkelte lande. På dette punkt lever den danske handlingsplan ikke op til hensigterne. Det ville have givet et bedre overblik af den sociale situation, hvis rapporten som minimum havde medtaget disse indikatorer i handlingsplanen.

På de to første konferencer er der såvel i plenumoplæggene som i de oplæg, som er blevet holdt som indledning til de tre workshops, peget på en række problemstillinger og tegnet et billede af den danske situation. (Se nærmere på hjemmesiden www.NAPincl.dk, hvor både plenumoplæg og oplæg i workshop findes).

I dette kapitel vil vi præsentere nogle af de fremlagte beskrivelser af den danske sociale situation.

2.2 Den økonomiske ulighed og fattigdom

Sammenlignet med andre EU-lande er den økonomiske ulighed i Danmark på niveau med de øvrige nordiske lande, men er mindre end i stort set alle de øvrige EU-lande.

Den økonomiske ulighed i Danmark er imidlertid blevet større i de sidste 15 år. Ser vi på de disponible indkomster (de samlede indkomster minus skat) viser det sig, at der igennem 90'erne er sket en udvikling i retning af større ulighed.

Hvad angår fordelingen af de disponible indkomster, viser der sig en klar tendens perioden igennem med en stigende ulighed. Uligheden er udtrykt ved det mål, som benævnes den maksimale udjævningsprocent. Dette mål udtrykker, hvor stor en del af indkomsterne der skal flyttes fra de rige til de fattige, hvis der skal være en lige indkomstfordeling.

Den maksimale udjævningsprocent er, som det fremgår af tabel 1, i perioden fra 1990 til 2005 steget fra 23,8 % til 26,6 %. Der er tale om en mindre stigning år for år, som over perioden er udtryk for en kraftig stigning.

Tabel 1: Fordelingen af de disponible indkomster blandt familier. 1990-2005

	1990	1995	2000	2003	2005
1 kvintil - 20 %	6,1	6,4	6,2	5,9	5,6
2.kvintil - 20 %	12,7	12,2	11,8	11,7	11,3
3.kvintil - 20 %	17,4	16,8	16,6	16,6	16,3
4.kvintil - 20 %	25,5	25,1	24,8	25,0	24,7
5.kvintil - 20 %	38,3	39,4	40,7	40,9	42,1
I alt	100,0	99,9	100,1	100,1	100,0
Maks. udjævningsprocent	23,8	24,5	25,5	25,8	26,8

Kilde: Statistiks tiårsoversigt

Fordelingen af de disponible indkomster er blevet mere ulige, både blandt enlige og par igennem 90'erne og fortsat frem til 2005. Både blandt par og enlige er uligheden klart større i 2005 end i 1990.

Tabel 2: Den maksimale udjævningsprocent blandt par og enlige. 1990-2005. Procent

	1990	1995	2000	2003	2005
Par.....	14,0	14,5	15,8	15,8	16,8
Enlige	15,8	16,1	17,1	17,7	18,8

Kilde: Statistiks tiårsoversigt

Uligheden blandt par er steget fra 14,0 % til 16,8 %, og blandt enlige er den steget kraftigere fra 15,8 % til 18,8 % – altså 3 %-point.

De rige er blevet rigere og de fattige er blevet relativt fattigere

Ud fra en relativ betragtning viser der sig en klar tendens i perioden 1990-2005. *De rigeste er blevet rigere og de fattige er blevet relativt fattigere.*

De 20 % med de højeste indkomster har haft en stigende andel af den samlede indkomstmasse. Fra at de 20 % rigeste havde 38,3 % af den samlede indkomstmasse, er denne andel steget til 42,1 % af indkomstmassen i 2005.

For de 20 % med de laveste indkomster er indkomstmassen derimod faldet gennem de seneste 10 år. Fra en andel på 6,4 % er denne faldet til 5,6 % i 2005. Indkomstmassen har også været faldende for de lavere og mellemste indkomster.

Man kan også illustrere udviklingsbilledet ved at se på indkomstudviklingen for de enkelte decil- eller kvintilgrupper og holde det op mod prisudviklingen. Det vil sige se på realindkomstudviklingen. I tabel 3 er vist både den nominelle og den reale indkomstudvikling for de enkelte decilgrupper for perioden 1995-2005.

Tabel 3: Indkomstfordelingen for personer og familier. Ækvivaleret disponibel indkomst – fordelt efter decilgruppe

	Nominel indkomst (kr.)		Stigning i realindkomst. Pct.	
	1995	2005	I alt	Pr. år
Alle	123,5	190,3	24,6	2,2
1. decil	39,1	51,4	6,3	0,6
2. decil	75,2	107,8	15,9	1,5
3. decil	87,7	127,2	17,3	1,6
4. decil	99,7	146,2	18,6	1,7
5. decil	111,3	165,8	20,4	1,9
6. decil	122,8	185,4	22,2	2,0
7. decil	135,0	206,7	23,8	2,2
8. decil	149,8	232,4	25,5	2,3
9. decil	170,7	269,6	27,8	2,5
10. decil	249,0	430,6	39,9	3,4

Kilde. Danmarks Statistik, Indkomst 2005

Som det fremgår, er realindkomstudviklingen i perioden større, jo højere decilgruppe man betragter. Forskellene er udtrykt på den måde, at 1. decilgruppe har oplevet en realindkomstudvikling på 6,3 %, mens de rigeste i 10. decilgruppe har oplevet en realindkomststigning på 39,9 % – altså en indkomstudvikling som er mere end 6 gange så stærk som dem med de laveste indkomster.

Fordelt jævnt på de 10 år har 1. decilgruppe haft en gennemsnitlig realindkomststigning på 0,6 % pr. år, mens 10. decilgruppe har haft en realindkomststigning på 3,4 % pr. år.

I forhold til prisstigningerne har alle grupperne haft en positiv realindkomstudvikling, men forskellen har været markant og været baggrunden for den stigende ulighed. I 1995 havde de højeste indkomstgrupper en indkomst, som var 6,3 gange højere end indkomsten for dem i den laveste decilgruppe, denne forskel var i 2005 vokset til at være 8,5 gange højere.

2.3 Fattigdom – antallet af fattige er steget

Danmark har ikke nogen officiel fattigdomsgrænse. I EU opererer man imidlertid med en afgrænsning af fattige som dem, der har en disponibel indkomst, som ligger 50 % eller 60 % under medianindkomsten i landet, dvs. dem som har den midterste indkomst. I EU er man mere konsekvent gået over til at anvende 60 %-grænsen og taler om antallet, som er i **risiko** for at leve i fattigdom.

Danske undersøgelser anvender mere traditionelt 50 %-grænsen. Det gælder Det Økonomiske Råds rapport fra efteråret 2006 og tilsvarende rapport fra Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.

Det Økonomiske Råd har opgjort andelen af fattige i Danmark i 2004 til 4,4 % ved en grænse på 50 % af medianindkomsten. Opgjort på denne måde ligger fattigdomsgrænsen for en voksen på godt 75.000 kr. i årsindkomst i 2004. (Målt ved en fattigdomsgrænse på 60 % af medianindkomsten var der 8,9 % fattige).

Opgjort i antal personer er antallet af fattige i 2004 opgjort til 165.000 personer. Der har været en stigning i antallet af fattige siden 1998 på næsten 30.000 personer. I perioden 2001 til 2004 er tallet steget med 10.000 personer.

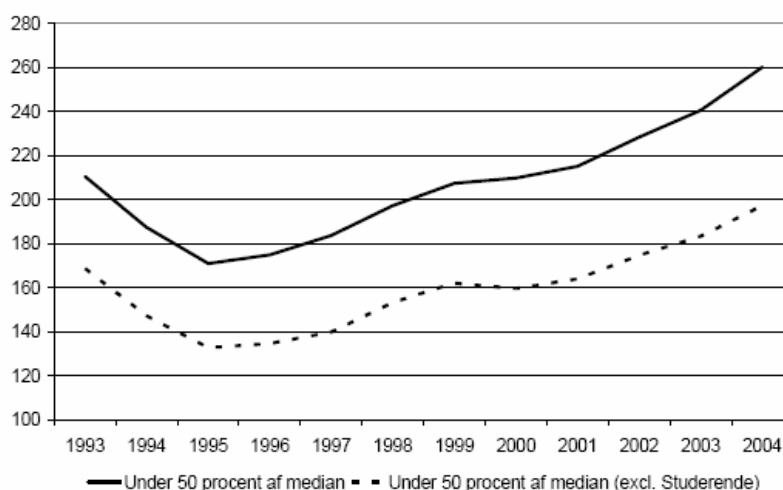
Enlige forsørgere er oftere fattige end enlige uden børn, men enlige forsørgere med kun et barn synes hurtigt at komme ud af fattigdommen igen. Derimod har enlige med flere børn sværere ved at komme ud af fattigdom.

Andelen af fattige er højere blandt indvandrere og deres efterkommere end blandt etniske danskere. Andelen er især høj for indvandrere de første år i Danmark, men der er stor variation mellem indvandrere fra forskellige oprindelseslande. (*Det Økonomiske Råd: Dansk Økonomi, efterår 2006*).

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd har også set på udviklingen i antallet af fattige på samme måde som Det Økonomiske Råd og får følgende resultater:

- Fra 2001-2004 er antallet af fattige steget med knap 45.000 – til forskel fra perioden 1993 til 2001, hvor antallet steg med 5.000 personer.
- Alene fra 2003 til 2004 er antallet steget med knap 20.000 personer. Indførelsen af kontanthjælpsloftet har medført en stigning på op mod 2.500 personer.

Figur 1. Udvikling i antal fattige, 1.000 personer



Kilde: AErådet på baggrund af lovmodellens datagrundlag

Børn der lever i fattigdom

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd har også set på antallet af børn, der lever i fattigdom. Det vil sige børn, der lever i familier, som har en disponibel indkomst under 50 %-grænsen. Den viser, at antallet af børn er steget med 12.000, og i 2004 lever ca. 60.000 børn i fattigdom.

Tabel 4: Børn der lever i fattigdom: (familier ekskl. studerende)

	Udvikling			Stigning		
	1993	2001	2004	1993-2001	2001-2004	1993-2004
Børn	43.600	48.300	60.300	4.700	12.000	16.600

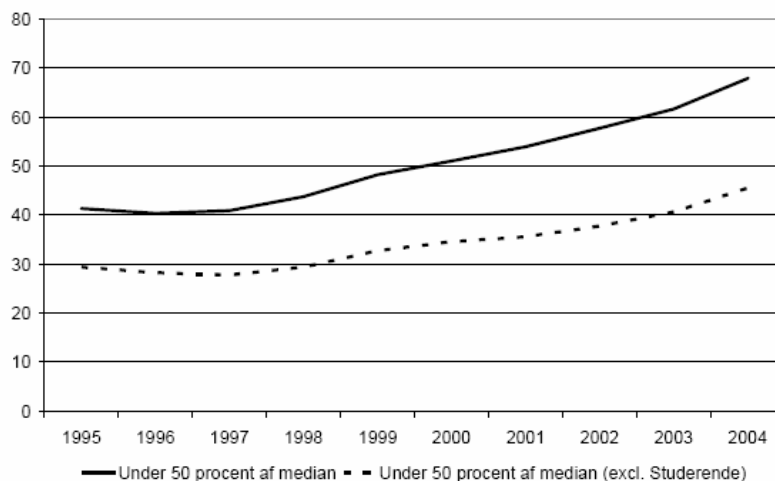
Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd: Fordeling og levekår. 2007

Længerevarende fattigdom

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd har også set på antal personer, som har levet i fattigdom i mindst tre år træk. Det vil sige, at de tre år i træk har haft en disponibel indkomst, som ligger under 50 %-grænsen.

Fra 1997 til 2004 er antallet steget fra 28.000 til 46.000 personer – en stigning på 60 %. (Arbejderbevægelsens Erhvervsråd: Fordeling og levekår. 2007)

Figur 2: Antal personer, der har været fattige de seneste tre år



Kilde: AErådet på baggrund af lovmodellens datagrundlag

Uanset om man ser på den midlertidige fattigdom eller den længerevarende fattigdom, er der en klar tendens til stigning i fattigdommen. Samtidig er der tendens til, at længerevarende fattigdom udgør en stigende andel af den samlede fattigdom. I 1998 var der 19 %, som havde været fattige tre år i træk, en andel som er steget til 23 % i 2004.

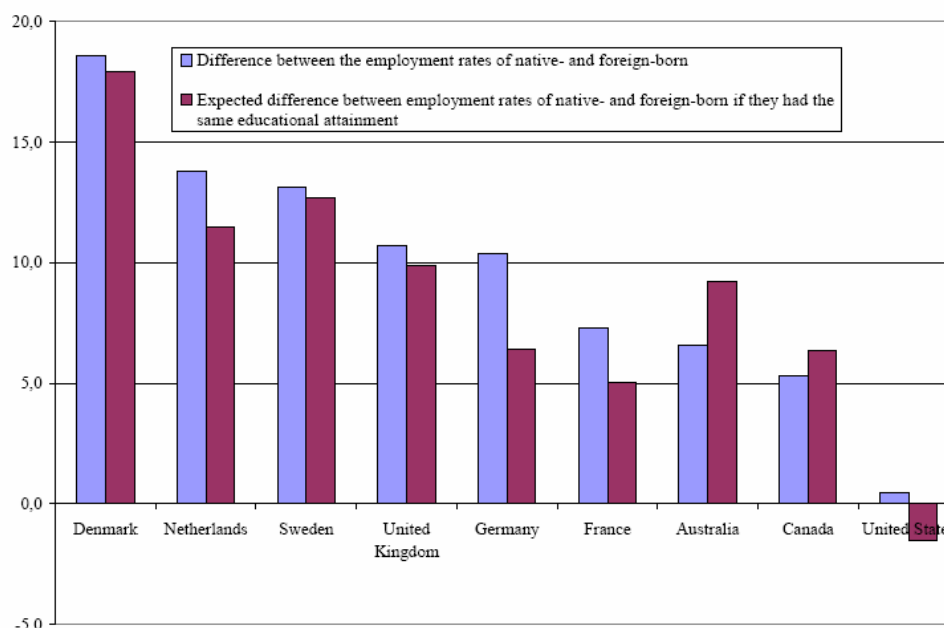
2.4 Integration

Hvad angår integrationen af indvandrere og flygtninge, er Danmark sammenlignet med andre lande dårligere til integration af indvandrere og deres efterkommere. Det fremgår af en OECD-rapport fra 2007, hvor der foretages en sammenligning af integrationen i de forskellige lande.

OECD-rapporten kritiserer, at alt for mange unge andengenerationsindvandrere tabes på gulvet i uddannelsessystemet, at der er en underrepræsentation af indvandrere blandt offentligt ansatte, og at det er vanskeligt for indvandrere at få fodfæste på arbejdsmarkedet.

Sammenligner man beskæftigelsesfrekvensen for etniske danskere med beskæftigelsesfrekvensen for ikke-etniske danskere er forskellen mellem disse to grupper størst i Danmark.

Figur 3: Percentage point differences in employment rates between foreign- and native-born and the impact of the qualification structure, 2004, 15-64 years old



Note: Data refer to 2002 for the Netherlands, and to 2003 for Australia and Canada. The expected differences are calculated using the employment rates by three levels of educational attainment (see Note to Table 2) for the foreign-born.

Source: Australia: Household, Income and Labour Dynamics Australia Survey; European countries: European Community Labour Force Survey (data provided by Eurostat); United States: Current Population Survey March Supplement; Canada: Survey of Income and Labour Dynamics.

Mangler uddannelse

Hvad angår uddannelse, er der en stor del af indvandrere, som mangler uddannelse. Der er 28 % af en årgang indvandrere, som ikke har påbegyndt en uddannelse 10 år efter, de har forladt grundskolen. Det tilsvarende tal er 4 % for danske unge og 12 % for efterkommere (født i Danmark af indvandrede forældre).

Tabel 5: Situationen 10 år efter grundskolen – afgang i 1995

Procent	Danskere	Efterkommere	Indvandrere	Alle
Har fuldført	65	56	45	64
I gang med	26	23	17	26
Afbrudt.....	4	10	10	4
Ikke begyndt.....	4	12	28	5
I alt.....	100	100	100	100
Antal	59.534	1.267	2.230	63.310

Kilde: Danmarks Statistik; Statistikbanken

Stort frafald i uddannelsessystemet

Mellem 12 % og 19 % af indvandrere (forskellige indvandrergrupper) falder fra i gymnasieuddannelserne. Det tilsvarende tal er 9 % for danskere og 13 % for efterkommere.

Ca. 60 % af indvandrerne falder fra i de faglige uddannelser (bl.a. håndværk, kontor og butik). Det tilsvarende tal er 32 % for danskere og 58 % for efterkommere. (*SFI "etniske minoriteter – et nyt proletariat" 2005*).

Beskæftigelsen er meget lavere blandt indvandrere og efterkommere

48 % af indvandrerne og efterkommere er i beskæftigelse, mens det er tilfældet for 76 % af personer med dansk baggrund.

Kilde: OECD, 2005

Etniske minoriteter er langt overrepræsenterede i ledighedsstatistikkerne

Ledighedsprocenten er 15 % for indvandrere og efterkommere, mens den kun er 4 % for personer med dansk baggrund.

Kilde: OECD, 2005

2.5 Ulighed i sundhed

Forskningsresultater viser, at der er en markant social ulighed i sundhed. Uanset om man ser på den sociale ulighed ud fra uddannelse, socioøkonomisk status eller indkomst, er der store forskelle i sygelighed og dødelighed – fx på den måde at personer med de højeste indkomster eller uddannelse er sundere end henholdsvis personer med de laveste indkomster eller ingen uddannelse. De samme forskelle er tydelige, når vi ser på folks dødelighed.

Sammenlignet med andre lande er den sociale ulighed i Danmark større end i lande, vi normalt sammenligner os med. Det gælder fx, når vi sammenligner den gennemsnitlige dødelighed, så er de sociale forskelle større i Danmark end andre lande. (Finn Diderichsen, foredrag d. 30. april, 2007).

Dødelighed

En sammenligning af udviklingen i dødelighed for henholdsvis funktionærer, faglærte og ikke-faglærte viser, at dødeligheden er faldet for alle grupper – og både for mænd og kvinder fra 1970 frem til i dag.

Men dødeligheden er faldet markant stærkere for funktionærer end for ufaglærte. Det gælder både blandt mænd og kvinder. Så de sociale forskelle i dødelighed er større i dag end for 30 år siden. (Finn Diderichsen: foredrag d. 30. april, 2007).

Middellevetiden

Også når vi ser på middellevetiden er der store sociale forskelle. Middellevetiden er ikke kun afhængig af indkomst og uddannelse, men også afhængig af hvor vi bor. Analyserne viser at:

- Middellevetiden på Nørrebro i København er 71 år (og på niveau med Vietnam).
- Middellevetiden i Nakskov er 74 år (og på niveau med Mexico).
- Middellevetiden i Søllerød er 81 år (og på niveau med Sverige).

- Middellevetiden i Danmark er 77,5 år (og på niveau med USA).

Kilde: Finn Diderichsen; foredrag d. 30. april, 2007.

Ulighed i leveår og restlevetid

Der er stor ulighed med hensyn til uddannelse: Lang uddannelse giver 6 flere leveår og 11 flere raske leveår i forhold til personer med kort uddannelse. (SIF, Brønnum Hansen, 2005).

Den sociale ulighed viser sig også i de forventede restlevetider: Højtuddannede mænd og kvinder i 30 års alderen har en forventet restlevetid, der er henholdsvis 5,6 år og 4,0 år højere end for lavtuddannede. Denne forskel har været stigende i de seneste år. (Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, Fordeling og leveår, 2007.)

Social ulighed i sygdomsbyrde

- De 50 % med kortest uddannelse har en sygdomsbyrde på niveau med Polen.
- De 50 % med længere uddannelse har en sygdomsbyrde næsten på niveau med Sverige.

Sundhedsfaktorer som lungekræft, depression, alkoholisme, hjertesygdom og stofmisbrug er sygdomme, som giver forklaringen på en meget stor del af den sociale ulighed i sygdomsbyrden. (Finn Diderichsen, foredrag d. 30. april, 2007).

Ulighed i sundhedstilstand

Den sociale ulighed i befolkningens sundhedstilstand viser sig bl.a. ved, at ikke-faglærte i alderen 25-64 år har et årligt medicinforbrug på 2.200 kr., mens personer med en lang videregående uddannelse kun køber medicin for 1.300 kr. om året.

Også når man ser på indlæggelser på sygehuse og kontakter til praktiserende læge, er trækket størst blandt de ikke-faglærte.

På tandlægeområdet er mønsteret det modsatte – her er forbruget størst blandt de ressourcestærke med lang uddannelse og høj indkomst. Blandt de fattigste 10 % af befolkningen er det 32 %, der ikke har været hos tandlægen i femårsperioden 2000-2005, mens den tilsvarende andel for de rigeste 10 % kun er knap 6 % (Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, Fordeling og leveår, 2007).

De socialt udsatte og sygdom

I de socialt udsatte grupper er langvarige sygdomme ofte årsagen til deres meget udsatte sociale positioner, ligesom deres socialt belastede forhold påvirker deres sundhedstilstand.

Ser man fx på kontanthjælpsmodtagerne i forhold til resten af befolkningen, har de en klar oversygelighed, hvad angår depression, angst, rygelunger, alkoholrelaterede sygdomme, diabetes, skizofreni m.v.

Ser vi alene på sygdomsforholdene blandt de socialt udsatte, viser det sig, at seks psykiatriske diagnoser udgør $2/3$ af de socialt udsattes sygelighed, mens de kun tæller $1/4$ af sygdomsbyrden i resten af befolkningen.

(Kilde: Finn Diderichsen, foredrag den 30. april, 2007).

3 Fattigdom og socialt udsatte

3.1 Indledning

NAP-rapporten tegner et generelt billede, der viser, at det økonomisk går godt i Danmark. Den økonomiske vækst er høj, og der er overskud på alle balancerne. Andelen med lave indkomster (under 60 % af medianen) udgør under 10 % af befolkningen og er blandt de laveste i EU. Rapporten omtaler dog ikke, at den økonomiske ulighed er stigende i Danmark i disse år. Fra 1995-2003 har den rigeste tiendedel har haft en årlig realvækst i indkomst på 2,7 %, mens den laveste tiendedel har haft et fald på 0,1 %.

VK-regeringen har fået vedtaget flere økonomiske incitamenter i de sociale ydelser med henblik på at få flere gjort selvforsørgende. Under mottoet "det skal kunne betale sig at arbejde" er der bl.a. blevet indført et "loft" over kontanthjælpen, og på det seneste er "300 timers reglen" trådt i kraft, hvor ægtepar risikerer at få halveret kontanthjælpen. Det store problem er imidlertid, at hvis det ikke lykkes disse kontanthjælpsmodtagere at blive selvforsørgende, bliver deres indkomster beskåret. Det gælder bl.a. matchgruppe 4, som har store problemer med at finde beskæftigelse.

NAP-rapporten omtaler handlingsprogrammet "Det fælles ansvar", der peger på behovet for en indsats i forhold til de mest socialt udsatte grupper i form af behandlingsgaranti til misbrugere, skæve huse, støtte-/kontaktpersonsordninger og alternative plejehjemspladser. Desuden peges der på etableringen af Rådet for Socialt Udsatte som et initiativ til at forbedre vilkårene for de svageste.

På lidt længere sigt spiller bekæmpelse af den negative sociale arv en rolle, fordi det kan være med til at forbedre forholdene for børnene. Der er lavet en anbringelsesreform, og alle kommuner skal nu udarbejde en sammenhængende børnepolitik. Endelig er der målsætninger om, at restgruppen skal reduceres således, at 95 % af en ungdomsårgang i 2015 skal gennemføre en ungdomsuddannelse.

Spørgsmål til workshop

1. Hvilke processer er det, som fører til fattigdom og sociale udstødelse?
2. Hvilke meningsfulde aktiviteter er der til dem, der ikke har mulighed for beskæftigelse eller selvforsørgelse?
3. Hvordan kan samfundet blive mere rummeligt for de socialt udstødte?
4. Hvordan sikrer man, at børnene blandt de socialt udstødte ikke bliver tabere i fremtiden?

Debat i workshop

Der blev generelt efterlyst en mere rummelig NAP med mindre fokus på individualisering. NAP bør i højere grad beskæftige sig med årsagerne til fattigdom og desuden diskutere, om niveauet (der anses for at være for lavt) for overførelsesindkomster i sidste ende er fattigdomsskabende. Det gav anledning til stor undren, at sænkningen af de sociale ydelser slet ikke er behandlet eller blot nævnt i NAP. Der blev efterlyst mere generelle diskussioner af de utilsigtede (eller naturlige) konsekvenser af den førte politik fx i forhold til de socialt udsatte.

3.2 Individuelle problemer

Grundlæggende kritiseres NAP for at opfatte udstødelse og fattigdom som et individuelt problem underforstået, at det er den enkelte og ikke samfundet, der kan løse problemet. NAP mangler en bred forståelse for, hvilke mekanismer der marginaliserer en gruppe mennesker. Gruppen af socialt udstødte er meget kompleks, men denne kompleksitet reduceres af strategier, hvor fokus er på det individuelle frem for det strukturelle.

Der er for meget fokus på arbejdstagerne, og hvad de skal levere på arbejdsmarkedet. På arbejdsmarkedet stilles der krav om omstillingsparathed og andre sociale færdigheder, som mange socialt udsatte mangler. Arbejdsgiversiden inddrages kun via kampagner uden forpligtende krav. Man risikerer, at en række arbejdstagere “tabes på gulvet” og ender på førtidspension, fordi de ikke får den hjælp, de har behov for.

Arbejdsmarkedet bør i højere grad matche de ledige og ikke omvendt, og der bør i højere grad stilles krav til arbejdsgiverne om at bære et socialt ansvar. Stat og kommuner bør kræve social ansvarlighed af deres leverandører i forhold til at skaffe rummelige arbejdspladser til udsatte. En anden mulighed kunne være, at arbejdsgiverne indbetaler til en fond, som skal skaffe rummelige arbejdspladser eller finansielle mentorordninger.

3.3 Et værdigt liv for de socialt svage

Tidligere handlede det at have et arbejde om at kunne forsørge sig og sine. I dag handler det at have et arbejde mere om at have et værdigt liv og en form for status. Beskæftigelse bliver hurtigt omdrejningspunkt for borgernes legitime eksistens, og for hvem man er i samfundet. De, der ikke kan yde noget til samfundet, føler sig udstødte.

For mange af de udstødte fylder sorg, tab og kriser langt mere end det at have et arbejde. Gruppen af kontanthjælpsmodtagerne, sygedagpengemodtagerne, dem uden uddannelse, dem med nedslidende arbejde, indsatte i fængslerne og misbrugere er blandt de udsatte grupper. Disse personer ram-

mes ofte af de samme processer, der fører dem ud i fattigdom. De er i høj grad “samspilsramte”, hvor økonomien spiller en mindre rolle.

Der bliver i dag stillet krav til de udsatte, som mange har svært ved at leve op til. Konsekvensen bliver, at for at presse de dovne, der ikke vil arbejde, bliver de svage, som har det vanskeligt i dagligdagen, klemte i systemet. Matchsystemet blev fremhævet som et eksempel herpå. Der er behov for jobgaranti, så man kan udskille de dovne fra de værdigt trængende. De fleste, der kan arbejde, vil også gerne arbejde og forsørge sig selv.

Opfattelsen af, hvad der er “normalt” i samfundet, er meget snæver. Det resulterer i, at grupper af personer uden for arbejdsmarkedet ender som en slags paria. Denne gruppe har i særdeleshed brug for “livstræning” i stedet for jobtræning. “Livstræning” kan hjælpe gruppen af udsatte til at indgå i andre sunde fællesskaber end blot det, der eksisterer i kraft af et arbejde. Der bør skabes indholdsricke fællesskaber uden for arbejdsmarkedet.

Helt grundlæggende er der brug for en erkendelse af, at der i samfundet er udsatte personer, som ikke kan klare sig på arbejdsmarkedet. Disse personer har ikke desto mindre ret til et værdigt liv. Der kan være behov for en garanteret minimumsindtægt – et eksistensminimum, hvor gruppen af udsatte kan leve et værdigt liv. De lave sociale ydelser i form af starthjælp, 300 timers reglen for ægtepar og nedsættelsen af kontanthjælpen for unge er meget lave og forhindrer et værdigt liv og bør derfor afskaffes.

De svageste borgere (misbrugere, hjemløse, psykisk syge etc.) har svært ved at begå sig i systemet og sikre, at de får den hjælp, de har behov for. Mange aktører oplever, at de svageste borgere i højere grad giver op over for systemet. Samtidig er der eksempler på, at sagsbehandlerne mere eller mindre bevidst fravælger de meget besværlige og tidskrævende borgere, fordi sagsbehandlerne selv er under pres, og fordi de mangler tid.

Det blev fra flere sider bemærket, at placeringen i matchgrupper er præget af tilfældighed. Borgerne har selv yderst ringe indflydelse på, hvilken matchgruppe de havner i. Dermed fremmedgøres de i kontanthjælpssystemet. For at undgå fremmedgørelse er “inddragelse” et nøgleord. Den afmagt over for systemet, som kan opleves af de svageste, kan måske afhjælpes, hvis de må have bisiddere med. Borgerne bør i det hele taget medvirke mere til at løse egen sag.

3.4 Fattigdomsgrænse

Der blev efterlyst en mere officiel fattigdomsgrænse. Det er vanskeligt at tale om fattigdom og socialt udsatte, så længe der ikke er en fattigdomsgrænse og hermed en klar definition af fattige og socialt udsatte. Det er desuden vigtigt at kunne måle og vurdere, om antallet af fattige stiger eller falder.

der fra år til år, og dermed om givne indsatser i sidste ende virker. Der er også behov for mere viden om de udsatte – Hvem består gruppen af, og hvordan klarer de sig?

En fattigdomsgrænse kan dog (mis)bruges til at udstille de udsatte. Samtidig er der risiko for, at en række socialt udsatte ikke får den hjælp, de har brug for, før de kommer under fattigdomsgrænsen.

Der blev peget på, at fattigdom ikke kun er økonomisk fattigdom, men at man også kan tale om social og kulturel fattigdom (der handler om uddannelse og opvækst).

Der var forskellige forslag til en fattigdomsgrænse, fx indførelsen af et minimumseksistensbeløb. Et andet forslag handlede om at se fattigdom som et relativt begreb, fordi samfundet hele tiden ændrer sig. Fx ændrer kommunikationsmidlerne sig. Derfor vil borgere uden adgang til internet i stigende grad opleve at være marginaliserede. Endelig blev der peget på at tage udgangspunkt i “trangsberegninger”, hvor det disponible beløb udregnes efter, at husleje, lys og varme er betalt.

3.5 Førtidspension

Det er et problem, at førtidspensionsreformen fastholder navnlig unge pensionsmodtagere og forhindrer dem i at komme tilbage til arbejdsmarkedet. Enten er det førtidspension eller også er det arbejde. Der er næsten ingen middelvej. Førtidspension er en god ordning for dem, der har brug for det, men spørgsmålet er, om der er for mange, der ender på førtidspension og ikke kan “rejse sig” igen. De unge, der i en tidlig alder kommer på førtidspension, bliver for hurtigt afskrevet fra arbejdsmarkedet. Det er svært for dem at komme tilbage på arbejdsmarkedet, og hvis de fortryder, er det vanskeligt at vende tilbage til førtidspension igen.

Førtidspensionister bør have nemmere ved at træde ud af ordningen og over i beskæftigelse, men samtidig skal de ikke gennem en langvarig proces for at få tilkendt førtidspension, hvis de fortryder.

En middelvej er revalidering. Praksis for tilkendelse af revalidering er imidlertid forskellig fra kommune til kommune. Praksis bør derfor ensrettes, så det ikke længere er kommunen, men klientens forhold der er afgørende for opnåelse af revalidering. Det er også et problem, at spørgsmålet om revalidering er blevet placeret i Beskæftigelsesministeriet. Tidligere blev spørgsmålet om revalidering behandlet i Socialministeriet. Det har betydet, at det kun er de dårligst fungerende, der er tilbage i Socialministeriet – dem der skal på førtidspension.

Sagsbehandlingen i forbindelse med førtidspension er langsommelig selv i sager, hvor kriterierne er overholdt. Ventetiden og uvisheden tager hårdt på ansøgerne – ikke mindst børnefamilierne, hvor børnene ofte må lide afsavn. Borgere, der ikke opnår førtidspension, bør have en garanti for, at de bliver hjulpet med at komme videre. På nuværende tidspunkt er der for mange, der “sander til” i systemet. I forlængelse heraf er det vigtigt at overveje, hvor længe den enkelte borger maksimalt kan befinde sig på den lave ydelse (som fx kontanthjælp). Hvis processen omkring opnåelse af førtidspension kan afkortes, vil det sandsynligvis være muligt at få nogle af borgerne tilbage på arbejdsmarkedet.

Der er en fremherskende skepsis i kommunerne over for lægernes udsagn, når sager om førtidspension afgøres. Denne tilsidesættelse af lægevidenskabens svækker borgernes rettigheder og gør, at kriterierne for opnåelse af førtidspension bliver uigennemskuelige.

3.6 Kommunalreformen

Kommunalreformen opfattes af mange som en slags socialreform. Der er risiko for, at når social- og beskæftigelsespolitik i højere grad bliver kommunalt drevet, vil det svække mulighederne for at gennemføre overordnede nationale indsatser. Der er også risiko for, at det bliver sværere for de svageste grupper i og med, at der med strukturreformen er lagt mere ansvar ud til kommunerne. Der er behov for at fokusere på kommunalreformen og dens konsekvenser: Er der sket en forøgelse af fattigdommen og den sociale udstødelse efter reformen?

Det kan være et problem, at kommunerne ikke har tid og råd til at varetage borgernes retssikkerhed tilstrækkeligt. Udmøntningen af sociallovgivningen halter, hvilket særligt er blevet bemærket i forbindelse med strukturreformen, som en konsekvens af nye organiseringer i kommunerne.

3.7 Negativ social arv

Den negative sociale arv er et stort problem, fordi børnene er samfundets “råstof”. Inden for de seneste år er der sket forringelser på skole- og daginstitutionens område. Forebyggelsen kan blive bedre og bør ske gennem bedre normeringer i daginstitutionerne, hvor Danmark har den laveste i Norden. Navnlig de danske folkeskoler blev kritiseret for deres normering. Konsekvenserne bliver, at de svageste børn ikke får den tid, de har behov for.

Børnene i de svageste familier rammes ofte, fordi der mangler støtte til børnene i kontanthjælpssystemet. Børnene risikerer bl.a. at ende som tabere, når langtidssygdom af forskellige årsager rammer de voksne forsørgere. Der er langtidssygemeldte, som ender på kontanthjælp, fordi sagsbehandlin-

gen er for langsom, hvilket også tager hårdt på familien. Og i særlig grad børnefamilierne. I værste fald ses begyndelsen til negativ social arv. Sagsbehandlingen bør i højere grad inddrage løsninger til gavn for familierne. I det hele taget blev der efterlyst en tidligere indsats i forhold til de svage børnefamilier.

Det er omdiskuteret, hvorvidt forebyggelse af negativ social arv reelt virker. Regeringens udmeldinger om, at forældrene bærer ansvaret i sidste ende, rammer de dårligt stillede forældre med risiko for de socialt udsatte børn, der risikerer, at hverken samfundet eller forældrene tager sig af dem.

Det blev dog fremhævet, at der stadigvæk ydes en stor og positiv indsats ude i skoler og dagsinstitutioner. Der bliver ikke gjort nok for at indsamle de gode eksempler, som samfundet kan tage ved lære af. Den rummelige børnepolitik har imidlertid nogle steder betydet, at specialtilbuddene er blevet sparet væk.

Det er vigtigt med fokus på mønsterbryderne i forhold til den negative sociale arv. Hvorfor er den nogen, der bryder den sociale arv? Der er behov for mere viden på området. Samtidig bør man undgå, at fokus på negativ social arv stigmatiserer børn og unge fra dårlige kår. Forældre, der får fjernet deres børn, bør i langt højere grad hjælpes.

Der skal sættes ind med mere forebyggelse. Lærerne skal uddannes til at takle de sociale udfordringer. Der skal bruges flere ressourcer på børn og unge samt forbedre metoderne og indsatserne i forhold til de svagest stillede børn og unge. En bedre opsamling af erfaringer kan være med til at undgå alt for spredt fægtning på området. Der bør afsættes flere ressourcer til at sikre, at udsatte børn i deres fritidsliv har adgang til de samme aktiviteter som andre børn. Idrætsudøvelse blev i særlig grad fremhævet som værende vigtig for udsatte børn.

En løsning på problemerne kan også være at sætte mere fokus på rettigheder, fx ret til undervisning, ret til et værdigt fritidsliv etc. Sociale rettigheder, minimumsrettigheder, minimumsstandarder som et modsvar til individualiseringen.

3.8 Efterlysning af det frivillige Danmark

Der blev opfordret til, at flere frivillige kom på banen i forhold til de socialt udsatte. Der er brug for brugerbevægelser, der kan gå i spidsen for de udsatte. Noget der kunne kopieres fra handicapområdet. Der er også brug for at tydeliggøre de svagestes rettigheder, hvilket på nuværende tidspunkt er svært for "rettighedsorganisationerne", fordi de enkelte kommuner har forskellig praksis. Flere opfordrede i øvrigt til at stramme op om retssikkerhe-

den på det sociale område, eksempelvis omkring indplaceringer i match-grupper, som kan have store konsekvenser for den enkelte.

4 Integration

4.1 Indledning

Det er et paradoks, at Danmark er et af de lande, hvor spørgsmålet om integration har været højest på den politiske dagsorden igennem de seneste 5-10 år, og samtidig er Danmark et af de lande, som er dårligst til at integrere fremmede, selv om de fremmede ikke udgør nogen særlig stor befolkningsgruppe. Det fremgår af en ny OECD-rapport, som sammenligner integration i forskellige lande.

I Danmark er beskæftigelsesprocenten for 16-64 årige indvandrere og efterkommere steget fra 46 % i 2001 til 48 % i 2005. Til sammenligning er beskæftigelsesprocenten 76 % for danskere. Samtidig er ledighedsprocenten på mere end 15 % for indvandrere, mens den er nede på 4 % for danskere.

Når det gælder uddannelse, er billedet ikke meget bedre. Det viser sig, at efterkommere er væsentligt dårligere uddannet end danskere. Den såkaldte restgruppe er eksempelvis næsten dobbelt så stor blandt efterkommere end blandt danskere. Det betyder, at indvandrergrupperne også i fremtiden vil få det svært på det danske arbejdsmarked, som satser mere og mere på "videnstung" produktion og service.

Den manglende integration viser sig også på boligområdet, hvor der er udviklet ghetto-områder, som ikke blot omfatter indvandrergrupper, men også socialt dårligt stillede danskere. Tilsammen tegner det et billede af risiko for såkaldte parallelsamfund i det danske samfund.

Regeringens løsningsforslag i forhold til integrationsproblemerne har en tendens til at koncentrere sig om to strategier: at begrænse adgangen til Danmark og at løse sociale problemer via beskæftigelsespolitikken.

I udlændingeloven går de seneste års initiativer ud på at begrænse mulighederne for at komme ind i Danmark, få permanent ophold og få dansk statsborgerskab kombineret med forsøg på at få de flygtninge og indvandrere med "mest integrationspotentiale" til landet. Disse tiltag har store konsekvenser også for integrationspolitikken og integrationsarbejdet i Danmark.

Integrationsindsatsen er blevet mere og mere ensrettet mod en beskæftigelsesindsats. Og mod en begrænsning af rettigheder, hvis man ikke lever op til beskæftigelseskravet, som fx den nye 300 timers regel i aktivloven. Derudover arbejder man med økonomiske incitamenters som fx starthjælpen, uden dokumentation for positiv effekt. I NAP-rapporten er det også beskæftigelsesrettede forslag som øget aktiveringsret og -pligt samt partnerskabsaftaler med private virksomheder, der foreslås som løsning af etniske minoriteters manglende beskæftigelse.

Spørgsmål:

1. Hvordan skaber man mere rummelighed og undgår diskrimination i det danske samfund?
2. Hvordan sikrer man, at integration bliver en gensidig proces med fokus på deltagelse i det danske samfund bredt og ikke kun deltagelse på arbejdsmarkedet?
3. Hvorfor er Danmark specielt dårlig til at integrere indvandrere på arbejdsmarkedet?
4. Hvordan undgår man en segregering/ghettodannelse af vores by- og boligområder?
5. Hvordan undgår man en segregering af vores børne- og uddannelsesinstitutioner?

4.2 Uddannelse

Der blev peget på problemet omkring sprogundervisning og uddannelse til flygtninge og indvandrere. Særligt blev det fremhævet, at det er et stort problem, at så mange udlændinge falder ud af uddannelsessystemet, og det blev diskuteret, hvad dette skyldes.

En af årsagerne kan være, at de unge med indvandrerbaggrund, som vælger andre uddannelser end de traditionelle 'indvandrerfag', har svært ved at komme i praktik. Dette er problematisk, da praktikophold er en vigtig forudsætning for et vellykket uddannelsesforløb for indvandrere. Et andet problem kan være, at mange indvandrere ikke har mulighed for at tilegne sig it-kundskaber. Mange har ingen adgang til internet m.m. og har ikke samme økonomiske muligheder som almindelige danskere. For det tredje viser erfaringerne, at mange videregående uddannelser er opbygget omkring gruppearbejde, som stiller særlige krav og betyder, at det er vanskeligt for udlændinge at komme ind i grupperne.

En del indvandrere har problemer med, at Danmark ikke anerkender deres kvalifikationer, kompetencer og eksamensbeviser. Man kunne lave supplerende uddannelsesordninger for flygtninge og indvandrere. Det findes allerede på nogle virksomheder, fx NOVO og Risø. Opkvalificering kunne være en del af en ansættelse. De skal hurtigere i arbejde, og der bør være en hurtigere behandling af deres uddannelsespapirer.

4.3 Sprog

Sprog læres ved at blive brugt. Hvordan får vi indvandrere inviteret til at benytte det danske sprog? Undervisningen skal gøres relevant. Indvandrerne skal opleve, at de har brug for det danske sprog. De skal i langt højere grad indgå i sammenhænge, hvor de møder andre danskere. Danskundervis-

ning til indvandrere ude på virksomhederne har vist sig at være en succes. Så får de brugt undervisningen.

Der er brug for mere og bedre sprogundervisning, fordi dansk er et svært sprog. Det er imidlertid et problem, at sprogcentre m.v. konkurrerer med hinanden. Der er mistillid mellem institutionerne og dårligt samarbejde. Der er kringledede betalingsordninger, fx modulbetaling. Der er brug for bedre koordinering mellem uddannelsesinstitutioner og sprogcentre. Man bør afskaffe taxameterordninger, som fremmer spekulation i elevsammensætning.

Det er et problem, at næsten al offentlig formidling foregår på dansk. Mange indvandrere forstår ikke ordentligt dansk. Der er brug for bedre tolkebi-stand.

4.4 Beskæftigelse og rummelighed

Der er generelt enighed om, at beskæftigelse og deltagelse på arbejdsmarkedet er vigtigt for en vellykket integration, men at den meget ensidige fokus på beskæftigelse er et problem. Særligt problematisk er det, at den nuværende regering i stor stil gør brug af økonomiske incitamenter over for flygtninge og indvandrere for at tvinge denne gruppe ud på arbejdsmarkedet. Det er dokumenteret fra flere sider, at økonomiske incitamenter ikke har nogen effekt på en stor del af denne gruppe.

Den store fokusering på beskæftigelse i integrationsindsatsen er problematisk. Alle får på sprogskolerne at vide, at de skal være sosu-hjælpere/assistenter, fordi der er de største job-chancer. Bertel Haarder har udtalt, at indvandrerkvinder har et særligt omsorgsgen, og derfor skal de være sosu-assistenter. Det medfører, at der opstår bestemte job-lommer, som er forbeholdt indvandrerkvinder, og det fremmer ikke integrationen.

Arbejdsmarkedet skal være åbent og parat til indvandrere og flygtninge. Der skal tilstræbes en etnisk ligestilling i virksomheder og offentlige institutioner, evt. gennem etniske kvoter. Arbejdsmarkedet skal i det hele taget være mere rummeligt.

4.5 Overordnet værdigrundlag

Der mangler en overordnet målsætning og værdigrundlag for integration. Der skal være mere samarbejde på tværs af sektorer. Problemet er, at der er en dominerende politisk dagsorden, som siger, at vi skal have fuld beskæftigelse og mindre indvandring. Det er også et problem, at integrationsindsatsen er præget af en kraftig topstyring, som udspringer fra få ministerier. Det medfører en meget ensidig indsats.

Integrationsrådene fungerer ikke i mange kommuner. De etniske organisationer bør inddrages i integrationsarbejdet. Der er ikke længere høringspligt.

Integrationsindsatsen har betydet, at solidariteten er mindsket. Der er i højere grad brug for at løse problemerne i stedet for bare at lave særlovgivning for etniske minoriteter. Det farlige med særlove som integrationsloven er, at det på den måde bliver indsatser i forhold til kategorier og ikke i forhold til individer eller problemer. Der er lavet stramninger i lovgivningen, som primært rammer indvandrere, fx loft over kontanthjælp.

Den Nationale Handlingsplan viser ingen respekt for indvandrerkvinder. Den fokuserer mest på problemer omkring tørklæder og tvangsægteskaber, hvilket langt fra er dækkende for de forskellige problemstillinger, mange indvandrerkvinder står i. Man betragter flygtninge og indvandrere som en homogen gruppe. Det er helt forkert. De er på mange punkter endnu mere indbyrdes forskellige end danskere. Derfor er det en misforståelse, når man tror, at man kan benytte standardiserede værktøjer i integrationsarbejdet.

Der bør gøres en indsats for at ændre befolkningens holdninger til flygtninge og indvandrere. Grundholdningen er et problem mange steder.

4.6 Metodeudvikling og viden

Et andet fremtrædende emne i diskussionerne i workshoppen kredsede om metoder og viden. En del af indlæggene handlede om, at der mangler sammenhæng mellem indsats og forskning. Der tilvejebringes ikke nok viden om integrationsarbejdet. Omvendt skal man passe på med at udbrede dokumentationsprincippet alt for meget, fordi det stjæler for mange ressourcer.

Nyere social forskning i USA har tilvejebragt en række nye værktøjer i det sociale arbejde. Der er brug for en mere målrettet indsats, som følges op af forskning. Forskning og indsats i Danmark fokuserer i alt for høj grad på best practice, hvor tanken er, at de gode eksempler skal bredes ud til alle. Indsatsen skal i langt højere grad fokusere på afgrænsede problematikker.

Kommunerne er ikke optaget af best practice. Kommunerne famler i forsøget på overhovedet at finde midler. Og det er svært at få luft i kommunerne. De gode intentioner er der, men de er gemt væk for tiden. På grund af økonomien er der ikke mulighed for at være fleksibel i forhold til den enkelte. Der er for mange integrationsprojekter med tilskud fra puljer og fonde. Indsatsen bliver ikke forankret eller videreført. Integrationsindsatsen burde være en integreret del af normal-indsatserne. Integrationskonsulenterne skulle overføres til normalområdet.

4.7 Kommunen/lokalområdet

Særligt de små landkommuner kan have vanskeligt ved at løse integrationsarbejdet. Der er typisk tale om, at man på landet ikke kan tilbyde den hjælp, der er brug for, og at udlændinge bosat på landet ikke har de økonomiske midler til at opsøge netværk andre steder i landet, og derfor risikerer at blive mere ensomme og marginaliserede. Der er heller ingen behandlingsmuligheder for fx traumatiserede flygtninge på landet. Manglende offentlige transportmuligheder gør, at de ofte ikke kan varetage et arbejde, og de har ikke råd til bil. Der er heller ikke mange virksomheder på landet med job.

Mange indvandrere og flygtninge har mistillid til systemet – kommunen og sagsbehandlerne. Kommunerne er trængt økonomisk, og de har et økonomisk incitament til at prioritere de stærke flygtninge på bekostning af de svage, fordi de får en bonus ved bestået danskprøve eller ordinær beskæftigelse.

I nogle mindre byer fungerer integrationsarbejdet perfekt, fx i Struer, Ikast og Skive. De store byer kan lære af de mindre byer. Desuden kan der etableres netværk på tværs af kommuner i de enkelte regioner. Midtjylland er et eksempel på et samarbejde om integration.

4.8 Frivilligt arbejde

Udlændinge burde deltage mere i frivilligt arbejde. Der er eksempler på, at kommunerne inddrager frivillige, fordi deres budgetter er pressede. Men det er ikke altid godt med frivillige, hvis problemerne er store og komplekse.

Flygtninge mangler penge til fritidstilbud, og det hæmmer integrationen. Foreningsliv virker som en katalysator og beriger børnene meget. Det er derfor vigtigt at få udlændinge med i foreninger.

5 Ulighed i sundhed

5.1 Indledning

Handlingsplanen for Social beskyttelse og Inklusion omfatter for første gang ud over det sociale område også sundhedsområdet. I debatten om fattigdom og ulighed har fokus været på de økonomiske og sociale uligheder. Med handlingsplanen udfordres debatten yderligere med fokus på ulighed i sundhed.

Forskningsresultater viser for det første, at der er tale om en markant social ulighed i sundhed. Uanset om man ser på den sociale ulighed ud fra uddannelse, socioøkonomisk status eller indkomst, viser det sig, at der er store forskelle i sygelighed og dødelighed. Fx på den måde at personer med de højeste indkomster eller uddannelse er sundere end henholdsvis personer med de laveste indkomster eller ingen uddannelse. De samme forskelle er tydelige, når vi ser på folks dødelighed.

Sundhedsfaktorer som lungekræft, depression, alkoholisme, hjertesygdom og stofmisbrug er sygdomme, som giver forklaringen på en meget stor del af den sociale ulighed i sygdomsbyrden.

For det andet er der på en række områder tale om, at den sociale ulighed i sundhed er vokset i 1990'erne, fx når vi ser på forskelle i dødelighed.

Et andet perspektiv handler om de socialt udsatte grupper. Der er tale om grupper, hvor langvarige sygdomme ofte er årsagen til deres meget udsatte sociale positioner, ligesom deres socialt belastede forhold påvirker deres sundhedstilstand.

Begge perspektiver fordrer en indsats for at bryde udviklingen i retning af større sociale uligheder på sundhedsområdet. Mens social ulighed i sundhed handler om forebyggende indsatser mod de sygdomsårsager, som er knyttet til individernes sociale positioner, synes indsatsen i forhold til de socialt udsatte i høj grad at handle om at bryde den onde cirkel, hvor sygdom og social udsathed forstærker hinanden.

Spørgsmål:

1. Hvordan er og hvad karakteriserer den sociale ulighed i sundhed?
2. Hvad er det for processer, som fører til social ulighed i sundhed?
3. Hvordan har udviklingen været på forskellige indikatorer?
4. Hvordan er sammenhængen mellem social ulighed/økonomisk ulighed og ulighed i sundhed?
5. Hvordan har de socialt udsatte grupper det med hensyn til sundhed/helbred, og hvad er karakteristisk for deres sundhed/helbred?
6. Er der tale om lige adgang til sundhedsydelserne?

Debat i workshop

NAP-rapporten skitserer de positive tendenser, der er i Danmark inden for fx dødelighed ved kræft og blodpropper samt kortere ventetider, men der undlades at fremlægge de sundhedsmæssige områder, hvor det går dårligere i Danmark end i nabolandene. Planen blev generelt kritiseret for ikke at beskæftige sig tilstrækkeligt med social ulighed i sundhed eller forebyggelsesinitiativer, som ellers er de overordnede hovedmål.

5.2 Viden og information

Et af de store problemer er, at mange socialt udsatte personer mangler almen viden om sundhed. Meget af den information, der allerede findes, er i form af pjecer og på internettet, men det er ikke hensigtsmæssigt, når man vil nå de socialt udsatte og svage grupper. I det hele taget er det et problem, at oplysninger om sundhed retter sig mest mod folk, der allerede har en vis almen viden.

Et andet problem er, at etniske minoriteter mangler viden om sundhed. Mange oplysninger findes kun på dansk og forudsætter sprogkunderskaber.

Man bør i højere grad informere om sundhed i hjemløseavisen og i sprogaviser. Sprogskolerne er også en god mulighed for at fortælle om sundhed.

Det er afgørende, at sundhed bliver integreret i undervisningen i folkeskolen. Folkeskolen skal uddanne og informere omkring kost og motion samt sørge for ordentlig kost og motion til eleverne. Folkeskolen er en oplagt og unik mulighed for at sørge for, at alle får en lige mulighed for at få indsigt i, hvordan man kan leve et sundt liv.

Sundhedscentre kan også varetage den almene viden omkring sundhed, hvor der kunne være specielt fokus på den gruppe af borgere, som mangler den grundlæggende viden omkring sundhed. Folkesundhed København er i gang med et projekt, hvor de samarbejder med jobcentre omkring, hvordan kontanthjælpsmodtagerne kan leve sundere og samtidig måske få et arbejde. Kvarterløft-projekter kan også bruges til at fremme sundheden.

5.3 Rummelighed og diskrimination

Der blev rejst kritik af, at sundhedssystemet ikke er rummeligt nok til at tage sig af alle typer patienter. I visse tilfælde kunne der være tale om diskrimination. Det gælder særligt i forhold til misbrugere, især stofmisbrugere, som har svært ved at indordne sig.

De socialt udsatte – som har allermest brug for hjælp – vil ikke have hjælp, og vil ikke være en del af sundhedssystemet, fordi de gentagne gange har

oplevet enten at blive behandlet dårligt, eller at “ekspertsystemet” ikke forstår dem og derfor behandler dem forkert og kommunikerer forkert med dem.

Det blev nævnt, at sundhedssystemets kommunikations- og behandlingsformer er indrettet til højtuddannede kvinder, mens mange andre befolkningsgrupper har svært ved at begå sig i sygehussystemet.

Blandt debattørerne var der uenighed om, hvordan man kan løse problemet omkring rummelighed og diskrimination i sundhedsvæsenet. Hvor nogle mente, at løsningen er at uddanne specialister, mente andre, at løsningen er at uddanne generalister.

Debattører, der talte for specialisløsningen, mente, at den gruppe af udsatte og svage personer, som sundhedssystemet ikke er indrettet til, er så lille og bestående af meget forskellige personer, at det vil være forkert, at alle ansatte i sundhedssystemet skal uddannes i håndtering og kommunikation i forhold til denne gruppe. De mente i stedet, at løsningen er at uddanne nogle specialister, som kan varetage de “anderledes” brugeres ønsker og sørge for, at sundhedssystemet også kan rumme dem. Det kan fx være tolkebistand, brobygning og bisidder. Det blev pointeret, at det er vigtigt, at specialisterne er en del af hospitalets ydelser og ikke en udefrakommende person fra fx en frivillig organisation.

Debattører, som mente, at generalisløsningen er den bedste, pointerede, at hvis alle ansatte i sundhedssystemet er uddannet i de krav, ønsker og muligheder, som de “anderledes” brugere har, samt hvordan man bedst kommunikerer med dem, så undgår man diskrimination og mobning af denne gruppe og får et system, der kan rumme alle typer af brugere.

Der var bred enighed om, at problemet omkring rummelighed og diskrimination ligger i sundhedssystemet, og at systemændringen derfor også skal ske i sundhedssystemet. Kulturelle mediatorer kan på kort sigt være en god løsning.

Det blev nævnt, at man kunne nå langt ved at sikre, at sundhedssystemet afspejler diversitet, da det både vil kvalificere systemet samt give en større indsigt i de grupper, som sundhedssystemet p.t. ikke rummer på en ordentlig måde. Det kan gøres ved at ansætte flere indvandrere, handicappede, mandlige sygeplejersker osv. i sundhedsvæsenet.

5.4 Efterbehandling og tidlig udskrivning

Udskrivningen fra hospitalerne sker langt hurtigere end tidligere, hvilket kan være et stort problem for de svageste i samfundet, da de ofte ikke selv kan varetage ansvaret for genoptræning og medicinering efter udskrivning.

Det kan betyde, at de får forkert eller ingen medicin, eller ikke bliver genoptrænet.

Også de psykisk syge bliver udskrevet alt for tidligt, fordi der er for få pladser på de psykiatriske hospitaler. Når de bliver udskrevet, kommer mange ofte på en boform, og nogle får det hurtigt meget dårligt igen. Det er en ond spiral, der skal brydes.

Ifølge serviceloven må hospitalerne ikke udskrive folk, som bor alene, uden at tale med kommunen først. Men det sker ikke altid, hvilket betyder, at der er nogen, der bliver udskrevet til et hjem, hvor de er meget alene og skal klare sig selv. Det er et problem.

Debattørerne kritiserede regeringen for at have så stærkt fokus på nedbringelse af ventelister, at efterbehandling kommer i baggrunden. Det rammer de svage i samfundet ekstra hårdt.

Udgående hospitaler og kort indlæggelsestid blev debatteret. Det blev fremhævet, at udgående hospitaler og kort indlæggelsestid er en rigtig god løsning for mange patienter, men at det ofte er en dårlig løsning for de mest svage i samfundet, da de ikke formår at klare efterbehandlingen selv. Løsningen var ifølge debattørerne, at gruppen af svage og udsatte personer skal have mulighed for at være indlagt i længere tid eller oftere få sygebesøg.

Der bør udbygges med flere psykiatripladser, så de syge ikke bliver nødt til at blive udskrevet, før de er raske nok til det. De frivillige organisationer og kommunerne skal i deres samarbejde blive bedre til at hjælpe de svage og ensomme, når de bliver udskrevet fra hospitalerne således, at de ikke selv står med ansvaret for medicinering og genoptræning eller bliver meget ensomme.

5.5 Lovgivningsmæssige og organisatoriske barrierer

Mange forvaltninger er meget bureaukratiske, og det vanskeliggør handling. Det er vanskeligt at gennemskue, hvem der bestemmer hvad, hvad man må, og hvem man eventuelt kan arbejde sammen med. Det er desuden vanskeligt at gennemføre nye projekter, fordi beslutningsprocesserne er så komplicerede og langstrakte. Lovstyring (både statslig, regional og kommunal) er meget detaljeret og er blevet en barriere for at lave tværfaglige indsatser.

Tværfagligt arbejde på tværs af forvaltninger er fraværende mange steder, og der er risiko for større vanskeligheder med adskillelsen af socialpolitik og sundhedspolitik. Der ligger meget viden i de forskellige forvaltninger, som ikke bliver udnyttet optimalt, fordi man ikke formår at vidensdele på tværs af forvaltningerne.

I Thisted Kommune har man eksempelvis lavet tværgående arbejdsgrupper omkring børn og familie, som ligger i én forvaltning og ikke på tværs af forskellige forvaltninger. Denne model kan med fordel kopieres i andre kommuner. Der bør ansættes koordinatore i kommunerne til at sørge for tværfagligt samarbejde mellem kommunerne og de forskellige forvaltninger.

Staten og borgerne skal have større tillid til, at kommunalt ansatte gør deres arbejde godt. Det vil mindske bureaukratiet betydeligt, da man herved vil spare en masse lovgivning og tid på dokumentation og kontrol.

5.6 Forebyggelse

Der var en stor debat omkring forebyggelsesprojekter, som mange af debattørerne mente, er rigtig gode både i forhold til at forbedre sundheden generelt og i forhold til at udligne ulighed i sundhed. Det blev debatteret, at mange forebyggelsesinitiativer bliver lukket ned, enten fordi der bliver stillet krav om dokumentation af resultater, hvilket ikke altid er muligt, da effekterne ikke nødvendigvis er målbare, eller fordi den offentlige støtte falder bort. Nogle mente, at man ikke skal stille krav om dokumentation, mens andre mente, at dokumentation kan være med til at afslutte de initiativer, som ikke er nyttige.

Mange af de mest udsatte har et så lavt forbrug af sundhedsydelser, at det kan være direkte sundhedsskadeligt – her tænkes fx på kontrolbesøg. En undersøgelse har vist, at jo lavere uddannelse des færre kontrolbesøg hos jordemoderen og desto flere dårlige fødselsforløb og højere spædbørnsdødelighed.

Der var enighed om, at forebyggelsesinitiativer generelt er fornuftige. Folkesundhed Københavns sundhedsformidlere blev fremhævet som en succeshistorie.

5.7 Andre problemer omkring socialt svage borgere

Der blev advaret mod øgede muligheder for frit valg i sundhedssystemet. Frit valg er ikke nødvendigvis en fordel for socialt svage personer, fordi de ikke kan overskue valgmulighederne og konsekvenserne.

Der blev også advaret mod egenbetaling. Undersøgelser fra Tyskland viser, at de fattigste benytter sundhedsvæsenet mindre, når der er egenbetaling.

Afstanden til sundhedsinstitutioner er et problem, fordi de svage og de udsatte har svært ved at benytte skadestuer og sygehuse, når de skal transpor-

tere sig langt. Det er også en hindring, at de først skal ringe til en vagtlæge, før de kan komme på skadestue.

Hvis man vil bryde den negative sociale arv i forhold til social ulighed i sundhed, er det godt at se på livsstilsfaktorerne. Man bliver nødt til at se på de bagvedliggende årsagsforklaringer, såsom børns opvækstvilkår, uddannelse, boligområde, ergonomisk og psykosocialt arbejdsmiljø, trafikforhold, forældres sundhed og indstilling hertil.

5.8 De frivillige organisationer bliver ikke benyttet nok

De frivillige organisationer ønsker at blive brugt mere. De har et stort potentiale i forhold til at udligne social ulighed i sundhed, men føler ikke, at de får mulighederne. Der er mange barrierer i samarbejdet mellem frivillige organisationer og ikke-frivillige organisationer.

Der bør ansættes koordinatore i kommunerne til at sørge for samarbejdet mellem kommunerne og de frivillige organisationer. Der kan med fordel laves faste samarbejdsaftaler med frivillige organisationer. I det hele taget bør samarbejdet og kommunikationen mellem de frivillige organisationer og de kommunale instanser som skolerne, fritidshjemmene og børne/unge-læger øges. De frivillige organisationer kan øge indsatsen for de socialt udsatte, som har en stor mangel på sociale relationer.

Kommunerne bør blive bedre til at medtænke og inddrage de frivillige organisationer, når de tænker i løsningsforslag. Endvidere skal kommunerne inddrage de frivillige organisationer i forhold til vidensdeling, og kommunerne skal tage initiativet i stedet for, at det altid er de frivillige organisationer, der skal gøre det.

5.9 Bedre planer og politikker

Der bør fra statslig side laves mere konkrete planer omkring folkesundhed. De skal konkretiseres i forhold til, hvad der skal gøres, og for hvem det skal gøres. Desuden bør der være en strammere lovgivning omkring alkohol og unge – med henblik på at forebygge og specielt forebygge de langsigtede konsekvenser for de mest udsatte unge. Endelig bør der laves en statslig rammepolitik i forhold til sund mad i institutionerne og skolerne således, at alle børn har lige mulighed for at få sund mad i løbet af dagen.

