

## [Boligministeren]

at lejerne ved indkomststigninger mister en for stor del af indkomstfremgangen gennem nedgang i boligsikringsydelsen, eller i, at de absolutte maksimumsgrænser for boligsikringens størrelse begrænser boligsikringen for familier med lavere indkomster til en forholdsvist beskedne andel af huslejen. Der er i samme forbindelse også et behov for at forbedre boligsikringen for familier med flere børn.

Disse hensyn vil navnlig blive søgt tilgode- set ved, at boligsikringsaftrapningen mildnes, således at boligsikringsnedgangen fastsættes til ½ pct. – mod nu 1 pct. – af gældende leje for husstanden + ½ pct. pr. barn – mod nu 1 pct. – for hver 1.000 kr., indkomsten overstiger grænsen, og ved at forhøje indkomstfradraget pr. barn – for tiden 3.300 kr. – med 3.000 kr.

Endvidere forhøjes maksimumsbeløbene, og den automatiske regulering gøres smidigere.

Reglen i boligreguleringsloven om gradvise gennemførelser af lejeforhøjelser for forbedringer på mere end 60 kr. pr. m<sup>2</sup> afløses af adgang til boligsikring efter genhusningsreglerne, men dog således, at lejerens selv skal betale halvdelen af forhøjelsen det første år.

*Bilag til redegørelsen*

22. Regeringen har lagt vægt på at få den kommende boligpolitik tilrettelagt på et så fyldestgørende grundlag som muligt. Der er derfor i den forløbne tid foretaget en række undersøgelser til belysning af forholdene på bygge- og boligmarkedet.

Resultatet af disse undersøgelser vil blive fremlagt her i tinget, således at de kan indgå i tingets overvejelser og vurdering af regeringens forslag til en langsigtet boligløsning.

Det drejer sig om:

- 1) En oversigt over udviklingen i boligsektoren i de senere år.
- 2) Boligministeriets redegørelse om by- og boligforbedring. (Denne redegørelse udbygger og supplerer bl. a. på en række punkter tidligere rapporter fra Byggeriets Udviklingsråd, Københavns Almindelige Boligselskab og statens byggeforskningsinstitut).
- 3) En bygge- og boligpolitisk årsoversigt, der redegør for udviklingen i 1976 og 1977.

Den eneste sag på dagsordenen var:

*Forhandling om indenrigsministerens redegørelse af 3. maj 1978:*

*Redegørelse om prioriteringen i sundhedsvæsenet.*

(Redegørelse nr. VI. Redegørelsen givet 3/5 78).

*Forhandling***Camre (S):**

Det danske sundhedsvæsen, som vi kender det i dag, er skabt i dette århundrede og fremfor alt i de seneste årtier. Sygehusvæsenet er fremfor alt udbygget i tiden fra 1915 til nu. Alene i dette århundrede er der sket en voldsom udvikling i sundhedsvæsenets behandlingsmæssige muligheder og naturligvis også i dets ressourceforbrug. I 1915 blev ca. 105.000 mennesker hospitalsindlagt, i 1972 var tallet ca. 800.000, hvilket svarer til en årlig vækst i antallet af indlagte patienter på 3,7 pct. i gennemsnit. Tager vi hensyn til tilvæksten i befolkningstallet, er forøgelsen i antallet af hospitalsindlagte naturligvis ikke helt så stor. I 1915 indlagdes årligt 3,4 pct. af befolkningen og i 1972 ca. 16 pct. Antallet af hospitalssenge er kun vokset nogenlunde svarende til befolkningstilvæksten, men der er sket et enormt fald i den gennemsnitlige liggetid, nemlig fra 34 dage i 1915 til ca. 11 dage i 1972. Værdien af det offentlige sundhedsvæsenets indsats i 1930 udgjorde 1,4 pct. af landets samlede produktion, men i 1975 over 4 pct., og over 95.000 fuldtidsstillinger beskæftiger et varieret personale i den samlede sundhedssektor.

På baggrund af denne udvikling har Danmark uden diskussion et af verdens mest vel fungerende sundhedsvæsener, hvis dækning såvel socialt som geografisk må betegnes som ret enestående. På trods af de meget betydelige udgifter, der er forbundet med sundhedsvæsenets drift, er der ikke tvivl om, at udbygningen har været udtryk for et bredt folkeligt ønske. Dermed er det naturligvis ikke sagt, at intet kan være anderledes, eller at der ikke er behov for en anden prioritering af sundhedsvæsenets udbygning i fremtiden. Det er nemlig karakteristisk, at den sundhedsmæssige indsats igennem dette århundrede i høj grad har magtet at bekæmpe den sygelighed, som har eksisteret, da udviklin-

[Camre]

gen blev planlagt. Lad mig bare nævne nogle få tal: i 1890-99 udgjorde tuberkulose og akutte infektionssygdomme 32 pct. af samtlige dødsårsager. De er praktisk talt forsvundet i dag. Lidelser i åndedrætsorganerne udgjorde 16 pct., og dette tal er reduceret med  $\frac{2}{3}$ . Fødselssygdomme, som dengang udgjorde 3 pct., er nu halveret.

Imidlertid er nye sygdomme og dødelighedsårsager vokset vældigt frem. Hjerter- og karsygdomme og alderdomssvaghed, som ved århundredets start udgjorde 12 pct. af alle dødsårsager, er firdoblet, og kræft, som dengang udgjorde 7 pct., er tredoblet. Ulykker, som dengang udgjorde 2 pct. af dødsårsagerne, er fordoblet. Endelig er der de resterende sygdomme, dengang 28 pct., nu reduceret med  $\frac{1}{3}$ .

Det spørgsmål, der derfor rejser sig meget stærkt, er, hvilket sundhedsvæsen vi har brug for i fremtiden for at bekæmpe nutidens og fremtidens sygelighed. Det må derfor hilses med stor tilfredshed, at indenrigsministeren i november 1974 nedsatte prioriteringsudvalget vedrørende sundhedsvæsenet, og det er et udvalg, som nu har fremsendt en meget grundig betænkning i foråret 1977.

Der er sikkert dem, der kunne ønske sig, at udvalget fremlagde en fuldt færdig prioriteringsvejledning, men det har ganske enkelt ikke været muligt. For det første må man fremhæve, at prioriteringen er en politisk opgave, der ikke kan overlades til et sakkyndigt udvalg. Dernæst må det siges, at vi i ganske vidt omfang har manglet det fornødne værktøj til at foretage denne prioritering. Prioriteringsudvalgets opgave har derfor især været at analysere de mange afgørende spørgsmål for en prioriteringsbeslutning og at pege på det værktøj eller med andre ord de administrative metoder, der må etableres, for at man kan foretage en bedre prioritering i fremtiden.

Det første, der på baggrund af prioriteringsudvalgets betænkning kan fastslås, er, at vi i fremtiden må sætte meget stærkere ind på det forebyggende område. Ser vi bort fra den forebyggende børnetandpleje, har det, man kan kalde den individ- og grupperettede forebyggelse, i 1976-77 kun været på mellem 2 og  $2\frac{1}{2}$  pct. af sundhedsvæsenets samlede driftsudgifter.

Disse tal må vi sammenholde med udviklingen i sygelighed og dødelighed. Det synes

nemlig at fremstå stadig mere klart, at de sygdomme, der i dag er fremherskende, ikke kan fjernes gennem behandling, men derimod nok gennem en vidtgående forebyggende indsats. Den forebyggende indsats, vi hidtil har kendt, er eksempelvis vaccinationsprogrammer, sundhedsplejeordninger, regelmæssige lægeundersøgelser af børn og svangerskabsundersøgelser. Igennem den senere tid er forebyggende befolkningsundersøgelser, specielt mod livmoderhalskræft og brystkræft, kommet i gang.

Fremtidens forebyggelse kan siges at falde i to grupper. Den ene er den egentlige forebyggende indsats, der skal hindre, at sygdom opstår, og den anden er det, der kan karakteriseres som tidlig opdagelse af sygdomme, og herunder hører eksempelvis de forebyggende screeninger mod visse kræftformer.

Når vi ser på den egentlige forebyggelse, gælder det først og fremmest, at der må sættes ind andre steder end i den egentlige sundhedssektor. Der er tale om en indsats mod usundt arbejdsmiljø, mod skadevoldende kemiske stoffer og produkter, der forekommer såvel i arbejdsmiljøet som uden for det. Der må sættes ind mod tobaksrygning og spiritusmisbrug, mod sundhedsnedbrydende boligmiljøer og mod uheldige kost- og motionsvaner, mod socialt og psykisk nedbrydende levevilkår, mod trafikulykker og ulykker i øvrigt.

Jeg er glad for, at indenrigsministeren slår fast, at vi må afsætte flere midler til en forebyggende indsats, selv om vi ikke i alle tilfælde kan præstere en egentlig forhåndsdokumentation af den forebyggende indsats' økonomiske rentabilitet. Den socialdemokratiske folketingsgruppe er helt enig i dette standpunkt og synes, at det er væsentligt, at det bliver slået fast. Det er ligeledes vigtigt, at indenrigsministeren slår fast, at der er behov for en forstærket sundhedsopdragelse af befolkningen, og at det kræver et samarbejde mellem sundhedssektoren og uddannelsessektoren.

Herudover kræver den forebyggende indsats et samarbejde mellem sundhedsvæsenet og andre dele af vort samfundsliv samt ikke mindst en stærkt øget lægevidenskabelig forskning, som gør det muligt at afsløre de sygdomsfremkaldende faktorer, som vi først og fremmest skal bekæmpe. På området »tidlig opsporing af sygdom«, altså de før omtal-

[Camre]

te omfattende befolkningsundersøgelser, vil der være tale om et udbygningsbehov til dette formål inden for det eksisterende behandlingsapparat.

Indenrigsministeren støtter prioriteringsudvalgets forslag om oprettelse af et forebyggelsesråd. Den socialdemokratiske folketingsgruppe er enig heri og finder, at dette råd skal have reference direkte til indenrigsministeren, og at rådet skal være sammensat såvel af embedsmænd som af uafhængige sagkyndige. Da rådets anbefalinger i en række tilfælde kan tænkes at afvige fra den eksisterende sundhedssektors planlægning, er det meget vigtigt, at rådet får en uafhængig, selvstændig status, og at embedsmandselementet ikke bliver det dominerende. Det er herefter indenrigsministerens opgave som sundhedsminister at forhandle forebyggelsesrådets forslag med sundhedsstyrelsen og i øvrigt tage initiativ til at virkeliggøre forslagene.

Indenrigsministerens redegørelse fastslår, at en kraftigere forebyggende indsats vil kræve en ressourceforøgelse inden for sundhedssektoren. Jeg er enig heri, og det gælder først og fremmest en udbygning af den primære sundhedstjeneste. Men samtidig finder jeg særlig grund til at understrege, at den største del af omkostningerne ved at forebygge vil findes i andre sektorer end sundhedsvæsenet. I den praktiske gennemførelse er det i høj grad andre faggrupper end læger, der vil blive brug for. Det gælder ingeniørerne, der konstruerer maskinerne, kemikerne, der udvikler nye tilsætningsstoffer og hjælpemidler af kemisk art, arkitekterne, der udformer vores boliger og trafikmiljøer, lærerne og andre, der udformer vores uddannelses- og fritidspolitik.

På den baggrund kan jeg også erklære min enighed med indenrigsministeren i, at en udvidelse af den forebyggende indsats ikke giver baggrund for en nedtrapning af sundhedsvæsenets behandlingssektor, men forhåbentlig en reduceret vækst i fremtiden.

Besparelsesmulighederne består først og fremmest i en mere hensigtsmæssig udnyttelse af de eksisterende ressourcer. Der synes kun i ringere grad at være mulighed for mere omfattende overflytning af opgaver, der i dag løses i hospitalsregie, til de praktiserende læger. Bortset fra visse for- og efterundersøgelser rummer stordriften, ikke mindst under indtryk af den tekniske udvikling på hele

dette område, store fordele, både økonomisk og i kvalitetsmæssig henseende. Men det må slås fast, at der er et meget stort behov for en forbedring af samarbejdet mellem den primære lægetjeneste og hospitalsvæsenet.

Samtidig eksisterer der, som det også er fremhævet af indenrigsministeren, et behov for mere hensigtsmæssige samarbejdsformer mellem almen praksis og det primærkommunale sociale og sundhedsmæssige område. Det er socialdemokratiets opfattelse, at dette samarbejde bedst kan udformes ved, at almen praksis indgår direkte i det offentlige sundhedsvæsen, og således at der såvel for læger som for sundhedsplejersker og andet personale etableres fælles patient- eller klientgrundlag. Familielægeprincippet må således opretholdes, og dette princip må udbygges til i det mulige omfang også at gælde for de øvrige personer, der er beskæftiget i den primære sundhedstjeneste.

Prioriteringsudvalget peger på behovet for, at amtskommunerne er frit stillet med hensyn til varetagelse af speciallægefunktioner i sygehusregie eller i privat praksis. Det er socialdemokratiets opfattelse, at speciallægefunktionerne, for at opnå både ligelig geografisk dækning og den bedst mulige udnyttelse af teknisk udstyr, bør varetages i sygehusregie.

Jeg finder, at der er grund til at understrege, at der intet er i den kendte udvikling, der tilsiger væsentlige muligheder for nedskæringer i sygehusvæsenets behandlingsindsats. Som nævnt er liggetiderne skåret stærkt ned, og et stigende antal sygehusfunktioner løses ambulantly til fordel både for patienterne og for økonomien. Inden for det enkelte sygehus må omkostningsbevidstheden især understøttes igennem et komitéarbejde mellem de berørte sagkyndige personalegrupper, som direkte kan udforme vejledninger vedrørende omkostningerne.

Jeg ved, at et af de spørgsmål, der rejses i forbindelse med omkostningerne til sygehusvæsenet, er det, der udtrykt lidt forenklet lyder: hvilke patienter er det for dyrt at helbrede? Det spørgsmål er heldigvis ikke relevant. Vi skal ikke lade mennesker ubehandlede, hvis behandling er mulig. Vi bør ikke gå i gang med tvivlsomme forsøgsaktiviteter som hjertetransplantationer o. lign., men det er etisk og politisk aldeles uantageligt at nedtrappe de behandlingstilbud, vi i dag giver, ligesom det er uantageligt at undlade at følge

[Camre]

med i udbygning af sundhedsvæsenet, af sygehussvæsenet, i takt med nye behandlingsmæssige landvindinger.

Det er imidlertid meget vigtigt, at vi ikke bygger og investerer os ind i en overkapacitet på sygehusområdet, herunder på det højt specialiserede sygehusområde. Ministeren har fremhævet ønsket om en bedre funktionel samordning af sygehusfunktionen inden for de eksisterende rammer og et bedre samarbejde mellem sygehussektoren og den primære lægetjeneste. Arbejdsdelingen mellem sygehuse med forskelligt ekspertniveau, der skal sikres gennem den såkaldte visitation, er af største vigtighed både for kvaliteten af og omkostningerne i sundhedsvæsenet.

Indenrigsministeren har som bekendt taget initiativ til etablering af et permanent centralt planlægnings- og visitationsudvalg vedrørende lands- og landsdelsfunktionerne, altså de hospitalspecialer, som må løses på landsplan, henholdsvis på landsdelsplan. Vi finder fra socialdemokratiets side dette arbejde meget betydningsfuldt. Det må undgås, at et stort antal amtskommuner bygger højt specialiserede sygehuse, uden at der er patientgrundlag derfor. Derfor er det vigtigt, at der er fri bevægelighed for alle patienter til, uanset deres bopæl, at blive overført til det højt specialiserede sygehus, de måtte have behov for.

Prioriteringsudvalget har også gennemgået hele sundhedsvæsenets informationssystem. På baggrund heraf kan man fastslå, at der er et stærkt behov for en udbygning og effektivisering af informationssystemet, hvad angår sygelighed, befolkningens kontaktmønster i forhold til sundhedsvæsenet, sundhedsvæsenets ydelser og ressourceforbrug. Det er styringsredskaber, som det er afgørende vigtigt at vi får i hænde som forudsætning for en prioritering.

Endelig har prioriteringsudvalget peget på problemer omkring sundhedsvæsenets administration, som skyldes, at tiden er løbet fra den nuværende kompetenceopdeling. Jeg forstår, at indenrigsministeren og regeringen ikke har ønsket at tage stilling til dette vigtige ressortspørgsmål på indeværende tidspunkt, og jeg skal heller ikke gå nærmere ind deri.

Som nævnt i indledningen er det danske sundhedsvæsen i dag mellem verdens bedste. Det betyder ikke, at vi kritikløst skal holde

fast ved det, som vi nu har bygget op, for de sundhedsmæssige problemer ændrer sig, og følgelig må sundhedsvæsenet ændres for at magte løsningen af nye problemer. Med prioriteringsudvalgets betænkning har vi fået et omfattende og præcist analysearbejde med en lang række forslag til nye styringsredskaber og nye målemetoder foruden den meget omfattende beskrivelse af det nuværende sundhedsvæsenets udvikling og struktur.

Jeg vil gerne sluttelig takke indenrigsministeren for den redegørelse, folketetinget nu har modtaget, og takke for ministerens iværksatte og planlagte initiativer til at omsætte en række af prioriteringsudvalgets forslag til praktiske resultater.

**Erlendsson (FP):**

Det var spændende at lytte til de mange faste meninger, som hr. Camre åbenbarede med hensyn til sygdomsbehandling og sundhedssektorens udvikling her i landet. En del af den statistik, hr. Camre lagde frem, kan man nok sætte spørgsmålstegn ved, bl. a. med hensyn til kræftdødeligheden i begyndelsen af dette århundrede, hvor et meget stort antal mennesker døde i deres hjem, og hvor få derfor var udsat for en postmortel diagnose, hvilket igen betød, at en samlediagnose som tæring, hvorunder også kræft hører, var temmelig stor, men alligevel var antallet af kræftdødsfald temmelig lille. De blev måske diagnosticeret som alderdomssvækkelse eller under andre diagnoser.

Jeg vil gerne starte med at sige, at for den, der i snart 40 år har fungeret i sundhedstjenestens forskellige grene, både på et underordnet og på et overordnet plan, både i Danmark og i udlandet og såvel i den forebyggende som i den behandlende sektor, er ministerens redegørelse tankevækkende læsning.

Udgangspunktet må vel siges at være den meget store del af nationalproduktet, som sundhedstjenesten i dag beslaglægger, kombineret med den tilsyneladende manglende effekt på den generelle sygelighed, livslængden og livskvaliteten i befolkningen gennem de sidste 10 år. Alvorlige epidemier er med held bekæmpet, tuberkulosen er praktisk talt udryddet, smitsomme sygdomme som difteri, kighoste, mæslinger, skarlagensfeber og dertil også stivkrampe holdes nede eller helbredes

[Erlendsson]

for det meste uden komplikationer, dels ved hjælp af vaccinationer i den tidlige barnealder, dels gennem effektiv behandling med sulfatiazol og antibiotika, sera eller andre kraftigt virkende lægemidler.

Middellevetiden, der for nogle få år siden stadig blev forlænget på grund af kraftigt fald i børnedødeligheden specielt inden for barnets første leveår, er ikke alene stagneret, men viser nu et direkte fald. Det er på grund af det stigende antal tilfælde af kræft og især af åreforkalkning og andre degenerative lidelser forbundet med dårlige spisevaner, for lidt kropsrørelse – hr. Camre sagde, at man skulle sætte ind mod motionsvanerne, jeg tænker mig, at det var en fortaelse, han mente nok, at man skulle motionere mere end tidligere – og et stærkt stigende alkoholforbrug, mens tobaksrygningen synes så nogenlunde at have lagt sig fast på et ganske vist meget højt niveau.

Jeg skal ikke gå dybere ind i disse meget spændende aspekter, men vil dog gerne lige omtale – og give det en særlig stærk omtale her – det meget alvorlige problem, som hedder færdselsskader eller trafikulykker.

Indrigsministeren omtaler i sin redegørelse, at det på grund af et detaljeret talmateriale, datamateriale – vi skal altså sige en meget moderne måde at samle materialet på – om tuberkuloseforekomsten var muligt ved en ændring af tuberkuloseloven i 1975 at reducere de ret så krævende generelle tuberkuloseundersøgelser.

Det er rigtigt, at disse undersøgelser blev stærkt reduceret, men det er ikke rigtigt at stille dette op som motivering for at forlange den voldsomme udbygning af sygelighedsstatistikken, som redegørelsen munder ud i. Det havde gennem den ret enkle sygelighedsstatistik, som sundhedsstyrelsen i årevis havde haft rådighed over ved de ugentlige indberetninger fra landets praktiserende læger, indsendt af kreds- og amtslægerne, og gennem sygehusstatistikken og dødsattesternes oplysninger været muligt at konstatere, at tuberkulosisens dominerende stilling som dødsårsag ved århundredskiftet for længst var faldet til ét dødsfald hvert eller hvert andet år.

I dag har trafikulykkerne indtaget den plads som dominerende dødsårsag, som tuberkulosisen havde ved århundredskiftet. Det sundhedsforebyggende arbejde burde derfor i dag i langt højere grad, end tilfældet er, kon-

centrere sig om at forhindre de meningsløse trafikulykker, der især rammer de yngste og de ældste aldersklasser. Fartd jævelen og den hensynsløse kørsel burde ganske anderledes effektivt bekæmpes. Et dræbt barn eller ganske ungt menneske er det sørgeligste og menneskeligt set mest ulykkelige, mindst acceptabelt af alle dødsfald.

Ikke mindre ulykkeligt er det, når uheldet i talrige tilfælde ikke er dødeligt, men medfører svær invaliditet. Følgerne af trafikulykker har man måske med noget held kunnet begrænse – jeg siger måske – ved indførelsen af tvungen brug af styrthjelm og sikkerhedssele. Men i visse tilfælde giver brugen af disse hjælpemidler utvivlsomt en falsk tryghedsfølelse, der medvirker til at nedsætte agtpåvenheden hos den kørende, ligesom brugen af sikkerhedssele i nogle tilfælde kan være direkte medvirkende til ulykkens dødelige udgang.

Det gjaldt således – hvis jeg må være lidt personlig – det tilfælde, hvor jeg den 20. december sidste år selv var dramaets hovedperson. Havde jeg været fastholdt i sikkerhedssele i opret stilling, da min vogn tog turen ind under et lastvognstog, havde halshugning været den uundgåelige følge. Men da jeg var nær mit mål og allerede havde frigjort mig fra selen, slap jeg væsentlig billigere.

Med hensyn til trafikulykkerne har vi et punkt, hvor forebygelse vil være af den allerstørste betydning, men hvor indsatsen må ligge næsten fuldstændig uden for det lægelige område og dels må være af pædagogisk, dels af kontrollerende karakter. Undervisningen bør starte allerede i børnehaven og fortsætte i skolen, som det allerede mange steder er tilfældet, og med hjælp fra det stedlige politikorps. Undervisningen bør i høj grad være praktisk betonet og således, at børnene opmuntres ved tildeling af certifikater eller ved små belønninger for særlig god kørsel. Samtidig kunne man motivere børnene til i højere grad at gå eller cykle. Derved udvikles legemet langt bedre i vokseperioden end ved passivt at lade sig transportere på knallert.

Det er jo allerede sessionslægerens sørgelige og fortsatte konstatering, at unge mennesker i dag er langt dårligere kropsligt udviklet, end før motoriseringen tog fart. Antallet af unge værnepligtige, der må erklæres uegnede få uger inde i tjenesten på grund af ringe fysisk og psykisk modstandskraft, er i de

[Erlendsson]

senere år blevet foruroligende stort, selv om samfundets egentlige sygdomsforebyggende indsats, bedre kost og for de flestes vedkommende afskaffelse af tungt arbejde i vækstperioden alt sammen skulle have sikret en mere optimal fysisk udvikling.

Der er næppe tvivl om, at denne udvikling i nogen grad modvirkes af de rigelige midler, som unge i dag har til rådighed, og som tillader dem tidligt at tillægge sig knallert og dyre drikkevaner. Der vil være meget at vinde, om det kunne gøres smart eller in for de unge at vende tilbage til gå- og løbeture og cykling, at drive sport og være afholdende med spiritus og tobak.

For at nå dette mål kræves der midler til endnu større bredde i sportsudøvelsen og sideløbende hermed en mulighed for at dyrke konkurrenceidræt på højeste plan. Idolernes, også sportsidolernes indflydelse har altid været og vil altid være af den største motive-rende betydning, og det er direkte forkert ud fra et sundhedsbefordrende synspunkt for befolkningen som helhed at modarbejde børns og unges naturlige konkurrenceinstinkt. Konkret sagt: for at kontrollere, at trafikken på gader og landeveje foregår mest muligt lovligt og forsvarligt, kræves en stærkt intensiveret indsats fra færdselsmyndighedernes side ved udbygning af politistyrken.

For det andet gælder det om at motivere til den aktive forbedring af ungdommens sundhedstilstand, der kan opnås ved en forøgelse af de økonomiske midler, samfundet stiller til rådighed, f. eks. ved at gennemføre fremskridtspartiets ønske om, at tipsmidlerne udelukkende kommer sportsudøverne til gode.

Bekæmpelsen af trafikulykkerne, forebyggelsen af de mange urimelige dødsfald og alvorlige skader samt opbygningen af bedre fysiske og sjælelige kræfter hos ungdommen kan således opnås helt uden om sundhedstjenestens egentlige ressourceområde ved indsats i undervisningsministeriets, kulturministeriets og justitsministeriets regie. Det kræver relativt små midler, men vel i nogen grad en mentalitetsændring, der kan være nok så vanskelig at gennemføre.

Det er åbenbart, at der fra visse sider – det gælder også her i salen – vil blive talt om sportsidioter og om sporten som opium for folket og afledende fra den politiske virkelighed, som især ungdommen burde engagere

sig i. De, der går ind for den linje, jeg har anført, må være parate til at imødegå disse modsatrettede synspunkter.

Hospitalernes mest ressourcekrævende afdelinger og plejehjemmenes tungeste afdelinger præges i meget høj grad af trafikskaderne. Samfundets sociale institutioner belastes hårdt af alkohol- og stofmisbrugere, der har startet misbruget i en ung alder. En indsats på de områder, jeg har omtalt, vil derfor meget hurtigt vise sin gavnlighed, og den viden, vi allerede har om årsag og virkning, kan kun i ringe grad forbedres ved yderligere undersøgelser af befolkningens vaner og levevis. Det er derfor fremskridtspartiets opfattelse, at forebyggelse straks bør sættes aktivt ind på disse områder i stedet for at afvente yderligere forskningsresultater, som vil være i det væsentlige overflødige og beslaglægge midler, der kunne finde bedre anvendelse.

Taletiden tillader mig desværre ikke at komme ind på alle enkeltheder i ministerens redegørelse. Den bygger naturligvis på prioriteringsudvalgets betænkning, men det skinner klart igennem, at der hos mange ikke-lægelige instanser med politisk, administrativ eller mere perifer tilknytning til sundhedstjenesten er stor interesse for at sætte sig ind i det også for læger ofte vanskelige problem, nemlig at definere, hvor grænsen egentlig går mellem sundhed og sygdom. Og så naturligvis det meget prisværdige, hvorledes opgaven med hensyn til hjælp til det, der i dag er samfundets erklærede vigtigste mål, at skabe optimalt velbefindende, medens vi lever, bedst kan løses, modsat for ikke så længe siden, da bestræbelserne i højere grad gik ud på at sikre en tilværelse efter døden, den evige salighed efter dette liv på Jorden. Jeg skal ikke kritisere samfundets holdningsændring, men begge opgaver er efter min mening vigtige, både hjælpen til de levende og håbet for dem, der ved, at de skal dø.

Hvad angår det at tilfredsstille den videbegærlighed, som er hos disse mange grupper af ikke-læger, jeg har omtalt, så fremtræder det klart af betænkningen, at det er en opgave, prioriteringsudvalget sætter højt, og samtidig, at opgavens løsning vil koste en del penge. Jeg er bange for, at den også vil besværliggøre behandlingen af de syge, som i dag stort set virker på tilfredsstillende måde. Jeg tror, det ville gavne sagen, hvis den i størst muligt omfang overlades lægestanden

[Erlendsson]

uden spildtid på grund af lange diskussioner med mere eller mindre kvalificerede grupper, som gerne vil være medbestemmende med hensyn til behandlingens art og tilrettelæggelse.

Dermed mener jeg naturligvis ikke, at lægerne på nogen måde skal isolere sig fra nye ideer. De skal tværtimod være naturligt kritisk åbne for alt, der kan gavne patienterne og deres behandling. Lægerne – og sundhedstjenestens naturligvis også – må være underkastet den samme økonomiske kontrol som alle andre, og de politikere og administratorer, der skal udføre kontrollen, må vise klog standhaftighed over for usaglige pressionsforsøg, hvis medicinalpersonalet skulle prøve at skubbe urimelige og ikke veldokumenterede patientinteresser foran sig.

Jeg tror, det ville være klogt for hele sagens skyld – alt det, der er behandlet her i prioriteringsudvalgets betænkning – at ned sætte farten og reformiveren i nogle år, men derimod gerne på de bestående institutioner forsøge at rationalisere arbejdet. Jeg skal her blot minde om, at et sygehus fungerer på to måder, nemlig dels som en behandlingsinstitution, dels som et hotel, og den service, der gives i hotelfunktionen, er efter min mening i almindelighed skruet op på et urimelig højt plan. På dette punkt må der kunne sættes ind til gavn for ressourceforbruget og uden skade for sygdomsbehandlingen.

**Svend Erik Hovmand (V):**

Må jeg allerførst takke ministeren for, at vi får lejlighed til denne principielle debat om vores sundhedsvæsens mål og midler. Jeg tror, vi alle har følt og stadig væk føler et påtrængende behov herfor.

Desværre må jeg beklage, at debatten må foregå på det givne grundlag. Selv om ministeren allerede ved offentliggørelsen af prioriteringsudvalgets betænkning for et års tid siden bebudede en debat om dette emne inden udgangen af denne samling, er det beklageligt, at vi kun har haft nogle ganske få dage til at sætte os ind i og nærmere vurdere ministerens eget konkrete oplæg hertil. Jeg skal ikke laste ministeren herfor, kun sige, at både emnet og det 33 sider lange oplæg ærligt talt havde fortjent, at folketingets medlemmer havde haft mulighed for en grundigere vurdering heraf.

Af samme grund bliver jeg nødt til at sige, at vi i venstre må forvente senere at få lejlighed til en mere konkret stillingtagen til de mange enkeltforslag, som er indeholdt i ministerens oplæg. Der er som bekendt tale om en meget væsentlig sektor i vort samfund, som alene på udgiftssiden kan opgøres til op imod 20 mia kr. om året.

Selv om vi altså må tage et mere generelt forbehold over for mange af ministerens detailforslag, så skal ingen være i tvivl om venstres principielle holdning på det sundhedspolitiske område. Dette emne har altid optaget os meget stærkt, og som man vil vide, har venstre i fjor fremlagt et meget omfattende oplæg til en liberal sundhedspolitik. Vi har på et meget tidligt tidspunkt, også før prioriteringsudvalgets indstilling forelå, sagt meget klart, at vi ønsker at styrke den forebyggende indsats, og vi føler, at det er en afgørende forudsætning for afgørende at forbedre befolkningens sundhedstilstand.

Rigtigheden af denne holdning er meget klart bevist af udviklingen i de sidste 10–15 år. I slutningen af 1960erne og begyndelsen af 1970erne steg f. eks. sygehusinvesteringerne her i landet med næsten astronomiske tal. I en vis periode var der således tale om en årlig investering på over 2 mia kr. Men selv om vi altså i en årrække har foretaget en væsentlig forøgelse af ressourceforbruget i undersøgelses- og behandlingssektoren, har det ikke bidraget til en bedring af sundhedstilstanden i befolkningen målt med dødelighed og middellevetid. Vi har altså et meget klart bevis på, at det ikke er ad den vej, vi skal gå. I stedet for at bruge vores sparsomme ressourcer på at bygge så mange og så store sygehuse som muligt gælder det i langt højere grad om at bruge dem til at forebygge behovet for flere sygehuspladser, hvis vi skal sige det lidt firkantet.

Men for venstre er det ikke ligegyldigt, hvordan den forebyggende indsats tilrettelægges. En forebyggende indsats må efter vor opfattelse ikke føre til en umyndiggørelse af den enkelte; en overdreven opsøgende virksomhed og en offentlig planlægning af den enkeltes adfærd fra vugge til grav vil mennekeligt sætte over styr, hvad der sundhedsmæssigt vindes. Hermed har jeg også sagt, at nok vil vi være parat til at støtte den enkelte i hans eller hendes personlige stræben efter en sund livsudfoldelse, men ansvaret for den

[Svend Erik Hovmand]

enkeltes sundhed påhviler i første række den enkelte selv.

Efter venstres opfattelse må den forebyggende indsats være baseret på en lang række faktorer. Jeg skal her blot nævne nogle af dem, som vi finder principielt vigtige. For det første en udbygget familielægeordning. For det andet en bredere oplysning i meget vid betydning. Jeg tænker eksempelvis på, at vi må få folk til at forstå, at de selv har et ansvar for at leve et sundere liv. Det drejer sig om at øge indsatsen over for trafikulykker, bedre boligmiljøer osv., osv. Vi ønsker også, at en hovedhjørnesten i denne udbygning må være begrebet decentralisering. Vi ønsker valgfrihed, og vi ønsker at sikre størst mulig grad af frihed og selvstændighed for den, der har sin gerning i den primære sundhedstjeneste. Vi vender os altså alt i alt imod enhver form for nationalisering, hvad enten det drejer sig om den primære lægetjeneste, apotekervæsenet eller medicinalindustrien. Vi er klart modstandere af en offentlig overtagelse af tandlægepraksis, lægemiddeldistribution m. v., og vi vil arbejde for en decentralisering overalt, hvor en overordnet styring og centralisering ikke har helt indlysende fordele.

Med disse bemærkninger har jeg vist tilkendegivet, at vi på mange måder er stærkt uenige i den sundhedspolitiske linje, som socialdemokratiet lagde op til med sit debatoplæg i fjor, og som – i meget begrænset omfang, det indrømmer jeg med største glæde, hr. minister – har smittet af på indenrigsministerens indstilling af 3. maj i år.

I sit afsnit om den forebyggende indsats bebuder ministeren nedsættelse af et forebyggelsesråd, som også prioriteringsudvalget har været inde på det. Selv om vi som nævnt gerne støtter en styrkelse af den forebyggende indsats, så føler vi os ikke umiddelbart overbevist om, at denne løsning er den eneste rigtige. Det er lidt svært umiddelbart at forstå, hvorfor man ikke inden for de eksisterende rammer skulle kunne påtage sig de samme opgaver, som var tiltænkt dette råd. Men jeg forstår, vi får mulighed for nærmere at se på dette spørgsmål i forbindelse med et lovforslag.

I prioriteringsudvalgets betænkningssafsnit om en ændret opgavefordeling er der desværre ikke peget på ret mange muligheder for at styrke den forebyggende indsats ved

en omfordeling af ressourcerne. Til gengæld peges der på, og det finder jeg meget væsentligt, at man i spørgsmål om ressourceforbruget i større omfang må inddrage det faglige personale i prioriteringen. Men der tales kun om, at man vil pålægge det et vist ansvar og først på længere sigt. Jeg mener ærligt talt, det er på høje tid, at man får inddraget sygehussets overordnede personale i ansvaret for ressourceforbruget. Så længe overlægen ikke kender til prisen for et røntgenbillede, udgiften til f. eks. rengøring eller lønningerne til hans eget personale, så er det vanskeligt at foretage en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Lad mig sige om den igangværende sygehusplanlægning og ministerens ønske om at udstikke yderligere vejledende retningslinjer: jeg skal ikke afvise, at der kan være behov for yderligere koordinerende retningslinjer, men jeg vil gerne sige så klart, som det er muligt, at hvis det drejer sig om vejledninger, der vil gøre det yderligere vanskeligt for de små og mindre sygehuse at bestå, ja, så bliver de ikke udsendt med venstres velsignelse.

Vi har desværre set alt for mange eksempler på, hvad centrale vejledninger kan bruges til. Eksempelvis oplever vi visse steder en stigende frygt for, at mange mindre sygehuses fødeafdelinger må lukke, fordi man fra indenrigsministeriets og sundhedsstyrelsens side vil centralisere fødslerne – sådan må man i alt fald opfatte det. Man siger ikke, at de skal lukke, nej, man udstikker nogle retningslinjer for, hvornår man bør føde på specialafdelinger, og hvornår man kan føde på lokale sygehuse. Så vidt jeg forstår på jordemødrene, er disse retningslinjer i visse tilfælde så stramme, at man på denne måde fjerner et meget væsentligt grundlag for fødsler på de lokale sygehuse, og om føje år har de centrale myndigheder herefter let ved at forklare, hvor inderligt overflødigt det lille lokale sygehus er blevet. Hvis denne beskrivelse virkelig skulle være korrekt – hvad jeg ikke håber er tilfældet – så er dette et klart eksempel på den form for retningslinjer, som vi ikke bryder os om.

I venstre har vi nemlig en meget stærk tro på, at det har en værdi, at så mange som muligt hospitalsbehandles så tæt ved deres bolig som muligt. Dette betyder ikke et nej til et varieret sygehusemønster og specialiserede sygehuseheder, men det betyder, at vi



[Svend Erik Hovmand]

ønsker en sygehusstruktur, der, i det omfang det overhovedet er sundhedsmæssigt forsvarligt, lever op til ønsket om decentralisering, som også deles af store dele af befolkningen.

Tilsvarende kan jeg sige om apotekerne, at også på dette område har vi oplevet en tiltagende centralisering i de seneste år med nedlæggelser eller nedklassificeringer til følge. Det er muligt, at man ved nogle af disse nedlæggelser har kunnet påvise mindre besparelser, hvis man ser det ud fra en mere isoleret betragtning. Men ud fra en overordnet samfundsmæssig betragtning er denne form for rationaliseringer kun meget sjældent en økonomisk gevinst. Derimod er de næsten altid et væsentligt tab for det lokalsamfund, der forringes herved.

Jeg får – og jeg tror, det også gælder mange andre i denne sal – jævnlige henvendelser, jeg havde nær sagt daglige henvendelser, som bekræfter og understreger, at det ikke bare er enlige eksempler, jeg her taler om. Derfor vil jeg gerne – selv om vi i går havde en drøftelse af spørgsmålet i kommunaludvalget – efterlyse en bekræftelse på eller en forsikring fra ministeren om, at vi får bremsset op for denne udvikling. Jeg vil gerne her i dag bede ministeren om at tilkendegive, at han vil ændre sin holdning over for den udvikling, der her har fundet sted.

Også når det drejer sig om lægepraksisplanlægningen, er vi af den opfattelse, at en decentralisering er at foretrække. Vi ønsker at styrke familielægebegrebet, og vi ønsker at fjerne overenskomstmæssige og andre hindringer for, at læger kan nedsætte sig med deres egen praksis. Jo flere selvstændigt praktiserende læger vi får, jo mere styrker vi både kvaliteten og kvantiteten af den forebyggende sundhedsindsats.

Lad mig føje til, at vi fortsat er modstandere af, at tandlægebehandlingen i stedet større omfang skal overgå fra privat til offentlig regie. Vi ser med bekymring på, at ministeren åbenbart også vil til at inddrage den voksne befolknings tandlægebehandling i offentlig regie. Jeg spørger, om det er korrekt opfattet, eller om ministeren vil tilkendegive, at det ikke skulle være tilfældet.

Lad mig med hensyn til forbedrede sundhedsstatistikker sige, at vi er meget enige med ministeren i, at der er et påtrængende behov her. Der er nævnt en række former for statistikker, og vi er enige i, at der er behov

for, at vi får nogle bedre værktøjer på dette felt. Det er til syvende og sidst måske det allervæsentligste i det, vi i dag diskuterer, nemlig de værktøjer, der er nødvendige for en bedre prioritering. Vi vil altså støtte ministeren så langt, at vi kan se en sundhedsmæssig og en økonomisk fordel i at foretage en udbygning af disse statistikker.

Også ministerens indstilling om ikke for nuværende at foretage væsentlige ændringer i den administrative opgavefordeling mellem statslige og amtslige eller kommunale myndigheder kan vi tilslutte os.

Jeg vil gerne slutte med at sige, at vi trods en væsentlig holdningsforskel mellem på den ene side socialdemokratiets sundhedspolitiske oplæg og på den anden side venstres synspunkter alligevel er i stand til at kunne give tilslutning til en række af de forslag, ministeren har stillet. Jeg håber imidlertid, at vi får lejlighed til nærmere at drøfte de konkrete initiativer.

Jeg er glad for, at vi har fået dette oplæg i dag. Jeg kunne som sagt have ønsket mig, at vi havde fået det nogle dage tidligere, men lad det nu være. Jeg er glad for, at vi har fået dette oplæg, at vi får denne diskussion, og jeg tror, vi får behov for at få den gentaget inden alt for længe igen. Jeg tror samtidig, at der vil være behov for, at vi i folketingets kommunaludvalg får lejlighed til nærmere at drøfte de mange konkrete enkeltforslag, som ministeren har peget på.

#### Grove (KF):

I perspektivplanredegørelsen fra 1973 blev der fremsat tanker om, at man kunne begrænse væksten i sygehusvæsenets ressourceforbrug ved at opprioritere praksissektoren fremfor sygehussektoren, men samtidig blev der gjort rede for, at det var nødvendigt med et bedre beslutningsgrundlag, inden man foretog en egentlig omprioritering inden for vort sygehusvæsen.

Derfor blev regeringen opfordret til at nedsætte et prioriteringsudvalg, som snarest muligt skulle komme med en betænkning. Hvis vi ser på det kommissorium, som udvalget fik, så kan det vel kort sammenfattes i 6 punkter. Punkt 1: Man skulle redegøre for de indbyrdes sammenhænge mellem den primære sundhedstjeneste, hospitalsvæsenet og de tilgrænsende områder. Punkt 2: Man skulle

[Grove]

vurdere de ressourcemæssige konsekvenser af ændringer i denne funktionsopdeling. Punkt 3: Man skulle vurdere modeller til nye intensive arbejdsformer mellem hospitalsvæsenet og den primære sundhedssektor. Punkt 4: Man skulle undersøge behov for nye økonomiske data i et fremtidigt informationssystem. Punkt 5: Man skulle undersøge, om man i fremtiden bør satse mere på forebyggelse, og hvad det ville koste at satse mere på forebyggelse. Punkt 6: Man skulle vurdere det offentliges styringsmidler og stille forslag om forbedringer.

Ved en grundig belysning af disse 6 punkter ville man få et godt grundlag for en overordnet prioritering inden for vort sygehusvæsen. Vi var vel alle klar over, at det var en stor opgave, der blev pålagt dette udvalg. Udvalget satte også vores tålmodighed på prøve, idet det har taget næsten 4 år at få denne betænkning frem. Man kunne så også have lov til at håbe, at vor tålmodighed ville være blevet belønnet. Men her vil jeg gerne sige, at denne betænkning er en tynd kop te. Derfor vil jeg gerne om ministerens redegørelse sige – idet jeg takker for redegørelsen og takker for lejligheden til at komme til at diskutere prioriteringen inden for sundhedsvæsenet – at ministerens redegørelse jo også bliver en løs omgang snak; den munder kun ud i, at man skal nedsætte endnu et råd.

Det positive, man kan sige om prioriteringsbetænkningen – og jeg vil da gerne fremhæve det positive først – er, at betænkningen giver en virkelig god beskrivelse af vort nuværende sundhedsvæsens historie og vort nuværende sundhedsvæsens stade. Man opfylder det første punkt i kommissoriet helt og fuldt. Det er også lykkedes for udvalget på en fremragende måde at sætte fokus på manglerne ved, ja, man kan næsten sige på sygdommene i vort sundhedsvæsen. Man har glimrende belyst den totale mangel på overblik, mangel på planlægning, en håbløs koordinering, styring og kontrol; mangel på et effektivt data- og informationssystem peger man også på. Så længe man savner disse ting, vil ethvert forsøg på en fornuftig prioritering vel egentlig blive en gang politisk blindbuk, hvor man hver især inden for de politiske partier kan hive sine synspunkter frem og sige: så længe ikke andet er bevist, så er det i hvert fald det bedste.

Med hensyn til kommissoriets punkt 2 og 3 om opgaveforskydning mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet og vurdering af nye modeller til bedre samarbejdsformer inden for sundhedsvæsenets forskellige sektorer kommer udvalget med løs snak og understreger til sidst nødvendigheden af, at bestræbelserne på at koordinere funktionerne i sygehusvæsenet til en helhed intensivieres, samt at medicinalpersoner – hvad det nu måtte være – bør udvise større omkostningsbevidsthed. Tænk, at et udvalg kan være 4 år om at nedskrive så store selvfølgeligheder!

Med hensyn til spørgsmålet om, hvordan man skulle løse det, hvordan man skulle nå frem til det, man ønsker, får vi ingenting at vide, selv om udvalget egentlig blev bedt om at fremstille modeller, man kunne vælge og prioritere imellem.

Med hensyn til spørgsmålet om at øge den forebyggende indsats anbefaler udvalget, at man øger det forbyggende arbejde såvel i sundhedssektoren som i andre samfundssektorer. Men begrundelsen for, at udvalget anbefaler en øget forebyggelse, er egentlig højst besynderlig. Man siger, at der kun bruges 3-5 pct. af sundhedsudgifterne til forebyggelse, og alene af den grund mener udvalget, at man skal opprioritere det forebyggende arbejde. Det gør man, til trods for at udvalget samtidig erkender, at vi ikke ved tilstrækkeligt om effekten af forebyggelse i forhold til behandling.

Her foreslår udvalget at øge nettoudgiften til sundhedsvæsenet, og skal man sige det stærkt, så er det egentlig kun øgede udgifter, der er resultatet af prioriteringsudvalgets arbejde. Tænker vi på startgrundlaget, PP II, er resultatet jo bedrøveligt. Jeg tror, man må sige, at en af årsagerne til det er nok, at udvalget og dets arbejdsgrupper i allerhøjeste grad har været ensidigt sammensat, idet næsten kun folk med arbejde inden for eller med tilknytning til sundhedsområdet har været involveret. Vi må nok i fremtiden også trække på eksperter udefra, eksperter, som ikke er opvokset i et medicinsk miljø.

Vi bruger 15-20 år til at uddanne en overlæge, og så er vore overlæger også dygtige til at behandle mennesker. Men når vi så har fået ham godt uddannet, så sætter vi ham til at administrere store ressourcer. Arbejdet med personalepolitik og budgetter tager mindst halvdelen af hans tid, og det sker na-

[Grove]

turligvis efter naturmetoden, for det har han ikke lært noget om. Efter at vi har uddannet ham til at behandle mennesker for sygdom, så tror vi også, han er ekspert i at rådgive os om økonomi, planlægning, styring, kontrol, koordinering osv. Det er vist at overvurdere en lægeuddannelse. Det bør ministeren nok huske på, når han skal til at nedsætte sit forebyggelsesråd. Det bør være bredere sammensat.

Ved forebyggelse tror vi også på fra konservativ side, at det er meget vigtigt, at vi inddrager folk meget mere aktivt i spørgsmålet om deres egen sundhed. Vi erkender, at der her ligger en stor pædagogisk opgave, og vi tror på, at man kan komme videre ad forebyggelsens vej.

Vi lægger vægt på, at man ved at gennemarbejde problemerne er nået til den konklusion i betænkningen, at man ikke vil nå videre igennem en socialisering af den primære sundhedstjeneste. Det er vel et af de goder, der også er kommet ud af den betænkning, at man tror egentlig ikke, det er socialiseringens vej, man skal gå, snarere tværtimod. Ligeledes er vi klar til at kigge på de forskellige styringsformer og foretage de revisioner, der måtte vise sig at være nødvendige.

Det er egentlig beklageligt, at det største resultat af denne betænkning bliver, at vi skal til at nedsætte endnu et råd. Her tænker jeg på ministerens forslag om et forebyggelsesråd. Ministeren peger på, at han ønsker det nedsat under sundhedsstyrelsen. Det konservative folkeparti ser meget gerne, at rådet bliver nedsat direkte under ministeren. Vi har tiltro til, at ministeren let foretager den nødvendige koordination og vil søge vejledning i de sager, hvor han måtte finde det nødvendigt, ved at rådspørge sundhedsstyrelsen. Vi lægger imidlertid vægt på, at der ud over den lægefaglige ekspertise i forebyggelsesrådet også kommer folk, der har ekspertise med hensyn til økonomi, planlægning og tilrettelæggelse af store opgaver, så det bliver et samarbejde imellem folk, der har forstand på planlægning og økonomi, og de lægevidenskabelige folk.

Som sagt lægger vi vægt på det forebyggende arbejde og vil gerne medgive ministeren, at vi er på vej igennem miljølov osv., men vi tror ikke på, at man fra statens side kan presse en forebyggelse ned over befolkningen, for det er det enkelte menneske, der

først og fremmest er ansvarlig for sin egen sundhed, og denne ansvarsbevidsthed bør opbygges allerede gennem barneårene ved oplysning og ved at lægge langt større vægt på idræt og friluftsliv osv.

Når vi skal i gang med yderligere forebyggelse, så går vi automatisk ud fra, at der også her vil blive taget økonomisk hensyn, for det er en af de ting, betænkningen har gjort opmærksom på. Man kan godt tage økonomiske betragtninger på en rimelig måde også i sundhedsvæsenet. Man kunne ønske, at udvalget også havde behandlet spørgsmålet om gratisprincippet mere indgående. Men det kan der måske foretages en undersøgelse af på et senere tidspunkt.

Med hensyn til styring tror vi egentlig, at den er blevet betydelig bedre, efter at sygehusvæsenet er blevet samlet i amtskommunernes regie. Vi ønsker i hvert fald ikke, at sygehusudvalgene og socialudvalgene samles til et kolossal stort udvalg i amterne. Det vil være umuligt for almindelige folkevalgte at overse to så store sagsområder, hvis vi lagde de to udvalg sammen. Vi mener, man glimrende i amtskommunernes regie har mulighed for at foretage koordination de to udvalg imellem, eventuelt i § 23, stk. 2-udvalgene. Og vi synes nok, det er rimeligt, at de to formænd for sygehusudvalget og socialudvalget bliver fødte medlemmer af det udvalg. Men vi ville være betænkelige ved, hvis amtsborgmesteren automatisk skal være formand for det udvalg, idet udvalget så vil komme til at virke som et overøkonomiudvalg, da ca. 80 pct. af amtskommunernes udgifter vil blive administreret igennem dette stærke udvalg.

Vi ønsker heller ikke, at socialministeriet skal overtage sundhedssektoren. Vi tror tværtimod, at sygesikringsordningen bør tillægges sundhedssektoren og dermed komme over i indenrigsministerens regie. Det viser da, at vi har tillid til, at vores indenrigsminister kan klare de opgaver.

Afslutningsvis vil jeg gerne sige til indenrigsministeren: da de fleste ting, vi her diskuterer, ikke skal udmøntes i lovforslag, men kan udføres af ministeren administrativt, og da dette store sundhedsområde egentlig er umuligt at behandle fyldestgørende i en redegørelsesdebat, vil jeg opfordre ministeren til at tænke over, om ikke det var en god idé, at vi rev en dag ud af kalenderen og tog en konference, hvor vi kunne få tid, ro og lejligh-

[Grove]

hed til virkelig at diskutere dette store spørgsmål igennem. Jeg tror, medlemmerne af kommunaludvalget ville være meget interesseret i en sådan konference, hvor vi kunne diskutere tingene til bunds, og jeg vil bede indenrigsministeren overveje dette forslag.

**Yvonne Herløv Andersen (CD):**

Jeg vil først takke ministeren for den meget fyldige redegørelse, der på så mange punkter klart belyser nødvendigheden af en ændret prioritering inden for sundhedsvæsenet.

Centrum-demokraterne lægger i deres social- og sundhedspolitik den største vægt på det forebyggende arbejde og medvirker derfor gerne til en styrkelse af dette. Men skal det lykkes at forebygge i stedet for at helbrede, kræver det, at befolkningen og den enkelte borger klart forstår betydningen af den forebyggende indsats og selv bliver motiveret til at deltage aktivt heri.

Indenrigsministeren nævner som en parallel den interesse, der har været og er i befolkningen for miljøspørgsmål, men det har taget sin tid at vække denne interesse. Det er ikke en interesse, der er blevet indlært på skolebænken, men en interesse, der er opstået af eget engagement over for det miljø, der omgiver os. Det vil derfor tage år at få skabt forståelse for det forebyggende arbejde. Det bør indgå i de allerede eksisterende uddannelser og i folkeskolens undervisning.

Det er vigtigt, siger ministeren, at den enkelte forstår, at ansvaret for helbredet er det enkelte individs, og at ikke alle sygdomme kan helbredes. Jeg tror nok, at der i befolkningen er skabt en tyrkertro på, at alle sygdomme kan helbredes, men det er vel ikke en tro, der er skabt af brugerne alene. Nej, det er lige så vel praktikerne, der har givet den enkelte denne forhåbning ved ikke at tale realistisk om sygdommen og dens konsekvenser og ved at indtage en beskyttende holdning over for patienten og dennes nærmeste pårørende, ja, det er så grelt, at forestillingen om, at alt kan helbredes, følger os helt ind i døden, så vi bliver frataget muligheden for at tale dødens konsekvenser igennem med vores nærmeste. Der er heller ingen, der får lov at dø hjemme mere, og døden er i det hele taget et tabu, ingen taler om. At omprioritere betyder jo også, at vi

skal ophøre med at holde hjernedøde mennesker ved live kunstigt. Det mindste, vi kan forlange, er vel en værdig død, når det naturlige livsforløb er forbi. En klar stillingtagen til dette problem trænger sig på i en tid, hvor der på vore store hospitaler oprettes medicotekniske afdelinger med bl. a. det formål at holde mennesker kunstigt i live. Det er et spørgsmål, om det overhovedet er ønskværdigt, og er det ikke det, må vi bruge vores ressourcer til sygdomsforebyggelse i stedet.

De store epidemiens tid er forbi, og vi kan samle vores kræfter om andre formål. De cancerforebyggende undersøgelser har her vist os en ny vej at gå, for hvad er det for sygdomme, befolkningen lider af? Det er hjerte-karsygdomme og som før nævnt cancer; det er altså her, vi må koncentrere vores indsats. Vi må udvide cancerundersøgelserne til eksempelvis også at omfatte lunge- og mundhulekræft. Og for hjerte-karsygdommens vedkommende er der en klar indikation for folkeundersøgelser af udsatte aldersgrupper. Først når resultaterne af disse er kendt, kan det forebyggende arbejde for alvor sættes ind.

Årsagerne til disse sygdommes opståen er en anden side af sagen, som det er ovenud vigtigt at koncentrere indsatsen om, således at vi i stedet for at symptombehandle går over til at årsagsbehandle. Årsagerne skal findes i det omgivende miljø, i vort boligbyggeri, hvor vi har satset alt for meget på et rationelt, prisbilligt, højt betonbyggeri uden samtidig at undersøge, hvilke gener det giver for mennesker at bo i støjramt, uventileret beton.

En anden vinkel at betragte det fra er vanskeligheden for det enkelte menneske ved at tilpasse sig disse nye bymiljøer, hvoraf nogle har det samme indbyggerantal som Frederikssund. I det indre af København sker der til stadighed saneringer for at give lys og luft, men også dette gode initiativ giver store problemer for de udsanerede, hvoraf nogle har måttet flytte mange gange, med tilpasnings- og sociale problemer til følge.

På arbejdspladserne er vi allerede kommet et godt stykke ad vejen med den nyetablerede bedriftssundhedstjeneste, men også arbejdstempoet og arbejdstiden må der gøres noget ved, især i en tid, hvor vi har så mange hænder ledige.

[Yvonne Herløv Andersen]

I trafikken må vi fortsat arbejde på større trafikikkerhed, selv om det for nogen vil betyde, at deres vej til arbejde bliver 5 minutter længere. Der må bygges cykelstier for at sikre vore børns skolevej, og fabrikkssommerferien må tilrettelægges således, at vi ikke alle skal ud på landevejen samtidig. Endvidere må den kollektive trafik udbygges effektivt, så folk motiveres til at lade bilen stå og tage tog eller bus i stedet.

Et andet område for forebyggende undersøgelser er fostervandsprøver; hvor der nu er sikkerhed for, at disse kan gennemføres uden komplikationer, må disse gøres obligatoriske og foretages på f. eks. 4 landsdækkende sygehuse.

Ligeledes må den behovprægede sundhedspleje udvides, således at vi kan følge risikobørn helt op i skolealderen, hvis der er behov herfor.

I skolen må der for at forbedre sundhedstilstanden indføres bespisning, således at de børn - og dem er der en del af - der ingen morgenmåd får, i hvert fald får et godt sammensat måltid midt på dagen. Gymnastiktimernes antal må udvides, så børnene kommer i bedre kondition, og så må der ses på børnenes siddestilling, der mange gange er så dårlig, at den giver dårlig ryg og hovedpine. Det er et spørgsmål om, hvor mange fysioterapeuter vi kan nå at uddanne.

Tandplejen er et helt kapitel for sig, og lad mig bare nævne et nyt område: geriatrik tandpleje. Mange ældre mennesker lever af for ensidig kost på grund af dårlige tænder eller en for gammel eller dårligt tilpasset protese. Inden for ældreområdet er der i de senere år sat kraftigt ind, men vi mangler endnu mange steder genoptræning og fysioterapi - fysioterapi igen på grund af en for lille kapacitet på uddannelsesområdet.

Aldersgruppen mellem børnene og de ældre har jeg været inde på, men for alle aldersgrupper er der et problem, og det er kosten. Ministeren kalder det folkekost og mener vel hermed en ernæringsmæssigt rigtigt sammensat kost, og det bliver vel nok det sværeste at få gennemført. Det er vel som med cigaretter og spiritus: man ved nok, at meget af det, vi spiser, er usundt, men vi vil helst ikke undvære det.

Men så kunne vi jo begynde med noget helt nyt: nedsætte momsens på visse fødevarergrupper, som CD før har været inde på, for

derigennem at motivere til fornuftigt sammensat kost. Det er ikke sikkert, at det vil have den store effekt i starten, men det er givet, at det vil hjælpe. Det vil især have betydning for dårligt stillede børnerige familier, og det er vel også her, vi især ønsker at sætte ind på dette område.

Hele den gradvise omlægning, der skal ske, må ikke ske på bekostning af vort allerede kendte behandlingsapparat, men vi har lært af bitter erfaring, at der må en styring til af vort sygehusvæsen. Samtidig er der i befolkningen rejst krav om at bevare de mindre sygehuseenheder ude i områderne, et krav, centrum-demokraterne meget gerne støtter. Havde vi vidst, hvad vi ville med hele dette område, var det i dag ikke et spørgsmål af økonomisk art; så kunne de store sygehuse tage sig af specialbehandlinger og de mindre af almindelige somatiske sygdomme.

Der må sættes ind også med efterbehandling uden for sygehuse, og her tænker jeg især på de psykiatriske patienter, således at de ikke bliver opbevaret på afdelingerne, men kan flytte ud i mindre, socialpædagogiske enheder. Årsagerne til den høje genindlæggelsesprocent på dette område mener jeg bl. a. er en mangel på de socialpædagogiske enheder. Det er ikke gjort med at skaffe patienterne et værelse ude i byen og en invalidepension; der skal også skabes sociale kontakter. Med sådanne foranstaltninger kan sygehuset udnyttes mere effektivt, når det bliver frigjort for denne kategori af patienter, og hvad angår effektiviteten på sygehuse i almindelighed er der jo kun 5 reelle arbejdsdage, for i weekenden sker der ingen behandling, og vores operationsstuer bruges 5 timer daglig; der kunne givetvis også sættes mere effektivt ind her.

Men i hele indenrigsministerens redegørelse er der sådan set kun én ting, vi vil undlade at give samtykke til. Selv om det ikke er skrevet tydeligt, fremgår det mellem linjerne, at der skal ske en socialisering af de praktiserende læger, men i de lande, hvor en sådan socialisering er gennemført, er der efter vor mening ikke kommet noget godt ud af det. Lad os hellere se på, om antallet af patienter til den enkelte praktiserende læge står i forhold til det arbejde, der skal udføres, og de opgaver, en forebyggende indsats kræver, fordi den fortrolighed, den enkelte patient har til huslægen, og det kendskab, lægen der-

[Yvonne Herlöv Andersen]

ved får til familien, er en forudsætning for det samarbejde, lægen skal udføre med det øvrige sundhedsvæsen. En forebyggende behandling kan der kun motiveres til gennem forståelse og tillid til den læge, der udgør basis i systemet.

Hvad angår spørgsmålet om, hvilken ressource der skal tage sig af hele det sundhedsmæssige område, ville det være rimeligt, at alle sundhedsmæssige opgaver ligger under én minister, og her mener jeg indenrigsministeren; i amterne må det være sygehusudvalget, der overtager disse opgaver. Koordinationen mellem disse instanser kan foregå ved det omtalte forebyggelsesråd og så § 23, stk. 2-udvalgene, med den sammensætning der er skitseret i ministerens redegørelse; det er jeg enig i.

Til slut vil jeg nævne noget om forskningen. Der er i allerhøjeste grad et stort behov for at koordinere den forskning, der er i gang på forskellige områder inden for sundhedssektoren. Det grundlæggende materiale, forskningen skal samles om, bliver de undersøgelser, der sættes i gang her vedrørende folkesundheden. Lad os bare komme i gang så hurtigt som muligt med dette arbejde; vi har heller ikke noget imod, at de procenter, der blev nævnt, og som var uendelig små i forhold til, hvad der ellers blev brugt: de 3-4 pct., bliver fordoblet i løbet af nogle få år.

### **Ebba Strange (SF):**

Da prioriteringsudvalget i sin tid blev nedsat gennem en folketingsbeslutning, havde man indtryk af, at det lå i forslagsstillernes intentioner, at man ved at forsøge at omprioritere ressourcerne i sundhedssektoren fra sygehussektoren til det, der er blevet kaldt den primære sundhedssektor, ville kunne spare nogle offentlige midler.

Fra socialistisk folkepartis side vender vi os imod den målestok, man hermed anlægger på sundhedsvæsenet. Det er efter vores mening nogle forretningsmæssige principper, som vi ikke mener det er rimeligt at lægge til grund for, hvilken indsats det offentlige skal yde for at sikre befolkningens sundhed. Derfor er det ikke først og fremmest et spørgsmål om prioritering; det er først og fremmest et spørgsmål om, hvordan vi bedst muligt sikrer befolkningens sundhed.

Det har da også vist sig under prioriteringsudvalgets arbejde, at udvalget i sin betænkning ikke har kunnet pege på nogen områder, hvor der kunne skæres ned, eller hvor der kunne spares penge. Det er vigtigt at slå fast, fordi den behandling, der i dag tilbydes gennem sundhedssektoren, ikke er for omfattende eller for god, eller hvordan man nu skal beskrive den.

Socialistisk folkeparti vil ligesom alle andre partier meget gerne være med til at styrke det sygdomsforebyggende arbejde, og vi vil meget gerne være med til, at behandlingsarbejde over for sygdomme sættes ind så tidligt som muligt og i et led, der befinder sig så nær patientens daglige miljø som muligt, men heller ikke vi ønsker at pege på nogen steder, hvor vi i dag ønsker at skære ned på den sygdomsbehandling, der finder sted. Tværtimod finder vi det katastrofalt, at der allerede er sket en faktisk nedskæring i behandlingskapaciteten. Derfor stillede vi under finanslovsforslagets behandling et ændringsforslag om at yde flere penge til rigshospitalet, der er et af de hospitaler, der er blevet skåret ned, og som netop befinder sig i statslig regie.

En konsekvens af denne indstilling er, at vi må se i øjnene, at hvis vi vil opbygge et bedre forebyggende system og opprioritere den tidlige og nære indsats, må der i starten ofres midler på det. Måske og forhåbentlig kan det så i et længere forløb betyde sparede ressourcer på sundhedsbudgetterne. For selvfølgelig synes vi ikke i socialistisk folkeparti, at det er nogen lykke, at der bruges så svimlende store summer på et sygdomsbehandlingsapparat, men forudsætningen for, at det kan undværes, er, at politikere her i huset og rundt om i Danmark og den danske befolkning begynder at anskue problemerne i forbindelse med sygdom og sundhed på en fundamentalt anden måde end den, man anskuer problemerne på i dag.

Indenrigsministeren peger selv i sin redegørelse på baggrund af prioriteringsudvalgets indstilling på den nære sammenhæng, der er mellem samfundsforholdene og sygdomsbilledet – også enkelte af ordførerne har været inde på det – og indenrigsministeren peger på, hvordan sygdomsbilledet har ændret sig her i landet bare i løbet af disse århundreder; men indenrigsministeren gør ikke opmærksom på det, der dog sporadisk optræder i

[Ebba Strange]

prioriteringsudvalgets betænkning, og som er ganske godt gennemarbejdet af flere kendte danske læger, f. eks. Vagn Christensen og Svend Heinild, nemlig at de store epidemier, tuberkulosen, ernærings sygdommene, den høje børnedødelighed og de lidelser, der i øvrigt nævnes i indenrigsministerens redegørelse som almindelige i begyndelsen af dette århundrede, tog af og var næsten forsvundet, inden man for alvor satte ind med vaccinationer og sygdomsbehandling. De tog nemlig af, dengang befolkningens generelle levestandard steg, dengang bolig- og ernæringsforholdene for de udsatte befolkningsgrupper blev bedre.

I dag er det sygdomsbillede, vi møder, et helt andet, og indenrigsministeren peger i overensstemmelse med prioriteringsudvalget på, at der også i dag er en nøje sammenhæng mellem samfundets struktur og de sygdomme, der er de almindeligste. Ligeledes peges der på, at vi ikke kan behandle os ud af alle de lidelser, der findes, og at det kun er muligt at bekæmpe dem, hvis vi vil det, ved at sætte massivt ind med forebyggende foranstaltninger.

Jeg er enig i disse tanker, og jeg er enig i en lang række af de forslag, som indenrigsministeren og udvalget peger på, og jeg skal kommentere nogle af dem senere. Men inden skal jeg sige noget mere generelt om socialistisk folkepartis sundhedspolitiske synspunkter.

Hverken indenrigsministeren eller prioriteringsudvalget skærer helt ned til ondets rod, for hvis de gjorde det, blev de nødt til at gøre op med den kapitalistiske samfundsforms produktionsstruktur, og det kan et udvalg naturligvis ikke, der er sammensat af organisationsrepræsentanter, embedsmænd og repræsentanter for alle politiske partier, og en socialdemokratisk indenrigsminister kan altså heller ikke.

Jeg skal derfor på SFs vegne pege på nogle af de områder, hvor der efter vor mening burde sættes ind, hvis man tog ikke bare ministerens ord alvorligt, men også de andre velmenende ord, der er blevet sagt fra denne talerstol i dag.

For det første skulle alle sikres ret til at arbejde, som de kunne magte. Arbejdsløsheden i sig selv er en alvorlig sygdomsskabende faktor. Der findes amerikanske undersøgelser, der viser, hvordan sygeligheden, både

den fysiske og den psykiske, selvmordshypigheden og familieproblemerne øges under en arbejdsløshedssituation. Bortset fra den risiko, den byder den arbejdsløse og hendes familie, medfører den utryghed og helbredsnedbrydende tempoforøgelse for dem, der er tilbage i arbejdet, men som er bange for at miste det; utryghed, der medfører nervøsitet og psykiske lidelser.

Det er nok ikke så tilfældigt, at vi for nylig har fået tilsendt en erhvervsoversigt over en meget gunstig erhvervsudvikling inden for medicinalindustrien, der viser, at der sker en øget produktion og en øget eksport, ikke mindst på psykofarmaka-området.

Mennesker i vort kapitalistiske samfund måles på deres produktionsværdi. Hvis de må bukke under for dårlige arbejdsforhold, der overbelaster deres rygge, deres hjerter, deres led eller deres psyke, så kasseres de, puffes ud af produktionen og spises af med en eller anden ringe erstatning, der yderligere forringer deres tilstand, og som skader deres familys tilstand. Et samfund, der vurderede mennesket som menneske, ville sørge for at indrette arbejdsforholdene således, at de passede til det, som mennesket kunne magte uden at blive sygt. Skal der forebygges på dette område, fordrer det, at arbejderne får den fulde magt over deres egne arbejdsvilkår.

Vi har nu netop fået vedtaget en lov om bedriftssundhedstjeneste, og det er SFs indstilling, at arbejderne skal lære at bruge den lov, de har fået, til at sætte aktivt ind for at forbedre sundhedsvilkårene på deres arbejdsplads.

Det er en yndet liberalistisk filosofi – og vi har også fået den forelagt her af både hr. Svend Erik Hovmand og fru Yvonne Hørløv Andersen i dag, og indenrigsministeren falder også for den – at det enkelte menneske selv har en betydelig mulighed for at påvirke sin egen sundhedstilstand og dermed et medansvar for den, og så taler man om rygning, drikning og sådan noget. Det er umenneskelig og falsk tale, så længe det er arbejdsgivernes behov for profit, der afgør forholdene på arbejdspladserne, så længe mennesker kasseres, når de ikke passer ind i produktionsapparatet, og så længe gode og sunde boliger sælges som profitforetagender.

Derfor kan den megen tale om sundhedspædagogik også blive hul. Vi er i stand til at

[Ebba Strange]

lære børn og unge, hvilke vilkår i omgivelserne der skaber sygdommene. I et rimeligt progressivt skolesystem kan vi oven i købet i praksis lære børnene om demokrati og medindflydelse allerede fra børnehævealderen. Men hvad hjælper det, hvis det bliver kvalt, når de kommer på en arbejdsplads, hvor andre bestemmer alting for dem? Jeg skal ikke vende mig mod sundhedspædagogik, men bare påpege det tilslørende ved den.

Jeg mener, at al udveksling af reel information er godt, men det skal være reel information om de reelle sammenhænge og ikke om falske problemstillinger. F. eks. burde alle sundhedsarbejdere og socialarbejdere have både ret og pligt til at videregive informationer til politikere og til administration om de sundhedsskadelige forhold, som de møder i deres virksomhed. Men hvad sker der? Der sker det, at henholdsvis en hospitalsborgmester og en socialborgmester i København forbyder deres socialarbejdere at informere offentligheden og befolkningen og politikerne herinde om, at de forhold, der bydes nogle gamle på hospitalernes venteaftdelinger, og de forhold, der bydes sociale klienter og socialarbejdere visse steder i Københavns kommune, er direkte sundhedsrunder.

Endelig har mange læger – alt for mange – været tilbageholdende med at undersøge og formidle videre forholdet mellem de sygdomme, de støder på i deres konsultation, og de belastende faktorer i arbejdsmiljø, boligmiljø og familiemiljø, der ligger bag sygdommene.

Heldigvis ser det ud til, at der blandt den yngre generation af sundhedsarbejdere af forskellig art er ved at udvikle sig en større forståelse for disse ting, og det betyder måske, at vi kan forvente en øget indsats i fremtiden. Skal der ske en radikalt ændret indsats, må politikerne have informationer fra dem, der kender til forholdene.

Spørgsmålet om information er også et spørgsmål om medbestemmelse, og noget af det, der hindrer et godt miljø og en aktiv indsats hos mange sundhedsarbejdere på vore sygehuse, er den hierarkiske opbygning, den hierarkiske ledelsesstruktur, der forhindrer informationer i at gå både den ene og den anden vej, og som forhindrer alle medarbejdere og patienterne i at have en afgørende indflydelse på det miljø, der findes på

sygehusene, og den behandling, der finder sted.

Disse ting bør efter SFs mening også få konsekvenser for forskningen. Fremover mener vi, at forskning på det sundhedsmæssige område overvejende bør koncentrerer om at skaffe præcise oplysninger om livsvilkårenes betydning for sundheden. Vi er enige med indenrigsministeren – eller jeg tror, det er prioriteringsudvalgene, men indenrigsministeren gentager – i, at vi ikke kan vente på at få resultaterne fra den slags undersøgelser, før vi iværksætter forebyggende foranstaltninger, men at vi alligevel skal prøve at skaffe os dem. Forskningsresultaterne må formidles på en sådan måde, at de kan forstås også af ikke-fagfolk og bruges af fagforeninger og beboergrupper i skolers og forbrugergrupper arbejde.

I sin gennemgang af, hvilke forebyggende tiltag der findes i det danske sundhedssystem, peger ministeren på, at man forebygger inden for børneområdet, og det er stort set også det eneste område, vi forebygger på. Det er efter vores vurdering ganske overordentlig vigtigt, og det har været med til at nedsætte børnesygeligheden på mange områder.

På den baggrund er det aldeles uhørt, at vi for nylig i folketingets socialudvalg fik oplyst, at 30 danske kommuner ikke har sundhedsplejerskedækning, og jeg vil gerne benytte lejligheden til at pege på det forslag, socialistisk folkeparti har fremsat om at øge uddannelsen af sygeplejersker, sundhedsplejersker, fysioterapeuter og andre sundhedsarbejdere. Jeg har lagt mærke til, at også formanden for Dansk Sygeplejeråd – det er måske ikke så mærkeligt – støtter tankerne om en udvidelse af uddannelserne.

Fra Århus kommune har vi fået at vide, at 40 pct. af børnene ikke kommer til deres småbørnsundersøgelser. Historien fortæller ikke, om det er de børn, der, indtil dette folketing foretog sit første nedskæringsfelttog, dog blev undergivet de forholdsvist nødtørftige lægeundersøgelser, der tidligere fandt sted i børnehaverne. En god start på livet er sundhedspolitisk vigtigt, og derfor bør dette folketing snarest forbedre barselordningen og sikre, at der findes gode udviklende steder at være for alle børn.

SF er enig med indenrigsministeren i, at sundhedspolitiske overvejelser bør indgå i



[Ebba Strange]

alle politiske sektorer arbejder. Derfor kan vi tilslutte os oprettelsen af et forebyggelsesråd, men for os er det helt afgørende, at det kommer til at bestå af mennesker, der har kontakt med de områder, som de skal undersøge: folk med erfaring fra fagbevægelsen, fra de sociale behandlergrupper, fra sundhedsarbejderkredse o. lign. Det bør efter vores mening være et uafhængigt organ med ombudsmandsstatus, som selv kan være udfordrende i sine undersøgelser, og som kan modtage klager og informationer udefra.

Lad mig slutte med at sige, at for SF betyder prioritering inden for sundhedssektoren, at folk selv får magt til i fællesskab at hindre de lidelser, som samfundet påtvinger de enkelte mennesker, samt at der er gode helbredelsesmuligheder og gode livsvilkår for de mennesker, der er svage eller varigt syge.

Det fordrer efter vores mening, at de mennesker, der ansættes for at hjælpe med sygdomme, arbejder nært sammen med den syge og med hinanden, at så meget sygdomsbehandling som muligt foregår i nærheden af det sted, hvor folk bor, i nært samarbejde mellem hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker, socialarbejdere, læger og andet sundhedspersonale, og at dette personale som følge af denne opbygning bør ansættes af det offentlige, også de praktiserende læger.

Ud fra disse tanker er vi også tilhængere af en administrativ opbygning, der betyder, at social-, sundheds- og sygehussektoren slås sammen både på amtsplan og på landsplan.

**Freddy Madsen (DKP):**

Også jeg synes, det er glimrende, at vi får denne lejlighed til at diskutere et så vigtigt emne. En prioritering i sundhedsvæsenet midt i en krisetid kan meget let udelukkende føre til nedskæringer. Vi må konstatere, at der i de sidste fem år har været talt om en omprioritering i sygehusvæsenet til fordel for den primære sundhedstjeneste og forebyggelse, men at det bortset fra en formel beslutning om at udbygge driftssundhedstjenesten kun har resulteret i en meget kraftig dæmpning af stigningstakten i sygehusvæsenet eller direkte nedskæringer.

Problemerne er mangfoldige. Sygdomsbilledet er rigtignok ændret radikalt siden begyndelsen af dette århundrede, men de store nye folkesygdomme som hjerte- og karlidel-

ser, kræft, ulykker, psykiske lidelser osv. er fortsat i stigning. Det er folkesygdomme, som i meget høj grad hænger sammen med ødelæggelsen af de miljøer, mennesker tilbringer arbejde og fritid i; jeg skal blot pege på spørgsmålet om arbejdsløsheden, som også fru Ebba Strange rigtigt var inde på. Også vore børn lider i stigende grad under disse krisetilstande med hensyn til dårlige boliger, stigende trafik og nedskæringer på daginstitutionerne – det er blot nogle af børnenes kår i dag. Det er disse krisesyntomer, som præger samfundssystemet, og som regeringen og folketingsflertallet accepterer og lader køre. Det er typisk, at arbejdsløsheden end ikke er nævnt i indenrigsministerens redegørelse.

Med al respekt for lægevidenskaben og de store fremskridt, sundhedsvæsenet har gjort gennem de sidste årtier, må vi konstatere, at denne virksomhed kun har haft en marginal effekt i bekæmpelsen af de store folkesygdomme i begyndelsen af dette århundrede. Det væsentlige, som også fru Ebba Strange var inde på, er den forbedring, som er foregået af levestandarden, og som er kommet i kraft af arbejderklassens og andre befolkningsgruppers kamp for bedre levevilkår.

Derfor er den bedste prioritering i dag i bekæmpelsen af folkesygdommene, at der gøres op med en politik, som altid vender den tunge ende nedad, og at der føres en anden og ny økonomisk politik. Derfor må DKP advare imod, at det, når der her tales om ressourcefordeling, ikke endnu en gang i praksis slet og ret vil betyde yderligere nedskæringer. Vi må advare imod, at det, når der her smukt tales om sundhedspædagogik, ikke i praksis blot vil medføre, at den enkelte lærer at bære sine byrder og føle medansvar for krisens onder. Vi må advare imod, at der, når der tales om en central koordinering og styring, ikke blot føres en sundhedspolitik hen over hovedet på folk, uden at der virkelig gives befolkningen et medansvar i den demokratiske planlægning.

Disse advarsler er ikke uden mening, for vi har været vidne til lidt af hvert i de seneste år. Brugernes indflydelse på prioriteringen bliver kun lige berørt i indenrigsministerens redegørelse i forbindelse med det såkaldte forebyggelsesråd, men ingen steder nævnes betydningen af lokaldemokratiet, selv om det netop var dette, amtsrådsforenin-

[Freddy Madsen]

gen fremhævede på sin sundhedspolitiske konference i 1976 – og jeg citerer herfra:

»En af årsagerne til den svigtende sundhed og befolkningens utilfredshed med sundhedsvæsenet er muligvis, at man har undervurderet betydningen af befolkningens aktive medvirken.«

For os er det afgørende, at en prioritering ikke skal være et led i en centralt styret nedskæringspolitik, men under forudsætning af en ny økonomisk politik kan en demokratisk planlægning og prioritering, hvor befolkningen også lokalt har indflydelse, naturligt have nytte af en lang række af de forslag, som prioriteringsudvalget har lagt frem i sin betænkning. Jeg skal berøre nogle enkelte punkter.

Når det drejer sig om den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, må det fremhæves, at de nuværende ordninger inden for forebyggelsen langtfra er udbygget på tilfredsstillende måde.

Lad mig nævne, at de regelmæssige lægeundersøgelser af børn er nedskåret i den forstand, at det lægelige tilsyn med daginstitutionerne er overladt den enkelte kommune, hvoraf kun de færreste har bevaret ordningen. Vi må også fremhæve, at kun ca. halvdelen af børn under 2–6 år møder frem til de regelmæssige lægeundersøgelser, og at behovssundhedsplejen for denne gruppe børn kun kommer ud til et par procent. Men vi ved, at over 10 pct. har betydelige indlæringsvanskeligheder på grund af diverse handicap, og at 30 pct. må have en eller anden form for særundervisning.

Vi tror gerne, at man kan nå langt med en selektiv forebyggende indsats over for bestemte risikogrupper. Alligevel kan en sådan indsats være så selektiv, at den ikke medvirker til at fremme den generelle sundhed. DKP mener derfor, at man bør overveje, om ikke det er værd at gennemføre almindelige, regelmæssige helbredsundersøgelser af hele befolkningen i forskellige aldersfaser, som suppleres med specielle selektive undersøgelser over for de hyppigste lidelser i bestemte aldre. Vi er enige i, at forebyggelsen ikke kun er en opgave for sundhedspersonalet, men at netop saneringen af de mange forskellige miljøer, mennesker færdes i, kræver en bred indsats. Her kan sundhedspædagogikken være et redskab. Vi kan derfor støtte,

at der sker en større undervisning herom i folkeskolen og igennem oplysningskampagner.

Men jeg vil gerne understrege, at målsætningen ikke må være blot at overlade den enkelte til sig selv, men netop må være et folkeligt foretagende, hvor befolkningen lokalt inddrages i den forebyggende indsats. Derfor kan vi ikke støtte tanken om et forebyggelsesråd, som udelukkende består af politikere og specialister. Brugerindflydelsen må ind i det af ministeren foreslåede 15 mands forebyggelsesråd.

For os er det imidlertid også vigtigt, at den slags forebyggelsesråd opbygges lokalt, dvs. i første omgang på amtsplan som demokratiske organer, hvor både fagbevægelse, brugerorganisationer og patientforeninger repræsenteres, og som inddrages i den amtslige planlægning af hele sundhedssektoren.

Hvad angår de ændrede opgavefordelinger, finder vi det ikke tilstrækkeligt med, som det siges, »en hensigtsmæssig samordning af den samlede speciallægebetjening«, men at der netop i dag, hvor der findes så mange speciallæger, som ikke kan opnå slutstillinger, er skabt en mulighed og chance for at lægge op til nytænkning og til nye ordninger.

Kommunisterne har den opfattelse, at der bør oprettes sundhedscentre pr. ca. 10.000 indbyggere bestående af 6–8 praktiserende læger, sygeplejersker, terapeuter, laboranter og andre, og vi forestiller os, at speciallæger kan tilknyttes flere sundhedscentre både som konsulenter og så sandelig også ved at deltage i visitationen og sikre forundersøgelser, som skaber et bedre grundlag for indlæggelse på sygehus og kan afkorte ventetider og liggetider betydeligt.

Vi har altså den opfattelse, at disse sundhedscentre geografisk må bygges op omkring de lokale sociale områdekontorer og være nært sammenknyttede med lokalråd eller andre demokratiske former, som nu opstår, således at der bliver en nær sammenhæng mellem sundheds- og socialektoren og det lokale demokrati.

I planlægningen af sundhedsvæsenet på amtsplan støtter vi en sammenkobling af sygehusvæsenet, praksissektoren og de offentlige sundhedsordninger til en samlet sundhedsplanlægning. Men dette må ikke medføre en lukning af nytilgangen af f. eks. yngre læger, som det nærmest er sket ved planlæg-

[Freddy Madsen]

ningen af lægepraksis efter 1976-overenskomsten med sygesikringens forhandlingsudvalg.

Det afgørende for os er ikke, hvorvidt lægerne i praksis er fastansatte eller fortsat er i en slags liberalt erhverv, men hvordan tingene samordnes og fungerer, og i hvilken grad den lokale befolkning inddrages i en demokratisk planlægning. Det er muligt, at § 23, stk. 2-udvalgene kan varetage visse planlægningsopgaver på det amtslige plan, men i så fald skal disse grundigt demokratiseres. Planlægningsorganer skal ikke kun sammensættes af repræsentanter for sundhedspersonalet og politikere, men også af brugerne.

Selvfølge er der også behov for en landsplanlægning af lands- og landsdelsfunktionerne. Her kan vi støtte det permanente udvalgs fortsatte arbejde. Vi tror, at der her for specielle lidelser på grund af Danmarks størrelse er behov for en vis centralisering af nogle funktioner, men vi skal advare imod, at det hele samles i hovedstaden. Man kan udmærket tænke sig, at centre for visse sygdomme fordeles geografisk, efter den erfaring der er opnået på de store sygehuse. Det kræver nogen nytænkning, men det kræver også demokratisk debat.

Vi er enige i, at der ud over den information, man nu har, er et stort informationsbehov. En demokratisk planlægning, som ikke kun er en centralt styret prioritering, og en eventuel nedskæring kræver afgjort en bedre statistik og forskning, som selvfølgelig alvorligt må tage hensyn til sekretessespørgsmålet.

Også her skal vi fremhæve, at der i særlig grad er behov for forskning på amtsniveau. Der er i høj grad behov for en undersøgelse af befolkningens sygelighed, idet den sidste er fra begyndelsen af 1950'erne. Vi tror dog, at socialforskningsinstituttet i højere grad end DIKE har den nødvendige kapacitet og erfaring i at lave store befolkningsundersøgelser, hvor der kræves interviewer.

Selv om der er et stort informationsbehov, især med henblik på at skabe et videnskabeligt grundlag for den forebyggende indsats, skal vi dog fremhæve, at der allerede i dag foreligger megen viden, som burde samordnes på en fornuftig vis.

Vi finder det urimeligt, at udvalget og indenrigsministeren nok omtaler apotekervæsenet, men fuldstændig går uden om de store medicinalfirmaer, som for mange år siden

burde have været nationaliseret. Det vil gavne lægemiddeldistributionen i Danmark, det vil skabe bedre mulighed for kontrol med lægemiddelproduktionen, og det vil gøre det muligt, at ikke blot apotekervæsenet bliver integreret mest muligt i det samlede sundhedsvæsen, men at også de store producenter bliver det. Der er ingen tvivl om, at en sådan nationalisering også kan skaffe midler til mange af de nye områder, der her er gennemgået.

Til slut skal jeg understrege, at vi synes, det er vigtigt med en udvidelse af det forebyggende arbejde, men vi vender os bestemt imod indskrænkninger og stagnation i den behandlende sektor. Også her ligger der et hav af uløste problemer, der må klares: lad mig blot nævne yngre lægers arbejdstid, sygeplejerskernes uddannelsesproblemer, utilstedelige ventetider osv. osv. – listen kunne gøres meget længere – og det understreger, at der er brug for indsats. Resultaterne af det forebyggende arbejde viser sig først på lang sigt. Derfor må der stadig sikres de nødvendige midler til en forsvarlig behandling af de syge, og skal de intentioner, som jeg også forstår indenrigsministeren har i det forebyggende arbejde, blive til virkelighed, bliver man nødt til at erkende, at det også vil kræve øgede ressourcer.

#### **Bernhard Baunsgaard (RV):**

Jeg vil gerne begynde med at sige indenrigsministeren tak for den redegørelse, som danner baggrund for debatten her i dag. Jeg vil gerne understrege den tak, for jeg kan føje til, at den er opbygget på grundlag af to betænkninger og en debat her i salen. Den ene betænkning er den, der hedder prioritering i sundhedsvæsenet, den anden befolkningens tandsundhedsstatus og tandlægevæsenet og endelig alkoholdebatten. De to betænkninger er resultatet af forslag til folketingsbeslutninger fremsat af den radikale gruppe, og to gange har den radikale gruppe fremsat folketingsbeslutning om vore alkoholproblemer. Det glæder mig, at man er kommet så langt, at man her i dag kan tage en almindelig debat om hele vort sundhedsvæsen. Vi har længe følt – så langt tilbage som i 1971 arbejdede vi med disse problemer og tog det første initiativ i 1972 – at der på

[Bernhard Baunsgaard]

dette område var et mere og mere påtrængende behov for en samlet overvejelse.

Dette kan jeg vel illustrere alene med et enkelt tal; det, vi taler om her i eftermiddag – og som jo bestemt ikke for de øvrige folketingsmedlemmer er noget tilløbsstykke – drejer sig om udgifter på 20.000 mill. kr. om året, altså sådan noget som op mod 4.000 kr. pr. indbygger, ung og gammel. Det er et af de områder, som bestandig sluger flere og flere penge, for at vi kan få en rimelig opfølgning af de behandlinger og den måde, vi i det hele taget ønsker at hjælpe mod de sygdomme, der angriber befolkningens sundhed, på.

Desværre må jeg ligesom indenrigsministeren understrege, at der er et helt desperat behov for koordinering. Hvis man begynder centralt i regeringen og ministerierne med at spørge: hvem tager sig af sundheden her i landet? er svaret: det gør undervisningsministeren, indenrigsministeren, socialministeren, miljøministeren og arbejdsministeren, for blot at nævne nogle væsentlige områder. Hvem sørger så for, at disse ministerier ikke kommer til at træde hinanden over tæerne, at de ikke beskæftiger sig med de samme ting, så man ikke får den fulde udnyttelse af pengene? Så er svaret: det gør ingen. Derfor er der et voldsomt behov for, at vi får en koordinering på området.

Det er overordentlig velbegrundet, om vi nu tog os sammen til at samle det på ét sted i den centrale styring, hvor man kunne koordinere disse bestræbelser. Hermed være naturligvis ikke sagt, at man behøver med det samme at gå så langt, at man har en egentlig minister for hele området, der kan behandle det hele, men det er helt nødvendigt, at vi får en koordinering.

Vender vi os til de mere lokalt betonedede problemer og spørger, hvordan koordineringen er dér, kan vi atter konstatere, at koordineringen i det store og hele er særdeles pauver. § 23, stk. 2-udvalgene har allerede været nævnt; jeg kan føje til, at der nok også var grund til at se på andre af de udvalg, der nedsættes lokalt, for at man kan få en god koordinering af hele sundhedsindsatsen ude omkring ikke mindst i amterne, men også amterne og kommunerne imellem.

Hvis vi derefter spørger: når vi nu prøver på at forestille os en egentlig sundhedspolitik, hvilke elementer må så indgå i den? Ja,

der er så i hvert fald følgende elementer, der må indgå i den: det sundhedspædagogiske, den forebyggende virksomhed og endelig den egentlig helbredende virksomhed.

Når vi bruger henved 20 mia kr., 20.000 mill. kr., om året, skulle man vel kunne gå ud fra, at alle tre områder er nogenlunde velforsynede med midler, men det kan man aldeles ikke. Det meste bruges til den helbredende virksomhed, kun nogle få pct. til den forebyggende. Enhver ved, at det egentlig sundhedspædagogiske område er overordentlig lidt tilgodeset i det moderne Danmark.

Det sundhedspædagogiske, hvad er nu det for noget? Ja, det er naturligvis at opdrage befolkningen til at forstå, at helbred er noget, man skal være særdeles øm over for, noget, man skal gøre særdeles meget ud af personligt, men det er da også at opdrage vore virksomhedsledere og vore arbejdstagere til at forstå, at de selv har et ansvar for, at der sker noget. Det forebyggende område er jo dér, hvor vi iværksætter undersøgelser, hvor vi prøver på at give gode råd til befolkningen om, hvordan den skal opføre sig og leve i det daglige. På dette område bruger vi nogle ganske få snese millioner kroner over for de milliarder kroner, der anvendes for at gøre skaden god igen, når den er sket.

Når det gælder den helbredende virksomhed – og dér er det jo ikke mindst vore sygehuse – kan vi vel i hvert fald håbe på, at når vi bruger så mange penge som henvendte en snes milliarder kroner på dette område, ved man helt præcis, hvad man ønsker, og hvordan man skal sætte bedst ind med disse mange penge for at få den størst mulige nytte-virkning for befolkningen ud af det. Dér må jeg konstatere, at lige så vel som man ikke har noget overblik over forholdet mellem sundhedspædagogisk forebyggende og helbredende virksomhed, må man også i dag konstatere, at det med hensyn til sygehuse ligger særdeles dårligt.

De sidste retningsgivende linjer, der er udsendt fra indenrigsministeriet med hensyn til opbyggelsen af vore sygehuse rundt i amterne, kom i 1971. Der er ingenting sket på området siden, og jeg tror ikke, jeg er for hård i min kritik, når jeg siger, at der havde været fuld grund til at revidere det. Jeg håber, at denne redegørelsesdebat bliver anledningen til, at man sætter ind her.

[Bernhard Baunsgaard]

Hvad er det for problemer, vi har dér? Der er for det første problemet, om vi rundt omkring i amterne skal koncentrere os om at bygge store sygehuse, der har mange specialer, eller om vi skal bygge små sygehuse, og om vi skal bygge specialsygehuse. Dér må man konstatere, at der mange steder har været planlagt galt, efter hvad vi mener der skal ske i dag; det er vel her tilstrækkeligt at pege på det, der er sket i Københavnsområdet, hvor man har forbygget sig på sygehuse.

Hvis man skal lave en samlet plan for vores sygehusvæsen, må man konstatere, at det ikke kan være rimeligt, at befolkningen skal have langt til det sygehus, der skal behandle de angreb på dens sundhed, som optræder hyppigst. Man bør derfor i meget høj grad lægge vægt på at bevare det lokale sygehus. Det er klart, at man må have et egentligt centralsygehus – ét eller flere i hvert amt – men man må være overordentlig forsigtig med ikke at udbygge disse centralsygehuse med specialafdelinger hver for sig, så de konkurrerer med hinanden og begge måske derved mister et rimeligt befolkningsunderlag. Endelig må vi have det, som hedder landssygehus og landsdelssygehus, ind i hele denne koordinering. Jo mere man i de enkelte amter har den fornemmelse: sådan et speciale skal vi skam også have, jo større er faren for, at landsdelssygehuse ikke får et tilstrækkeligt grundlag til at følge med på området, til hele tiden at give det bedst mulige tilbud til befolkningen.

Jeg nævnte som indledning, at både indenrigsministeriet og socialministeriet i meget høj grad har del i sundhedsområdet. Må jeg dér tage et forhold som plejehjemmene. Jeg ved ikke, om tallet er for højt, men hvis det er for højt, beder jeg om at blive rettet af indenrigsministeriet. Sådan noget som op mod 75 pct. af vores senge på sygehuse er vel i dag beslåglagt af patienter, der ville få en bedre tilværelse ved at blive anbragt på plejehjem og blive anbragt på et plejehjem, hvor udgiften formentlig ville være sådan noget som mellem  $\frac{1}{3}$  og  $\frac{1}{4}$  af, hvad det koster at holde en hospitalsseng i gang.

Jeg kan ikke komme længere ind på det, men hermed er dette område jo ikke udfyldt, og det kan man heller ikke vente. Jeg understreger igen, at al den kritik, jeg fremfører, kun skyldes ønsket om at tegne et billede af, hvor nødvendigt det er, at vi får denne koor-

dinering, dette samarbejde og disse rådgivende retningslinjer revideret i takt med den udbygning, vi ønsker, og som vi når frem til nu. Og den er anderledes end bare for en halv snes år siden.

Jeg vil pege på endnu et meget væsentligt led i vores sundhedsvæsen: behandlingen af skaden, når den er sket, og det er vor daglige læge. Jeg vil understrege, at det efter min og partiets opfattelse vil være rimeligt og det rigtigste at fortsætte med den lægepraksis, vi har. Vi kender beskrivelser fra samfund, der har forsøgt sig med socialisering af lægestanden og har måttet konstatere, at befolkningens behandling gik tilbage.

Når dette er sagt, vil jeg også understrege noget, som indenrigsministeren er inde på, nemlig at dette forudsætter et vidt udbredt ønske om samarbejde mellem de praktiserende læger, hospitalerne, sundhedsplejerskerne, hjemmeplejerskerne og mange andre. Det er klart, at der kommer store problemer, når man skal have et liberalt erhverv, de praktiserende læger, til at samarbejde med samfundsansatte sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker osv.

Hvis vi ikke passer på at tilrettelægge forholdene for de praktiserende læger på den rette vis, og hvis vi fortsætter med det system, vi har, i hvert fald i dele af landet, hvor man får betaling pr. patient, kan man også risikere, at den praktiserende læge bestræber sig på hurtigst muligt at skyde patienten over til behandling på sygehuset, fordi han jo får sin betaling alligevel, og han kan vel oven i købet have nogen ret i, at det i en del situationer såmænd også er en fordel for patienten. Men det er i hvert fald ikke økonomisk rigtig.

Jeg kan se, at min tid er ved at være opbrugt, men der er lige et enkelt punkt, som jeg skal komme med nogle ganske få bemærkninger om. Indenrigsministeren understregede i sin redegørelse ligesom i betænkningen, at det, for at vi kan få et ordentligt styr på vores sundhedspolitik, er nødvendigt, at vi får et bedre statistisk materiale. Jeg vil gerne understrege, at dette er nødvendigt. Af socialforskningsinstitutets meddelelse nr. 21 om sundhedsvæsenet i de tre geografiske områder København, Thy og Storstrøms amtskommune fremgår det for det første, formentlig i modsætning til hvad mange venter, at Københavns kommune gennemgående har

[Bernhard Baunsgaard]

den dårligste behandling sundhedsmæssigt, når dette tages i den meget brede forstand, som jeg hele tiden har brugt heroppe, men ustandselig understreges det i denne undersøgelse, at de statistiske data er for ringe, og at de i mangfoldige tilfælde ikke er klart sammenlignelige. Der må også ofres særdeles meget.

Men endnu en gang tak for, at folketinget har fået anledning til at drøfte dette samlet.

**Inge Krogh (KrF):**

Det er en meget interessant redegørelse, der er kommet fra indenrigsministeren. Vi har her i landet en sygehussektor, der stort set fungerer godt. Den er dyr, men det er nødvendigt, at den bevares, for der vil fortsat være sygdomme, som er fuldstændig uafhængige af forebyggelse og sociale forhold; vi kan blot tænke på en almindelig sygdom som blindtarmsbetændelse.

Som påvist i redegørelsen nytter det ikke, at vores behandlingssystem er nok så godt opbygget, hvis ikke den enkelte borger passer på og bevarer sin sundhed; i modsætning til fru Ebba Strange mener jeg også, at det kan lade sig gøre i et kapitalistisk samfund.

Tidligere var det smitsomme sygdomme, epidemier og ernærings sygdomme samt en stor børnedødelighed, der plagede borgerne, nu er det andre ting; der peges i redegørelsen på de psykiske og de psykosomatiske sygdomme. Disse sygdomme hænger ofte sammen med den levevis, vi har i vort samfund. F. eks. findes der mange psykosomatiske lidelser hos børn – den klassiske er ondt i maven – og det er ofte, fordi familiemønstret er anderledes nu, end det var tidligere. Der er ikke mere den tryghed i familien som tidligere, hvor det var mere almindeligt, at en af parterne var hjemme hos børnene.

Vi har vel stadig væk ernærings sygdomme. Om de giver sig udtryk i egentlig sygdom, kan jeg ikke rigtig udtale mig om, men de giver sig i hvert fald udtryk i utilpashed, manglende koncentrationsevne og nervøsitet. Mange skoleelever kommer i skole uden at have fået morgenmad og ofte uden madpakke eller med underlødigt mad.

Indenrigsministeren påpeger betydningen af alkohol, og det kan jeg i allerhøjeste grad slutte mig til; en meget stor del af de sygdomme, der behandles på psykiatriske, neu-

rologiske og medicinske afdelinger, skyldes overdrevet alkoholforbrug. En meget stor del af kvæstelserne ved trafikulykker skyldes også, at patienterne har været påvirket af alkohol. Hos de pårørende, specielt børn, kan alkoholmisbrug hos et familiemedlem medføre psykosomatiske lidelser.

Det var en stor landvinding, da vi fik de forebyggende undersøgelser i svangerskabet. Det havde været rimeligt, at man udvidede det noget, så det ikke blot var sygdomme, der bliver taget hensyn til, men også tryghed og bedre forhold i graviditeten. En rådgivning og tilstrækkelig hjælp til gravide ville sikkert også bringe antallet af provokerede aborter ned.

Jeg vil også nævne betydningen af forebyggelse inden for de handicappedes område, specielt de psykisk handicappede. Det er meget vigtigt her med en tidlig diagnose, en tidlig konstatering af handicapet; den handicappede kan da betydelig bedre hjælpes. Det vil også få forældrene til tidligere at acceptere handicapet. Der burde også drives en sådan propaganda, at folk i almindelighed lærer at forstå de handicappede. Det ville betyde, at såvel de handicappede som forældrene blev mere funktionsdygtige i vores samfund.

Gennem de sidste ca. ti år har man været klar over, at der sker en forurening i vores samfund fra store fabrikker bl. a. Der har været rejst en folkestemning imod det, og det er lykkedes til en vis grad at bekæmpe forureningen. Det viser sig altså, at det er muligt at få befolkningen til at reagere. Man må notere, at medierne, f. eks. TV, har været aktivt med i kampen. Man har dog næsten glemt den største af vore forureningskilder, i hvert fald for vore lunger, nemlig tobakken.

I den forebyggende sundhedstjeneste skulle man mene at der var en rimelig mulighed for at få en folkestemning for, at der bliver truffet trafikforanstaltninger, så man undgår de meget svære kvæstelser, der specielt er tragiske, når de rammer børn, som er mere udsat for at få hjerneskadet end voksne; skaderne bliver i hvert fald mere indgribende hos børnene og betyder mere for dem end for de voksne. Danmark har en sørgelig rekord i trafikulykker, hvor børn er involveret.

Et sted, hvor jeg tror man kan forebygge meget, er blandt de mennesker, der som unge får en invalidepension. Man kan gøre det

[Inge Krogh]

ved at sikre dem et arbejde, som de føler de får noget ud af; derved ville man forhindre mange følgesymptomer, bl. a. psykiske, ved det at få en invalidepension.

Indenrigsministeren taler om at få oprettet et forebyggelsesråd, hvor der skal være repræsentanter for forskellige ministerier og ekspertise, bl. a. ministeriet for offentlige arbejder samt undervisningsministeriet.

Indenrigsministeren udtaler dog, at man som helhed ikke er interesseret i at oprette nye råd, og det er kristeligt folkeparti heller ikke. Det ville være naturligt, at sundhedsstyrelsen, som står midt i begivenhederne, og som har statistikker, dannede grundlaget i et sådant råd med nogle konsulenter fra de omtalte ministerier, måske specielt undervisningsministeriet og ministeriet for offentlige arbejder.

Indenrigsministeren siger, at sygehusvæsenet ikke skal udbygges videre i øjeblikket, og det kan jeg helt slutte mig til. Jeg vil dog gerne henlede opmærksomheden på, at det er et ønske hos befolkningen at bevare de sygehuse, der ligger nær deres bolig. I øjeblikket er spørgsmålet om Sankt Josephs Hospital i København i søgelyset, og en del ser med ængstelse hen til, at fødeafdelingen med tilhørende svangerskabskontrol og efterkontrol skal flyttes langt væk fra det nuværende sted.

Befolkningen ser i øvrigt også med nogen ængstelse på en rationalisering af apotekerne med nedlæggelse af apoteker i visse landdistrikter.

Det er her i tinget tidligere blevet diskuteret, at der ikke er plejehjemspladser nok, og at disse klienter derfor optager pladser i sygehussektoren. Det er desværre stadig tilfældet, selv om man udskyder det tidspunkt, hvor folk skal på plejehjem, ved en effektiv hjemmehjælp. Der er stadig kommuner, hvor patienterne efter at have været på en geriatrisk afdeling overføres til venteaftdelingen, der sorterer under indenrigsministeriet, og derfra til plejehjem, der ofte ligger langt fra deres bolig – det sorterer under socialministeriet – og så ønsker de til slut at komme hen på et plejehjem, der ligger nærmere deres bolig. Det er meget utilfredsstillende for de klienter, der er nødt til at være på plejehjem. Derfor er det vel nok et spørgsmål om at få den del af sundhedsvæsenet, der sorterer under indenrigsministeriet, sammenarbej-

det med den del, der sorterer under socialministeriet.

På centralt plan kan man tænke at der dannes den omtalte sundhedsblok, hvor indenrigsministeriets og socialministeriets områder inden for sundhedssektoren slås sammen. Det vil være absolut rimeligt. At hele socialministerens område går over til denne sundhedsblok, må dog anses for at blive for stor en enhed.

Det er meget vigtigt, at hele sundhedssektoren arbejder sammen i marken, altså at der er et nøje samarbejde mellem amternes sygehusudvalg og amternes social- og sundhedsudvalg.

**Schak Nielsen (DR):**

Ministerens lange redegørelse, som jeg i øvrigt takker for, om samfundets tilbud til borgerne på det sundhedsmæssige område er så omfattende, at det kan være lidt vanskeligt at holde enkelthederne fast til en samlet vurdering af hele sundhedssektoren, men man fik indtryk af mange menneskers og mange instansers store, seriøse indsats for at afhjælpe menneskets psykiske og fysiske belastninger. Man fik også indtrykket af, at den moderne civilisation har sin pris og sine skyggesider. Det er karakteristisk, at så snart vi var færdige med det, man vel kan kalde for fattigdommens sygdomme: ernæringsproblemer, tuberkulose o. lign., så kom velstandens sygdomme eller måske snarere vellevnedssygdommene, og det er egentlig en absurd situation.

Man kan godt filosofere, endda meget, over, om den moderne civilisation nu også har givet menneskene den kreative tilværelse, som vor klode og vor teknik giver mulighed for, og hvad der egentlig hindrer mennesket i i fuldt mål at nyde Jordens muligheder. Men retsforbundet hører ikke til dem, der ønsker sig tilbage til de såkaldt gode, gamle dage, men vil være med til at løse fremtidens opgaver også på det sundhedsmæssige og det sociale område. Men det kan kun blive nogle principielle betragtninger om vor holdning til hele sundhedssektoren, som vi i dag skal give udtryk for.

Det fremgår ikke helt af ministerens redegørelse, men man aner det, og det er vel også en kendt sag, at der er stærke kræfter, der vil have en fastere styring af hele sundhedssek-

[Schak Nielsen]

toen. Jeg vil advare imod en monopolisering på området. Et offentligt monopol kan være lige så belastende for forbrugeren som et privat monopol, selv om det oprettes i effektivitetens hellige navn. Lad det hele hellere være et tilbud til borgeren.

Der er også kræfter, der ønsker, at hele den praktiserende lægegerning skulle socialiseres. Vi vil også advare stærkt imod denne tendens. Sorteper i det spil bliver udelukkende patienterne, lægerne skal nok vide at placere sig på samfundsstigen. Jeg er ikke bekendt med konkurrence mellem de praktiserende læger, og det traditionelle tillidsforhold mellem lægen og hans patient er vel den allervigtigste faktor i sygdomsbekæmpelse og sygdomsforebyggelse.

Ministeren ville ikke være den gode partisoldat, hvis han ikke foreslog at føje en ny kommission til dem, vi i forvejen har, nemlig et såkaldt forebyggelsesråd, og al den stund det er bedre at forebygge end at helbrede, skal det såmænd nok blive vel modtaget. Men nytten af det vil aldrig nogen sinde kunne bevises og heller ikke modbevises.

Derimod var der en interessant ting, ministeren var inde på, nemlig det enkelte menneskes ansvarsfølelse over for sine nærmeste og over for sin egen person. Et personligt ansvar over for sin egen situation behøver ikke at have noget med egoisme i dette ords kedelige betydning at gøre. Samfundet kan komme med lige så mange tilbud, det skal være, af forebyggende og af helbredende art. Hvis det enkelte menneske ikke føler et ansvar over for sine nærmestes og sin egen situation, er det en helt umulig opgave at få sundhedstilstanden op på et nogenlunde tilfredsstillende niveau, og da navnlig med de kastrerede fødemidler og de giftstoffer og den hårde teknik, som vi omgiver os med. Her tror jeg nok, at samfundets almindelige tendens er, at det enkelte menneskes ansvar for sin egen situation er forflygtiget mere end ønskeligt er.

På sundhedssektorens område er der en tilbøjelighed til at tro mere på medikamentet end på nytten af egen indsats, men det skal naturligvis ikke hindre samfundet i at komme med de bedst mulige tilbud både til forskning, til videnskab og til det enkelte menneske.

Samfundet er en meget fin mekanisme, hvor hjulene med en sikker årsags- og virk-

ningssammenhæng griber fint ind i hinanden. Hvad betyder boligen ikke for sundhedssektoren? En god eller dårlig bolig er ofte afgørende for vor tilværelses kvalitet og for børnenes helbred hele livet.

Folketinget indførte uden alt for stor klogskab, må jeg sige, byggeomønsen for nogle år siden. Den har vel givet nogle penge i statskassen – det kan måske regnes ud i kroner og øre – og de kunne bruges i sundhedssektoren. Men hvad den har betydet for fordyrelse af boligen, forsinkelse af sanering og byfornyelse, arbejdsløshed og almindelige menneskelige ubehageligheder, overgår måske langt dette beløb og kan måske slet ikke måles i kroner og øre. Her er også en årsags- og virkningssammenhæng, der burde overvejes noget mere.

Arbejdsløsheden og den almindelige økonomiske depression vil i de kommende år give en stor stigning i både psykiske og fysiske sygdomme, en højst ejendommelig og absurd situation og i virkeligheden helt grotesk i et velfærdssamfund, som vi ynder at sige vi lever i. En lettelse i arbejdsløshedssituationen, en lettelse i boligsituationen og en lettelse i hele det økonomiske klima vil smitte af på sundhedssektoren og være løsningen på en lang række problemer inden for området.

Men gode ønsker og intentioner gør det viselig ikke alene. Der skal simpelt hen penge til. Jeg ved godt, at det ikke er god tone at tale om penge på det sociale og det sundhedsmæssige område, men hvis hver enkelt sektor inden for sundhedsvæsenet skulle have alle ønsker opfyldt, så var hele vort nationalprodukt ikke nær stort nok. Alene det giver begrænsninger, som adskillige fagfolk nok vil have svært ved at leve med, og her må vi så prioritere, så de allersvagest stillede – både fysisk og psykisk – får den højeste prioritet.

Helt realistisk skal hver eneste krone hentes hos skatteyderne, og man forstår godt, at de mange små og større skatteydere med de svindende erhvervsmuligheder får stress og anden dårligdom af at skaffe disse skatter; derved forstærkes presset yderligere på sundhedssektoren i en endeløs spiral, og derfor må ressourcerne og teknikken udnyttes med meget stor omtanke.

Vedrørende de tekniske hjælpemidler er der en tilbøjelighed til, at effektiviteten vokser



[Schak Nielsen]

ud over de menneskelige dimensioner. Det gælder også institutionsbyggeri, og det gælder måske navnlig hospitalsbyggeri. Kæmpehospitalet i jern, glas og beton, der er monumenter for vor tids tekniske kunnen, er skudt op overalt i landet. Amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner har fulgt ministeriets opfordring til at hæve standarden på hospitalsområdet. Københavns kommune har endda bygget sit nye hospital helt uden for kommunegrænsen.

Men kommunikationen må have svigtet noget på dette område, for samtidig med at Københavns amt og Københavns kommune har løst deres del af opgaverne, har staten sideordnet hermed projekteret og bygget et nyt rigshospital af de helt store dimensioner, vistnok på 1.875 senge, og der siges, at kun 500-600 af disse har egentlige rigshospitals- og undervisningsfunktioner. Her kan man godt spørge: hvem skal egentlig belægge resten af det store hospital, og hvem skal betale driften? Man kunne spørge videre: har Københavns kommune bedt om at få de 1.200-1.300 sengepladser, eller vil staten tvinge Københavns kommune til at opgive de små hospitaler, vel navnlig Sankt Josephs og Sundby hospitaler? Jeg tror, det har stor interesse for den københavnske befolkning, om de såkaldt små private hospitaler, der nok er gamle, men som er særdeles effektive, som er meget populære, og som har meget menneskelige dimensioner, skal nedlægges til fordel for betonklodsen på Blegdamsvejen, eller man regner med, at der er brug for dem alle.

Det er også vigtigt at få disse ting afklaret, hvis hovedstadsrådets hospitalsplan skal på plads inden for en rimelig tid. Skal Hvidovre hospitals tredje etape blive på tegnebrættet, og skal Herlev sygehus' sidste 8-9 etager stå som et spøgelsestårn meget lang tid endnu? Det er meget store investeringer, der her er tale om, så en snarlig afklaring er ikke blot ønskelig, men den er simpelt hen nødvendig.

Indenrigsministeren kunne bidrage væsentligt til denne afklaring eventuelt ved en samtale med undervisningsministeren, eller undervisningsministeren kunne måske selv give en redegørelse her i tinget for rigshospitalets placering i hovedstadsområdet hospitalsvæsen. Det ville i alt fald være meget ønskeligt.

**Tyroll (VS):**

Vi skal også fra VS' side give udtryk for tilfredshed med, at vi har fået denne redegørelse fra regeringen, selv om vi må sige, at også vi finder den ret tynd. Anvendelsen af ressourcerne inden for sundhedsvæsenet har længe trængt til en nærmere drøftelse, og vi skal give udtryk for tilfredshed med nogle af de intentioner, der i det mindste i ord kommer til udtryk i redegørelsen.

Det glæder det udtrykte ønske om en oprioritering af den forebyggende aktivitet; kun 5 pct. af midlerne i dag går til denne. Tilfredsheden blegner unægtelig noget, når vi må konstatere, at det er udtryk for simpel nød, at denne prioritering er fremkommet. Det er under pres af et ændret sygdomsbillede, det er sket.

Sygdomme som hjerte/kar-lidelser, kræft, psykiske og psykosomatiske lidelser, arbejds- og trafikulykker og arbejdsbetingede lidelser har jo erstattet andre sygdomme, epidemier og ernæringssygdomme. Det konstateres, at disse nye dominerende sygdomme i vidt omfang er en følge af det moderne samfund og i ringe udstrækning kan helbredes gennem behandling.

Stillet over for udviklingens pres er det altså nødvendigt med en ny målsætning, der baseres på en indgriben i miljøet, men det er netop i beskrivelsen af den forebyggende aktivitet, vi må se i øjnene, at der er langt mellem ord og handling, at der er udtrykt meget ringe vilje til reelt at beskæftige sig med disse samfundsmæssige årsager til sygdommene. Der er ingen konkrete ideer om indgrebenes art og ikke skygges af selvkritik, når det drejer sig om folketingets ansvar for den skæve sundhedsudvikling.

At dette er tilfældet, kan bl. a. ses, hvis man lægger mærke til, hvad der egentlig sker inden for boligmiljøet. Et eksempel på mangelen på forebyggende sundhedspolitik i boligområderne er situationen i den sorte firkant på Nørrebro i København. Der kan ganske sikkert hentes eksempler af lignende art i en række andre byer, men netop i dette område er der et materiale fra socialpædiatrisk ambulatorium på rigshospitalet.

I et indlæg i Ekstra Bladet den 27. april i år kunne ambulatoriet opføre, at der i de sidste 4 år har været kontakt med 98 familier, hvoraf 23 kom fra den sorte firkant og

[Tyroll]

var placeret i elendige boligforhold, der bl. a. er et resultat af saneringspolitikken.

En familie var for 2 år siden flyttet ind i en rummelig lejlighed i et forhus på Nørrebro. Ved indflytningen fik de at vide, at boligen var kendt bevaringsværdig ifølge saneringsplanen. Det betød endnu 20 års levetid for ejendommen normalt. Tidligere havde familien beboet dårlige og direkte sundhedsfarlige lejligheder med sygdomme til følge. I de sidste 2 år havde børnene praktisk talt ikke været syge, og de var faldet godt til i kvarteret. Lejligheden var i modsætning til de tidligere udstyret med bad og toilet. Nu må familien skifte bolig igen, fordi dens ejendom skal rives ned for at give plads for nyt byggeri på grunden. Huslejen vil stige til langt over, hvad de nuværende beboere vil kunne betale. En fornuftig modernisering ville have betydet en betalelig husleje. Nu bliver familiens rødder igen revet over, og hvad kommer den så til at bo i? Alene usikkerheden giver psykiske problemer.

En anden familie blev ved indflytningen gjort opmærksom på, at den måtte forvente huslejstigning på godt 100 pct. som følge af modernisering. Det viste sig at blive en huslejstigning på godt 600 pct. Desuden skulle der med en måneds varsel betales 11.000 kr. i forhøjet forudbetalt leje plus den første månedlige leje. Familien, enlig mor med tre børn, er på vej tilbage til trange og usunde forhold med tilbagevendende sygdomsproblemer og nervøsitet.

Det er konsekvenserne af den forkvælede boligpolitik, som regeringen bl. a. har lagt ryg til gennem diverse reaktionære boligforlig. Det er resultatet af hensynet til profitinteresserne i stedet for at lade sociale og sundhedsmæssige hensyn komme i første række i sanerings- og boligpolitikken i det hele taget. I dag rives bevaringsværdige ejendomme ned, mens brandfælder og saneringsmodne ejendomme bliver stående. Fupmodernisering og ejerlejlighedsspekulation driver simpelt hen rundt med familierne, og det er den politik, som man ser bort fra, når man laver redegørelser som denne fra regeringens side.

Desforuden kan der siges en hel del om det forebyggende arbejde i arbejdsmiljøet og den klasseproblematik, som også kommer til udtryk her. Fordelingen af de dominerende sygdomme i det nye sygdomsbillede er klart

klassebetonet. Udenlandske som danske undersøgelser – de sidste er dog ret sparsomme – viser klart dette. Med dårligt arbejde og lav social status, som det hedder, i det undertrykkende konkurrencesamfund følger f. eks. større risiko for psykiatrisk indlæggelse. Amerikanske undersøgelser viser det.

I New York er hyppigheden af forskellige psykiske fænomener i forskellige socioøkonomiske lag blevet undersøgt. Den procentdel, der er symptomfri, falder kraftigt med faldende social og økonomisk status. I højeste statuslag var således 24,4 pct. symptomfri mod kun 9,7 pct. i laveste statuslag. I højeste statuslag var procentdelen af psykisk handicappede tilsvarende 17,5 pct. mod 24,9 pct. i laveste statuslag.

Herhjemme findes der undersøgelser for tvangsindlagte patienter på psykiatriske hospitaler og for børns indlæggelser. De viser det samme billede. Om tvangsindlagte siger undersøgelsen, at ingen patienter tilhørte de tre øverste af i alt ni statuslag. 23 pct. tilhørte statuslag 4-6, der omfatter 41 pct. af befolkningen, og 77 pct. af patienterne tilhørte statuslag 7-9, der omfatter 59 pct. af befolkningen. Det er altså, ikke overraskende, de laveste statuslag, der er hårdest ramt.

En undersøgelse af børn indlagt på amtspsygehuset i Glostrup viste, at børn af forældre med lav social status havde dobbelt så stor indlæggeshyppighed på psykiatrisk afdeling som på kirurgisk afdeling, og omvendt havde børn fra hjem med høj social status tre gange så lav indlæggeshyppighed på psykiatrisk afdeling som på kirurgisk.

Undersøgelser af dødeligheden for forskellige erhverv peger i samme retning. De hårde, ensformige og ringe betalte job fører til stor overdødelighed. Det er ufaglærte specialarbejdere i forskellige sektorer og dernæst faglærte, det især går ud over. Det er det dårligt betalte, beskidte og støjende arbejde og den daglige umyndiggørelse, der slider. Det er de manglende muligheder for at bruge egne skaberevner og -trang i sociale sammenhænge. De er undertrykt af arbejdsgivernes eller igangsætternes, som de selv ynder at kalde sig, ret til at lede og fordele efter forgodtbefindende. De igangsætter på andres vegne og bremser dermed samfundets flertal. De igangsætter på bekostning af lønarbejderklassens sundhedstilstand og benytter sig af lønarbejderklassens manglende muligheder

[Tyrol]

for at overskue kapitalens profitorienterede magt over arbejdsgiverne og beslutningsprocesserne vedrørende produktion og ressourceanvendelse. En trøstesløs fremmedgørelse med indbygget identitetskrise. Det er en forudsagt krise for det kapitalistiske samfund, en uundgåelig menneskelig krise ved siden af den økonomiske. Et godt udtryk for kapitalismens selvdestruerende, men altså også menneskedestrerende udvikling.

I arbejdet pådrager lønarbejderne sig arbejdsskader og i stigende arbejdsløshed psykiske lidelser. Det er ufatteligt, at indenrigsministeren i sin redegørelse kan glide så udglattende og teknokratisk uden om disse klasse-mæssige problemer. Der tales om forebyggende aktivitet uden indhold og kun i en meget begrænset del af redegørelsen. Nødvendigheden af at føre en effektiv kamp mod arbejdsløsheden og den omfattende usikkerhed, der er en følge af det kapitalistiske system, omtales overhovedet ikke. Det er abstrakt, teknokratisk forebyggelsesnak.

En central løsning skulle ifølge redegørelsen udgøres af det nye hokuspokusmiddel sundhedspædagogik. Det enkelte menneske skal lære, som det siges, at det selv har betydelige muligheder for at påvirke sin og andres sundhedstilstand og dermed har et medansvar for denne. Hulheden lyser ud af dette, når regeringens egne aktiviteter og de samfundsmæssige realiteter tages i betragtning. Er det en opfordring til, at beboerne skal tage hånd om deres egne sundhedsproblemer ved at lave blokade over for fupmoderniseringer og ejerlejlighedsudstyknings, der truer med at flytte dem over i usunde og snævre boliger? Nej. Politiaktionerne viser, at det ikke er tilfældet, og at boligforligene prioriterer profitinteresserne. De støtter økonomisk, fysisk og psykisk vold mod beboerne. Er det en opfordring til, at arbejderne stopper ethvert arbejde, hvor sundhedsforholdene kan drages i tvivl? Er det en opfordring til, at arbejderne tager hånd om sundhedsproblemerne ved at lave en arbejderstyret bedrifts-sundhedstjeneste til at modvirke og bekæmpe de klassebetonede sundhedsproblemer? Nej. Nedlægger arbejderne arbejdet på liv, ære og velfærd-paragraffen i hovedaftalen, står socialdemokratiske fagpampere oftest klar til at lade sagen afgøre ved faglig voldgift og arbejdsret.

Regeringens holdning til VS' forslag om en arbejderstyret bedrifts-sundhedstjeneste, som blev afvist, viser ligeledes hulheden i det nye begreb sundhedspædagogik.

Arbejderklassen skal ikke vente den store støtte fra socialdemokratiet til at vinde kontrollen med egen sundhedstilstand. Kapitalens og arbejdsgivernes magt og interesser beskyttes i stedet for. VS' forslag til revision af miljøloven blev afvist af regeringen af samme årsag. Sigtet i forslaget var klart sundhedsfremmende, men regeringen beskyttede kapitalisternes interesser. Forslaget fra VS omkring arbejdsmiljøloven blev ligeledes afvist med den samme målsætning.

Eksempel på eksempel kan trækkes frem på, at socialdemokratiets reelle vilje til forebyggende sundhedsarbejde og til at give lønarbejderne mulighed for at påvirke egen og andres sundhedstilstand er pantsat hos kapitalisterne og hos de borgerlige partier. Talen om den enkeltes medansvar for egen sundhedstilstand er således kun en ny udgave af de apparatfejlholdninger, der hidtil har præget sundhedspolitikken og forskningen, dvs. at årsagen til sygdom tillægges den enkeltes fysik og psyke og ikke så meget ses som samfundsskabt. Nu skal det være manglende ansvarlighed hos den enkelte, der er årsagen, altså igen en apparatfejl, og det på trods af at ansvaret ikke kan omsættes i handling uden at blive mødt med repressalier.

Den forebyggende aktivitet tænker indenrigsministeren da også skal ske gennem et centralistisk råd for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, et såkaldt forebyggelsesråd. Rådets referencelinje skal være afgivelse af indstilling til indenrigsministeren via sundhedsstyrelsen. Den sædvanlige tunge, konserverende arbejdsgang. Brugerinteresserne kan dog tænkes at få en placering i rådet, siges der.

Via dette råd skal der så øves indflydelse på forebyggende aktiviteter i andre forvaltningsområder. Skal det have indflydelse på boligforligene? Næppe. Skal det have indflydelse på lovgivningsmagtens tilbagevendende miskmaskforlig på arbejdsmarkedsløvgivningsområdet? Næppe. Det skal nok vise sig at være kejserens nye klæder om igen. For lønarbejderklassen er der ikke andet at stille op end at opbygge handlekraft i boligområderne og på arbejdspladserne og tage inden-

[Tyroll]

rigsministeren på ordet og selv tage ansvaret for egen og andres sundhedstilstand.

Men forebyggelsen udgør en mindre del af redegørelsens indhold. Den største del er præget af ønsket om en mere effektiv anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Der ligger helt klart besparelsesinteresser i dette for at undgå udviklingen af for store modsætninger ved den nedskæringspolitik, som ellers har præget billedet inden or sundhedssektoren i de seneste år.

Men også fra VS skal vi give udtryk for et klart ønske om at få gennemført en omprioritering. VS ønsker langt større vægt lagt på den primære sundhedstjeneste, dvs. den del, som befolkningen først kommer i kontakt med. Det er den praktiserende læge, hjemme-sygeplejere, fysioterapeuter m. fl., altså alle sundhedsarbejdere, der ikke primært er knyttet til den sekundære sundhedstjeneste på hospitalerne. Denne satsning på den primære sundhedstjeneste hænger sammen med VS' målsætning: at forebygge og forbedre lønarbejderklassens sundhedsproblemer ved i planlægningen og udviklingen af de forskellige samfundsområder at tage hensyn til de sundhedsmæssige konsekvenser. Det forudsætter en mobiliseret og organiseret befolkning, der har magt og indsigt til selv at træffe beslutninger og prioritere hensynet til sundhed og trivsel i planlægningen af den samfundsmæssige udvikling.

Den primære sundhedstjeneste skal være redskab for denne målsætning. Det betyder nødvendigvis en omorganisering, så der kan opnås kontrol med dens virke i forhold til arbejdsmiljøet, boligområdet, byplanlægningen, levnedsmiddelområdet osv. Den primære sundhedstjeneste skal fungere som forebyggende og behandlende instans og organiseres decentralt, dvs. på de steder, hvor folk opholder sig i bolig og på arbejdspladser.

I boligområderne tænker vi på sundhedshuse med forskellige sundhedsarbejdere tilknyttet, bl. a. læger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, fysio- og ergoterapeuter, psykologer, tandlæger og miljøteknikere.

Vores mere langsigtede målsætning er at opbygge organer valgt direkte i boligområderne, som skal have fuld kompetence til at fastlægge indholdet i det lokale sundhedsarbejde; ansættelser og afskedigelser tænkes også lagt dér. Mere aktuelt ønsker vi offentlig ansættelse af de praktiserende læger og

afskaffelse af akkordsystemet i aflønningen eller betalingen af dem. Antallet af praktiserende læger må øges. Selv om der ikke direkte har været tale om nedskæringer, er der til gengæld ikke sket den nødvendige udbygning. Antallet har været ret konstant, 2.120 i 1956, 2.200 i 1970 og 2.417 i 1975. Det er den sekundære sundhedstjeneste, der har haft den voldsomme ekspansion, og også den, der giver problemer for øjeblikket.

VS ønsker ligeledes en udvidelse af sundhedsplejerske- og skolelægeordningen samt genindførelse af lægetilsynet i daginstitutionerne og de profylaktiske børneundersøgelser. I det hele tager ønsker vi, at det forebyggende arbejde i sundhedssektoren først og fremmest kommer til at bestå af en op søgen og imødegåelse af sygdomsårsager og ikke blot af en række tilbud, som det viser sig at arbejdsklassen har vanskeligere ved at benytte sig af end borgerskabet. Vores omtalte forslag til bedriftssundhedstjeneste er et eksempel på, i hvilken retning vores målsætning går.

Omkring den sekundære sundhedstjeneste, hospitalerne, må vi sige, at den skal være en opbakning af frontarbejdet, og det vil sige, at nedskæringer på sygehusene kun vil være acceptable, hvis de bliver konsekvenser af en effektiv sygdomsforebyggelse i samfundet. VS er imod den centralisering, der gennemføres. Et decentraliseret hospitalsvæsen med flest muligt lokale sygehuse medvirker til, at patienterne bevarer kontakten med deres lokale miljø, og det forbedrer mulighederne. Vi er da meget interesseret i at finde ud af, hvordan og hvorledes indenrigsministeren vil sikre den brugerinteresse, der bliver nævnt i betænkningen, f. eks. i tilfælde af, at man forsøger at nedlægge Sankt Josephs Hospital eller andre hospitaler rundt omkring i landet af lokal art med særlig opsøgende funktioner og bedre muligheder for kontakt med den lokale befolkning. Men det må jeg vende tilbage til i en senere runde.

#### **Indenrigsministeren (Egon Jensen):**

For ikke at glemme det skal jeg sige tak til hr. Tyroll, fordi han trods alt mener, at vi skal gøre en forebyggende indsats. Dernæst må jeg sige, at vurderingen af betænkningen og min redegørelse som sædvanlig er på et meget lavt plan, men jeg beundrer i og for

[Indenrigsministeren]

sig hr. Tyrolls ordforråd. Jeg kunne godt tænke mig at have lige så stort et ordforråd, men mange af de ting, hr. Tyroll sagde, var ting, som jeg ikke umiddelbart kunne forstå.

Må jeg dernæst generelt takke ordførerne for de bemærkninger, der er gjort om redegørelsen. Jeg synes, at den i almindelighed er blevet venligt modtaget. Det er klart, at der er nuancer og forskelligheder i opfattelsen af, hvordan man skal vurdere dels denne betænkning, dels den redegørelse og de kommentarer, jeg har givet.

Flere ordførere har været inde på socialisering og mange andre ting, og her vil jeg gerne understrege, for at der ikke skal være nogen tvivl om det, at min redegørelse er ikke et socialdemokratisk sundhedspolitisk oplæg; det kommer ved en senere lejlighed, når kongressen har taget stilling til et sådant oplæg. Det, det drejer sig om, er en vurdering af og en kommentar til prioriteringsudvalgets betænkning, og jeg vil gerne benytte lejligheden til at sige tak til udvalgets medlemmer for et stort og dygtigt arbejde. Samtidig må jeg huske at sige til hr. Grove, at det var ikke 4 år, betænkningen var undervejs, men 2 år og 3 måneder, og det er hurtigt for en betænkning af dette omfang.

Må jeg dernæst sige tak til dem, der har taget imod tanken om et forebyggelsesråd. Der har været nuancer med hensyn til, hvordan man ønsker det sammensat, men det får man jo lejlighed til at tage stilling til, når et lovforslag fremkommer.

Jeg må yderligere sige, at formålet med redegørelsen var også at høre, hvad partierne mente om det arbejde, der er udført, så vi derigennem kunne få impulser til senere initiativer.

Der har også af nogle af ordførerne været nævnt tal vedrørende investeringerne på sygehusområdet. Lad mig sige, at investeringerne inden for sygehusvæsenets område er faldet fra omkring 2 mia. kr. indtil 1970erne til nu ca. 700 mill. kr., og der vil stadig være tale om et fald hen ad vejen.

Hvis man ser på sygehusenes driftsudgifter, var der tidligere, i 1960erne, en stigning på mellem 7 og 8 pct., og nu ligger det sådant, at udgifterne stiger med omkring 1 pct. Det vil sige, at der er foretaget en ret stærk rationalisering, og at den stærke vækst i udgifterne slet ikke er til stede mere.

Jeg vil gerne sige tak til hr. Camre for tilslutningen til forebyggelsesrådet – ikke fordi den var fremmed for mig – og for bemærkningen om, at referencen skulle gå direkte til indenrigsministeren. Det var også andre ordførere inde på, og det har jeg taget ad notam. Kontakten til sundhedsstyrelsen finder vi nok ud af.

Når det drejer sig om det fælles patient- og klientunderlag, som hr. Camre var inde på, er jeg enig i, at vi skal forsøge noget sådant, og jeg mener også, at familielægeordningen er en ting, som vi i allerhøjeste grad skal bevare.

Hr. Erlendsson var inde på spørgsmålet om statistikken og mente ikke, at man skulle udbygge den så meget. Må jeg sige til hr. Erlendsson, at det med tb var jo ikke et skoleeksempel på den statistik, man manglede; den statistik, man i høj grad har brug for, er en statistik, der skal danne basis for en forebyggende indsats. Her tror jeg ikke jeg kan være uenig med hr. Erlendsson.

Det er rigtigt, at når det drejer sig om trafikulykker, skal der gøres en yderligere indsats ikke bare lovgivningsmæssigt, men også ad pædagogisk vej.

Hr. Erlendsson sagde, at lægerne skulle sådan set have lov til at virke, og man skulle ikke tage en hel masse med udefra. Må jeg sige til hr. Erlendsson, at læger er også kun en slags mennesker som os andre, og jeg tror, at læger har godt af at have kontakt med og få råd og vejledning fra andre om andet end lige netop det, de ved fra deres lægegerning. Det praktiske liv er jo noget mere, men jeg tror i og for sig ikke, vi er så langt fra hinanden.

Når det siges fra hr. Erlendssons side, at vi skal nedsætte reformtakten, må jeg gøre opmærksom på, at det er allerede sket. Det er meget, meget småt med reformer, og jeg kunne godt ønske mig betydelig større midler. Reformtakten inden for sygehusvæsenet kan man vist ikke tale om er særlig høj.

Hr. Erlendsson var endelig inde på, at sygehusene måske havde for flotte hotelmæssige faciliteter. Jeg tror ikke på, at man skal bygge sygehuse, som ikke er tidssvarende, de skal jo ligge i 50–100 år. Lad os se, hvordan de så ser ud, når vi kommer så langt hen ad vejen. Jeg tror i øvrigt, at Herlev sygehus, som er et stort sygehus, betragtes som et af

[Indenrigsministeren]

de sygehuse, der har det mest patientvenlige miljø.

Hr. Svend Erik Hovmand var ked af, at han ikke havde fået redegørelsen før for nogle få dage siden. Jeg beklager, at det er sket for hr. Svend Erik Hovmands vedkommende, idet redegørelsen blev uddelt onsdag før Kristi himmelfartsdag, men jeg glæder mig så meget mere over, at hr. Svend Erik Hovmand alligevel har haft mulighed for virkelig at læse redegørelsen igennem.

Vi får selvfølgelig senere debatter om konkrete forslag, men når hr. Svend Erik Hovmand var inde på spørgsmålet om de store sygehuse, der var bygget, må jeg sige både til hr. Svend Erik Hovmand og til andre ordførere, at de store sygehuse, som er bygget – det drejer sig om Hvidovre sygehus og om Herlev sygehus – har været planlagt for 10–15 år siden, altså på et tidspunkt, da der ikke fandtes nogen central lovgivning om sygehusplanlægning, og det er i hvert fald ikke noget, man, om jeg så må sige, kan bebrejde den nuværende indenrigsminister. I øvrigt har næsten alt sygehusbyggeri været standset i flere år, og intet f. eks. i Storkøbenhavnsområdet bliver sat i gang, før vi har en overordnet hospitalsplan for selve Storkøbenhavn.

Når hr. Svend Erik Hovmand taler om forebyggelse og de betingelser, som man stiller fra venstres side, og ligesom harcelerer over, at jeg ikke kommer med et socialdemokratisk oplæg, må jeg sige, at med hensyn til familielægen er vi enige. Når hr. Svend Erik Hovmand taler om oplysning, er vi enige. Når det er spørgsmålet om trafik og bolig, er vi enige. Når det drejer sig om decentralisering, er det gennemført ved, at sygehusene er lagt ud til amtskommunerne. Når det drejer sig om frihed for de praktiserende læger, har jeg ikke lagt op til, at de skal statsansættes, men peget på, at man ikke på længere sigt kan affinde sig med, at praksistilrettelæggelsen ikke er tilfredsstillende for befolkningen. Når hr. Svend Erik Hovmand siger, at der skal være fri adgang for praksisoprettelse, må jeg sige, at det kommer til at gå ud over de små samfund, for lægerne nedsætter sig ikke i de små samfund, men de steder, hvor de har muligheder for at få et reelt og et nært patientunderlag.

Jeg er helt enig med hr. Svend Erik Hovmand i, at personalet skal inddrages i res-

sourceudnyttelsen. Det siges også i redegørelsen.

Hr. Svend Erik Hovmand var yderligere inde på sygehusplanlægningen og sagde, at hvis der skulle være mere central planlægning, sagde man fra, eller man var i al fald meget forsigtig. Nu må jeg sige, at når det drejer sig om de små sygehuse, og det var særlig dem, hr. Svend Erik Hovmand var inde på, har der aldrig i de vejledende retningslinjer for sygehusplanlægningen stået noget som helst om, at de skulle nedlægges. Der har tværtimod stået, at sygehusvæsenet skulle gøres til en samordnet virksomhed, en funktionel virksomhed, og at man skulle indpasse de små sygehuse med deres funktionsmuligheder. Det synes jeg også i høj grad er blevet fulgt mange steder. Der er altså ingen direktiver herfra om de små sygehuse.

Når det drejer sig om apotekerne, har jeg tidligere sagt i kommunaludvalget, at der ikke er nedlagt nogen apoteker i den senere tid, og jeg har givet besked om, at indtil den nye apotekerlov er vedtaget, må vi fare med megen lempe. Jeg vil også gerne gøre bemærkning om, at når det drejer sig om apoteker, er der mange, der har den opfattelse, at et A-apotek, altså et udsalg, i forhold til et hovedapotek skulle være noget ringe. Den eneste forskel på et A-apotek og et hovedapotek er, at der ikke er en apoteker direkte på stedet, og derved spares en driftsudgift på 140.000–150.000 kr.

Hr. Svend Erik Hovmand var også inde på spørgsmålet om tandlægebehandling. Må jeg sige, at den betænkning, som foreligger om tandlægeproblemerne i samfundet, tager ikke stilling til, om behandlingen skal foregå i offentlig eller i privat regie. Det er en af de mørke pletter i vores sundhedsvæsen, at vi ikke har en ordning inden for tandlægeområdet, der er lige så god som de øvrige ordninger inden for sundhedsvæsenet. Her gælder desværre i mange tilfælde ordene: har du penge, så kan du få, har du ingen, så må du gå. Når man ved, hvad det betyder for det enkelte menneskes fysiske og psykiske velvære at have et ordentligt tandsæt, er det uheldigt, at vi på det område er temmelig langt bagefter. Vi har nået noget, men der er meget at indhente endnu.

Hr. Grove syntes, det var en tynd kop te, så da hr. Grove var på talerstolen, slog jeg ørerne ud i fuld bredde og tænkte: nu får jeg

[Indenrigsministeren]

virkelig nogle ting at høre, som vi konstruktivt kan arbejde videre med. Men jeg må sige, at jeg fik faktisk ikke noget. Jo, jeg fik en tak for redegørelsen, og så fik jeg besked om, at det havde taget alt for lang tid, og at der hverken var det ene eller det andet endnu. Det eneste var et lille råd, som man ville nedsætte, og som jeg forstod at hr. Grove gik ind for med visse modifikationer. Jeg må sige, at hvis hr. Grove ville læse redegørelsen grundigere igennem, bl. a. hvor jeg citerer udvalgets forskellige konklusioner, tror jeg nok, han ville finde ud af, at det er mere end bare en tynd kop te.

Det var ikke udvalgets opgave at prioritere. Det var heller ikke udvalgets opgave at angive rækkefølgen. Hr. Grove taler om, at man skal se nærmere på overlægens rolle på sygehuse, men hr. Grove ved jo, at i dag er ledelsesfunktionen på et sygehus heldigvis en helt anden, end den var før, og det gælder formentlig også det amt, hr. Grove kommer fra.

Jeg mener heller ikke, at et forebyggelsesråd skal presse ting ned over hovedet på folk. Den eneste vej er oplysning, oplysning og atter oplysning, at man prøver at påvirke ad denne vej og så ser, hvor vi særligt kan sætte ind.

Gratisprincippet var det ikke udvalgets opgave at tage stilling til, men hr. Grove foreslog, at vi måske skulle tage en dag til en konference om sundhedsvæsenets problemer. Jeg vil meget gerne give tilsagn om, at vi bruger en hel dag til at beskæftige os med disse problemer.

Fru Yvonne Herløv Andersen var inde på spørgsmålet om kriteriet for hjernedød, og det er jo et spørgsmål, som er uhyre vanskeligt. Det drejer sig også om spørgsmål i forbindelse med justitsministeriet, men det er en af de bemærkninger, jeg har noteret mig.

Fru Yvonne Herløv Andersen var også inde på spørgsmålet om tandplejen, og det har jeg gjort nogle bemærkninger om.

Fru Yvonne Herløv Andersen var inde på, om man skulle nedsætte moms på fødevarerne, om det måske i en vis forstand kunne virke forebyggende. Jeg tror ikke, vi har nogen som helst garanti for, at en nedsættelse af moms på fødevarerne fører til noget i den retning.

Men fru Yvonne Herløv Andersen har ret i, at efterbehandling af psykiatiske patienter

er et problem, vi i allerhøjeste grad må være opmærksomme på. Vi må sikre den bedst mulige efterbehandling på psykiatiske hospitaler, og gennem vejledningen om psykiatrisk sygehusbehandling må man efterhånden nå frem til også at få orden på dette område.

Jeg er enig med fru Yvonne Herløv Andersen i, at operationsstuer og ambulatorier skal udnyttes bedre. Det er både et overenskomstmæssigt spørgsmål og et spørgsmål om økonomi, men jeg tror, det er rigtigt, at vi prøver at få udnyttet vore sygehuse på en bedre måde, på tidspunkter, hvor de, der går på arbejde, har mulighed for at komme der.

Fru Ebba Strange var inde på, at man ikke skulle spare, og det er heller ikke nedskæringer, udvalget er kommet med. Men hvis man kan spare behandling, sparer man også samfundet for udgifter. Det er ikke dermed sagt, at pengene ikke bliver brugt til sygdomsbekæmpelse, men vi må alle sammen være interesserede i, at behandling kan undgås ved, at sygdommene bliver forebygget. Der er altså ikke tale om nedskæring, men der er tale om en bedre udnyttelse af midlerne.

Fru Ebba Strange var også inde på en politisk erklæring om, hvad der var årsag til sygdommene, og det skal jeg i og for sig ikke kommentere. Når det drejer sig om sundhedsplejerskerne og om personalets inddragelse i ledelsen af hospitalerne, har jeg udtrykkelig gjort opmærksom på noget sådant. Sundhedsplejerskemangelen agter vi at afhjælpe ved, at uddannelseskapaaciteten øges fra 80 til 120.

Jeg forstod på hr. Freddy Madsen, at han ikke kunne støtte forebyggelsesrådet, hvis det bestod af tjenestemænd og specialister. Vi er altid til at tale med om sammensætningen af et sådant forebyggelsesråd, og hvis jeg på den måde kan få tilslutning fra hr. Freddy Madsen, finder vi nok også en vej på det område.

Hr. Bernhard Baunsgaard bragte en tak til mig, og jeg forstod også til udvalget, men havde nogle ret så sarkastiske, kritiske og, om jeg så må sige, negative bemærkninger om sygehussektoren.

Jeg synes, det var rigtig uretfærdigt over for dem, der gør et arbejde inden for sygehusvæsenet. Der var ingen koordination af sundhedsvæsenet, når det drejede sig om socialministeriet og indenrigsministeriet. Må

[Indenrigsministeren]

jeg gøre opmærksom på, at der findes koordinationsudvalg nedsat, og jeg har udtrykkelig sagt, at man yderligere skal samarbejde. Det er ikke sådan, at socialministeriet foretager ting, som indenrigsministeriet ikke bliver gjort bekendt med, og det er ikke sådan, at vi gør noget, uden at socialministeriet får underretning derom. Når vi forhandler på massevis af områder, samstemmer vi det, der bliver lagt frem, så det er ikke sådan noget, der bare sker i blinde.

Så siger hr. Bernhard Baunsgaard, at der er ingenting sket siden 1971, da vi udsendte de vejledende retningslinjer – det var i øvrigt en konservativ indenrigsminister, og det blev tingene såmænd ikke dårligere af. Men hvad havde man egentlig forestillet sig? Det, der skulle ske fra 1971 til i dag, hvor vi ikke er helt færdige, var, at man skulle færdiggøre sygehusplanerne i amtskommunerne. Det er da klart, at sundhedsstyrelsen, sygehusrådet, indenrigsministeriet, og hvad der i øvrigt er med, løbende justerer disse vejledningsplaner, bl. a. også på de små sygehuses område, for at få dette til at køre på den bedst mulige måde. Så jeg synes, det er uretfærdigt at sige, at der ingenting er sket. Skulle man lave nye vejledninger hvert år for sygehusvæsenet, blev det bare én forvirring. Jeg mener, det er rigtigt, at man har lavet en grundlæggende vejledning, og en vejledning vel at mærke, der taler om, at man skal have et samlet sygehusvæsen.

Når så hr. Bernhard Baunsgaard taler om – sådan forstod jeg det – at hvis de har en ting i Ringkøbing amt, vil Århus amt også have det – jeg tror, det normalt er omvendt – er det jo ikke tilfældet mere. Det var, da der ikke var nogen sygehusplanlægning, byen sagde: hvis den by har så meget, skal den anden by også have. Vi har nedsat et centralt visitationsudvalg, som skal se på landsdels- og landsspecialer, så man inden for det enkelte amtsområde sørger for, at patienterne bliver sendt derhen, hvor de får den bedste behandling, men at man ikke overlapper ved, at sygehusene skal have alle mulige specialer og funktioner. Det har vi ikke råd til, så den udvikling, hr. Bernhard Baunsgaard peger på, passer heldigvis ikke i dag.

Så sagde hr. Bernhard Baunsgaard noget, som næsten fik mig til at falde ned af stolen. Hr. Bernhard Baunsgaard sagde nemlig, at 75 pct. af sengepladserne var optaget af ple-

jepatienter. Det vil sige, at kun én af 4 patienter, der er indlagt, er normal patient. Må jeg gøre opmærksom på, at tallet er ikke 75 pct., det ville være helt uhyrligt, det er 7,5 pct., men det er jo også kun et komma.

På fru Inge Krogh forstod jeg, at sundhedsstyrelsen skulle være forebyggelsesrådet. Jeg er ikke sikker på, at det er den rigtige måde at gøre det på, jeg tror ikke, sundhedsstyrelsen har mulighed for det. I øvrigt er vi ved at gennemgå sundhedsstyrelsens organisation og struktur i samklang med indenrigsministeriets og sundhedsstyrelsens forskellige arbejdsområder.

Jeg forstod slet ikke hr. Schak Niensens bemærkning om partisoldaten. Nu er jeg i og for sig stolt over at være partisoldat, når det drejer sig om socialdemokratiet, men jeg forstod slet ikke bemærkningen her: at jeg som god partisoldat fremsatte et forslag om et forebyggelsesråd. Ja men, hr. Schak Nielsen, det er et tværpolitisk udvalg, der anbefaler noget sådant. Hvordan kan man så få det til at rime med, at det skulle være partisoldaten, indenrigsministeren, der bare kommer med forslaget?

Så må jeg sige, at jeg synes også, at hr. Schak Nielsen skød langt over målet, da han talte om alle disse kæmpehospitaler, der skyder op rundt omkring. Jeg sagde før – og det gik jeg ud fra at hr. Schak Nielsen lagde mærke til – at Herlev og Hvidovre sygehus er planlagt for 10–15 år siden. Spørgsmålet om Hvidovres tredje etape tages der ikke stilling til, før vi har en hovedstadsplan. Vedrørende spørgsmålet om Herlevsygehuset er det klart, at man ikke for tid og evighed kan have et stort sygehus med ti etager, der ikke er udnyttet, så det bliver vi i det hele taget nødt til at se på. Og så vil jeg i øvrigt sige, at vi ikke skal tvinge København til at overtage det. Vi skal have orden på hospitalsplanlægningen i Københavnsområdet, og rigshospitalet skal udnyttes til den kapacitet, det har.

**Formanden:**

Vi går nu til anden omgang, hvor taletiden for ordførere er indtil fem minutter, og jeg anmoder de ordførere, der ønsker ordet, om at melde sig.

**Erlendsson (FP):**



[Erlendsson]

Indenrigsministeren var så elskværdig i dag næsten ikke at misforstå mig, eller i hvert fald kun meget lidt. Jeg var også selv, mener jeg, meget elskværdig i min stillingtagen til ministerens redegørelse, men det behøver jeg sådan set ikke at rose mig af, for der var meget fornuftigt i den redegørelse.

Indenrigsministeren kom ind på min omtale af de servicefunktioner, som er knyttet til sygehuse og opgave som egentlige hoteller. Der er jo de to funktioner på et sygehus, at dels skal patienterne behandles, dels skal de opbevares. Tit fejler de ikke så meget, men skal bare være i nærheden, for at man kan få fat på dem, når undersøgelserne skal foretages. Derfor gjorde man jo også det i ældre tid, at man lagde dem i seng med det samme – så vidste man, hvor man havde dem. Det finder man sig ikke i så høj grad i i dag, som man gjorde tidligere. Nu skal der lidt bedre begrundelse til.

Det, jeg tænkte på med hensyn til servicefunktionen, var, at selve organiseringen af den ser ud til at være meget indviklet og besværlig mange steder. Jeg har selv været ude for, at der fra kl. 7.30 til 14 var 24 forskellige inde hos mig med et eller andet eller for at tilbyde mig et eller andet eller fratage mig et eller andet, og da jeg udtrykte min overraskelse over det til forstanderinden, så sagde hun, at det var den nye runde, og at den fungerede ganske storartet. Disse servicefunktioner er meget ofte planlagt efter en spidsbelastning, som centeres omkring opvågnings-tiden, hvor der skal ske forskellige mindre betydningsfulde ting, som naturligvis skal ske, det hører simpelt hen med til det at opholde sig dér. Når det så er overstået, kommer der en lang, død periode, hvor man diskuterer patienterne og sætter sig ind i forskellige forhold, og det skal naturligvis også til, men det foregår også på en meget hyggelig måde og tager tit meget lang tid. Jeg mener, at man skal se meget nøje på disse hotellservicefunktioner. Jeg mener, at der er meget store muligheder for at rationalisere på dette punkt.

Med hensyn til statistikken så advarede jeg bare mod at hengive sig til overflødige undersøgelser, hvor vi allerede har tilstrækkelig viden til at gribe ind, og det mener jeg at vi har med hensyn til de mange ulykkelige ting, som sker på det trafikale område. Der mener jeg vi straks kan gøre noget, som vir-

kelig vil batte, både for at undgå disse ulykker og for at aflaste de tunge afdelinger, som er meget kostbare, hvad enten det gælder sygehusafdelinger eller plejehjemsafdelinger.

#### **Svend Erik Hovmand (V):**

Jeg vil gerne have lov til at takke ministeren, fordi han så positivt gik ind i dialogen omkring de synspunkter, som vi havde fremsat fra venstres side.

Jeg har et par spørgsmål, som jeg gerne vil have yderligere uddybet, for det første ét om de små sygehuse. Ministeren siger, at der intet står i vejledningerne om, at de små sygehuse skal nedlægges. Der står derimod noget om, at man skal sikre en samordning. Jeg vil gerne have ministerens bekræftelse på her i dag, at de vejledninger, som har taler om i oplægget, ikke vil gøre det vanskeligere for de små sygehuse at bestå i fremtiden. Det var just det, jeg berørte, da jeg sagde, at hvis vejledningerne har til formål at gøre det vanskeligere for de små sygehuse at bestå i fremtiden, så vil de ikke blive udsendt med venstres tilslutning.

Når jeg har hæftet mig lidt ved dette spørgsmål, så er det, fordi jeg har set en række eksempler – og jeg nævnte ét af dem, nemlig spørgsmålet om fødslerne – på, at vejledningerne har bidraget til, at de små sygehuse fik meget vanskelig ved at bestå. Ministeren er formentlig selv bekendt med den debat, der foregår visse steder i landet i øjeblikket, hvor folk befrygter, at man »udsulter« de små sygehuse, når det drejer sig om fødsler, og at man så på længere sigt faktisk via en vejledning lukker de små sygehuse.

Jeg vil også gerne stille ministeren et direkte spørgsmål om apotekerne. Jeg havde egentlig opfattelsen af efter samrådet i kommunaludvalget i går, at det var en meget klar tilkendegivelse fra ministeren, at der ikke ville blive nedlagt apoteker, og at der heller ikke ville blive foretaget nedklassificering af apoteker, før vi fik vedtaget en ny apotekerlov. Nu siger ministeren her fra talerstolen, at man vil fare med lempe, indtil en ny apotekerlov er blevet vedtaget. Jeg vil gerne vide, hvilken af de to forklaringer vi skal tro på, og opfordrer ministeren til her i dag at give os et tilsagn om, at der ikke vil blive nedlagt apoteker og ikke vil blive nedklassifi-

[Svend Erik Hovmand]

ceret apoteker, indtil vi får vedtaget en ny apotekerlov. Efter min opfattelse skal det heller ikke ske i fremtiden, men så har vi i hvert tilfælde sikret dem så længe.

Endelig er der spørgsmålet om tandlæger. Jeg spurgte ministeren i mit oplæg, om tandlæger i fremtiden skal fungere i offentlig eller i privat regie. Jeg fik at vide af ministeren, hvad jeg vidste i forvejen, at betænkningen ikke tog stilling til dette spørgsmål, men jeg efterlyser ministerens stilling til dette spørgsmål.

Lad mig så slutte med at sige, at jeg ikke – så har man i hvert fald misforstået mig – har villet harcelere, som ministeren sagde, over forskellen mellem ministerens holdning og den holdning, der er udtrykt i det socialdemokratiske sundhedsoplæg. Ministeren må tværtimod gerne opfatte det som en kompliment i det omfang, der er en difference mellem ministerens opfattelse og den opfattelse, man må få af dette oplæg.

**Grove (KF):**

Det glæder mig, at ministeren ser positivt på muligheden for at arrangere en konference, hvor vi kan diskutere tingene yderligere og uddybe dem. Vi kan være enige eller uenige om det grundlag, vi diskuterer her i dag, men jeg havde egentlig forstået det sådan, at ministeren var enig med mig i, at det, vi skulle diskutere, såmænd ikke var den konservative sundhedspolitik eller den socialdemokratiske sundhedspolitik, det var prioriteringsproblemerne. Det er da klart, at vi også er ved at være klar med vores oplæg til, hvordan vi ønsker fremtidens sundhedspolitik, og så kan vi jo også mødes til den diskussion en dag.

Jeg har kun ét spørgsmål. Ministeren nævnte den nye apotekerlov. Jeg har da også hørt rygter om den nye apotekerlov og har også læst nogle bemærkninger om den hist og her, men vi har jo ikke her i folketinget set skyggen af den endnu, og derfor var det måske meget passende at spørge, om vi snart får mulighed for at se den, så vi andre også kan tage stilling til det forslag, der er mere eller mindre fremlagt.

**Bernhard Baunsgaard (RV):**

Jeg har nogle enkelte bemærkninger i anledning af det, indenrigsministeren sagde til mig heroppefra.

Indenrigsministeren var først vred over, at jeg omtalte det, der i øjeblikket sker på sygehusområdet, og mente, at det var en kritik af hospitalerne. Nej, det er det ikke. Hvis indenrigsministeren vil have adressen, så er det kritik af, at de regeringer, der har siddet siden 1971, ikke har gjort mere ved det, for sagen er jo, at det er fra centralt hold, denne koordinering af sygehusvæsenets samarbejde skal ske.

Hvis indenrigsministeren også ønsker at få nøjere adresse på, hvorfra vi har sådan et uhyrligt eksempel på, at man ikke i tide har fået lavet et ordentligt samarbejde, så er det, som indenrigsministeren selv var inde på, der er sket i Københavnsområdet, det allerbedste eksempel. Her har man planlagt et sygehusvæsen, der er uden kontakt med det behov, der er i området, og hvor man derfor har været nødt til at gøre det besværligere for patienter fra det øvrige land for at få brugt kapaciteten, der er i hovedstadsområdet, taget i bredeste forstand. Det ved indenrigsministeren jo meget godt, selv om han nødigt vil indrømme det.

Der er ingen grund til at dreje mine ord derhen, at jeg skulle have sagt, at det var de enkelte hospitaler, der bare måtte bære ansvaret for den manglende koordinering. Det er det naturligvis ikke. Så kan man altid diskutere, om der ikke burde være sket noget siden 1971, hvor vi jo hovedsagelig har haft socialdemokratiske regeringer. Det synes jeg der burde, når man ved, hvor stærkt udviklingen er gået på sygehusområdet.

Med hensyn til antallet af de pladser, der beslaglægges af plejepatienter – jeg brugte vist ordet »plejehjemspatienter«, jeg burde nok have sagt »plejepatienter« – så er indenrigsministerens ord om, at jeg skulle have læst galt, fra 7,5 til 75, helt ved siden af. Indenrigsministeren må jo vide, at plejehjemspatienter alene beslaglægger 8 pct. Sagen er, og det ved ministeren udmærket, for det står jo i redegørelsen om prioriteringen i sygehussektoren, at der på alle områder, ikke alene på plejehjemsområdet, er et skrigende behov for, at man koordinerer bestræbelserne i sundhedssektoren mellem socialektoren og sygehussektoren. Og her ved man jo udmærket at man ikke kan klare sig med 7,5 pct. af

[Bernhard Baunsgaard]

indlæggelserne. Det er et meget, meget højere tal. Vel, mit tal for det, man kunne spare på dette område, er måske for højt sat, men ministerens er til gengæld meget for lavt sat.

**Schak Nielsen (DR):**

Indenrigsministerens redegørelse, der bliver påhørt med så stor interesse fra medlemmernes side, gav jo ingen løsning på dette problem, og den skulle vel egentlig heller ikke gøre det. Samtidig kan man vel sige, at ordførernes taler heller ikke anviste løsninger, højst markeringer, og især hr. Tyroll anviste jo markeringer. Hvad ministeren kan lære af denne eftermiddag, er nok meget begrænset.

Det, jeg kom op for, var nærmest rigshospitalet. Jeg fik overhovedet intet svar på noget af det, jeg sagde. Jeg har opfattet situationen sådan, at hovedstadsområdet hospitalsvæsen ikke kan komme på plads, før man er helt klar over, hvem der egentlig skal bruge rigshospitalet. Rigshospitalet, som det er, er for stort til selve den funktion. Det skal også bruges som lokalhospital, og hvem skal sørge for det? Når dette er kommet på plads – og det er statens opgave, om det så er undervisningsministeren eller indenrigsministeren, skal jeg lade være usagt, men det er i al fald statens opgave at få dette på plads først – så kan hovedstadsrådet tilrettelægge sin hospitalsplan, men det bliver ministerierne, der skal komme med udspillet.

Det med partisoldat var nærmest en kompliment, fordi jeg ved, at indenrigsministeren har brugt det tidligere.

**Tyroll (VS):**

Jeg må først sige til indenrigsministeren, at vi åbenbart har forskellige vurderinger af, hvad det vil sige at beskæftige sig med noget på lavt plan. Når ministeren ikke kunne forstå, hvad jeg sagde, så forstår jeg det sådan set godt, for jeg bemærkede under mit indlæg, at ministeren havde travlt med sådan på barnlig demonstrativ vis at lade, som om det var alt muligt andet, der interesserede, end lige det, der kom her oppe fra talerstolen på det tidspunkt. Der var mange samtaler, der skulle føres osv. Men vi er nu efterhånden blevet vant til, at det er den arrogante form, som vel nok er en ypperstepræst for skranke-

paverne værdig. Det har vi såmænd vænnet os til efterhånden.

Dernæst vil jeg sige, at hvis der var tale om et lavt plan i det indlæg, jeg kom med, så var det måske udtryk for, at der var nogle problemer, man mere oplagt kunne gå direkte til i stedet for al den snak om forskning, der skal sættes i værk osv. Der er nogle oplagte resultater af den boligpolitik, man fører herindefra, der giver oplagte sygdomsproblemer, som bl. a. kan beskues i den sorte firkant. Det er den politik, der umiddelbart ligger resultater af også inden for sygehushvæsenet, som man kunne anvende i et forebyggende arbejde. Nu snakker man i stedet for her om alle disse undersøgelser, og hvordan man nu skal lægge det til rette, hvordan man nu skal lave det samråd, så man kan finde ud af, hvad det er for nogle undersøgelser, man skal foretage osv., i stedet for at gå mere direkte til de problemer, der er.

Jeg vil godt sige, at jeg ikke har set nogen markeringer fra socialdemokratiets side, ikke fra indenrigsministeren, og jeg har heller ikke hørt nogen fra den socialdemokratiske ordførers side i dag. Det var jo næsten en gentagelse af, hvad der står i indenrigsministerens redegørelse, som igen næsten udelukkende er overskrifter fra de betænkninger, der foreligger, i ubearbejdet form. Derfor er det nødvendigt at komme med nogle markeringer for at prøve på i det mindste at få nogle markeringer frem fra ministerens side. Der er, som også andre har sagt her i dag, jo arbejdet længe med disse problemer, og det var sådan set meningen, at der snart skulle nogle prioriteringer og nogle egentlige tal på disse prioriteringer på bordet. Det er også derfor, jeg med disse markeringer ville have, at der skulle være en mere konkret forholden sig til prioriteringsproblemerne.

Hvad siger ministeren egentlig om disse ting? Er der nogen, der efter denne redegørelse har nogen som helst fornemmelse af, hvilken stigningstakt den ansvarlige minister går ind for at sundhedsvæsenet i fremtiden skal have? Jeg har ikke set nogen tal på det. Eller hvilke områder der skal opprioriteres, og hvilke der skal sættes i anden række eller ligefrem sættes i stampe? Er der nogen, der har kunnet udlede af ministerens redegørelse nogen målsætning for den primære sundhedssektor, som man nu i mange år uforpligtende har talt om at opprioritere? Hvor man-

[Tyroll]

ge almenpraktiserende læger mener ministeren der skal være? Og inden hvornår? Eller jeg kan måske præcisere det på en mere konstruktiv måde: hvilke sundhedsmæssige opgaver mener ministeren der skal kunne løses i primærsektoren? Hvor mange speciallæger skal fungere i primærsektoren, og især hvilke speciallæger?

Der er ikke antydning af svar på sådanne banale prioriterings spørgsmål i ministerens redegørelse. Ministeren vil se tiden an og måske komme med et forslag senere, men det er jo den snak, man har hørt i lang tid. Det er derfor, der kommer markeringer, men ingen markeringer fra regeringens side, ingen markeringer fra socialdemokratiet. Derfor får problemerne altså lov til at spæne videre, som de har gjort hele tiden. Stadig væk lovgiver man, uden at man så meget som tænker på konsekvenserne sundhedsmæssigt af den lovgivning, man laver. Det var måske dér, man kunne forebygge. Det var måske dér, man skulle tænke sig om, før man laver lovgivning.

Resultaterne af den lovgivning kan rent faktisk påvises, og resultaterne af manglende lovgivning kan også påvises i sundhedstilstanden i boligområderne og på arbejdsmarkedet. Men det er måske kun folk som mig og andre, der kommer fra de lave sociale lag, jeg kommer fra, der er i stand til at se de ting mere direkte og er i stand til at føle dem på deres krop.

**Camre (S):**

I min iver efter at gøre mit første indlæg så omfattende som muligt talte jeg nok lige lovlig hurtigt, og derfor skal jeg også undskylde dem, der mener, at det ikke indeholdt markeringer. Det tror jeg nu nok at en nærlæsning vil afsløre.

Når det kritiseres, at prioriteringsudvalgets betænkning skulle være en tynd kop te eller skulle mangle konkrete ting, så tror jeg ærlig talt, at en sådan påstand mere bygger på, at man ikke har gjort sig den ulejlighed at læse denne meget omfattende rapport, de delundersøgelser, som har været udarbejdet eller er udarbejdet af underudvalg under prioriteringsudvalget. Jeg tror i og for sig, at hr. Tyroll ville kunne finde bekræftelse på meget af det, han står her og siger, at der ikke står, og

som han efterlyser, hvis han gjorde sig den ulejlighed at læse hele dette omfattende materiale.

Jeg skal gentage, hvad jeg har sagt før, at det ikke er muligt, og det kan heller ikke være formålet, at et sagkyndigt udvalg med en enkelt repræsentant for hvert af de politiske partier skal fremlægge en prioritering for dette hus. Prioritering er en politisk opgave, og den kan hverken folketing eller regering løbe fra, og det vil folketing og regering heller ikke gøre. Men man må nu engang, før man begynder at spille ud, tage bolden op dér, hvor den ligger. Derfor har prioriteringsudvalgets opgave været at analysere problemerne, at analysere mangelen på måleredskaber og styringsredskaber.

Det har man gjort, og vi er kommet meget, meget nærmere til løsningen af de forskellige sundhedsmæssige problemer, som vort samfund stadig har, i kraft af det arbejde, som prioriteringsudvalget har udført, og i kraft af ministerens redegørelse og klare markeringer af hensigten, nemlig at tage initiativer på dette område.

(Kort bemærkning.)

**Tyroll (VS):**

Jeg skal lige gøre opmærksom på, at det, jeg forholder mig til her, er den redegørelse, vi har fået fra ministeren. Jeg har læst de beretninger, som er kommet fra de forskellige udvalg. Det, jeg forholder mig til, er den beretning, der er kommet fra ministeren, og der er ikke nogen udlægning i forhold til de beretninger, jeg har læst fra de udvalg, der har været nedsat. Det er det, jeg klandrer for, for her kunne der godt have været sat tal på. Her kunne man have gjort det mere konkret, men det har man altså ikke ønsket. Men jeg kan da godt forstå, at hr. Camre taler uden om ministerens redegørelse og går direkte til disse kommissioner og deres arbejde.

**Indenrigsministeren (Egon Jensen):**

Jeg skal ikke fortsætte diskussionen særlig længe, men lige svare på hr. Erlendssons spørgsmål om hotelfunktionen. Jeg tror, man lige skal være opmærksom på, at den tid er forbi, hvor man lægger patienter ind, der bare ligger og venter på at blive behandlet.

[Indenrigsministeren]

De skal være der nogle dage, og miljøet skal jo også være menneskeligt. Det tror jeg altså også det bliver, selv om jeg ikke synes, at det i almindelighed ser ud til at være luksuriøst på et gennemsnitssygehus.

Må jeg sige til hr. Svend Erik Hovmand, at det jo er amtsrådene, det ved hr. Svend Erik Hovmand, der skal klare planlægningen for sygehusene og dermed også de mindre sygehuses funktion. Den vejledning, som udsendes, tilsigter ikke, at små sygehuse skal nedlægges, men derimod, at de skal bestå.

Når hr. Svend Erik Hovmand siger, at jeg har udtalt mig om apotekerne i kommunaludvalget i går, så vil jeg gerne gentage, at jeg har sagt, at der ikke bliver nedlagt apoteker, så længe apotekerlovsforslaget ikke er vedtaget. Må jeg dertil føje, at der jo kunne være tale om apoteker, der ud fra alle instansers betragtning måtte nedlægges, og man skal vel ikke give garantier for tid og evighed på noget, hvad hr. Svend Erik Hovmand altså åbenbart ønsker.

Jeg har slet ikke været inde på spørgsmålet om tandlæger i offentlig eller privat regie. Der har overhovedet ikke været tale om, at en sådan stillingtagen skulle indgå i redegørelsen, og derfor agter jeg heller ikke at kommentere dette.

Må jeg sige til hr. Grove, at da apotekerlovsforslaget kommer frem i næste samling, så får vi lejlighed til at diskutere spørgsmålet på basis af lovforslaget.

Hr. Bernhard Baunsgaard sagde meget, meget stærkt, at hverken den ene eller den anden regering siden 1971 havde foretaget sig noget som helst. Nu må jeg sige til hr. Bernhard Baunsgaard, at der blev vedtaget en sygehusplanlov i 1973, og da jeg ved, at hr. Bernhard Baunsgaard er en ret flittig læser, så burde han også have læst eller i hvert fald fulgt med i, at det er sket. Det er det første grundlag for en sygehusplanlægning, der overhovedet er kommet, og det er sket efter 1971, og vi har nu også en lov, som siger, at Københavnsområdet skal planlægges på sygehusområdet. Det synes jeg man i høj grad skal lægge mærke til.

Når hr. Bernhard Baunsgaard stadig væk siger 75 pct. og siger, at der er langt mellem mit tal og hans tal, så må jeg udbede mig et skriftligt spørgsmål fra kommunaludvalget derom. Så skal vi nok finde ud af, hvad det er, der egentlig spørges om, og hvad der skal

svares på. Jeg fastholder altså de 7,5 pct.

Hr. Schak Nielsen var inde på spørgsmålet om righospitalet. Det er fastlagt, hvordan righospitalet skal anvendes både til landspecialer og som almindeligt sygehus, og hvilken andel hovedstadsområdet skal have i det, og det har hovedstadsrådet fået besked på. Vi har nedsat en central styringsgruppe, statsstyringsgruppen, som skal forhandle med de forskellige instanser for at finde en løsning, som helst skulle komme senest i oktober 1978, så vi kender resultatet.

Til hr. Tyroll – ja, vi kunne jo blive ved for tid og evighed, forstår jeg. Hr. Tyroll har altså en ganske speciel måde at argumentere på, og når jeg kommer med bemærkninger, som måske er skarpere, end jeg normalt ville komme med dem, så skyldes det simpelt hen hr. Tyrolls altid nedvurderende og næsten uartige bemærkninger til samtlige socialdemokratiske ministre. Jeg skal med interesse læse, hvad hr. Tyroll har sagt her i dag, og jeg gør hr. Tyroll opmærksom på, at hvis vi endelig skal tale om at komme fra et lavt socialt lag, så er jeg helt sikker på, at jeg kommer fra et endnu lavere lag.

(Kort bemærkning).

**Svend Erik Hovmand (V):**

Vi har nu i mere end tre timer diskuteret dette væsentlige emne. Mange har haft den opfattelse, at der ikke er kommet meget ud af denne diskussion. Jeg giver dem ret for så vidt angår det meste af de tre timer. Men i de sidste tre minutter er der kommet noget væsentligt ud af diskussionen, som efter min opfattelse har været mere end disse tre timer værd.

Hvis jeg må forstå ministerens svar på mit spørgsmål om apoteker og sygehuse så positivt, som jeg har opfattet det, så har det virkelig været umagen værd. Jeg forstår det sådan, at vi nu har sikkerhed for, at der ikke bliver nedlagt apoteker, for vi får en ny apotekerlov, og at der ikke sker nedklassificering af apoteker.

Jeg forstår det også sådan, at de retningslinjer og de vejledninger, som i fremtiden vil komme fra indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen, ikke vil tage sigte på at gøre det vanskeligere for de mindre sygehuse at bestå, men tværtimod vil opfylde de synspunkter,

[Svend Erik Hovmand]

som vi i venstre har talt for i årevis, nemlig at søge at gøre det nemmere og bedre og mere hensigtsmæssigt at opretholde de mindre sygehuse.

Hvis de to ting er rigtige, så synes jeg, at vi har fået noget positivt ud af denne debat, og det vil jeg meget gerne takke ministeren for.

(Kort bemærkning).

#### **Bernhard Baunsgaard (RV):**

For at vi nu ikke skal glemme, hvad det er, vi diskuterer i denne forbindelse, så understreger jeg endnu en gang, at jeg vistnok i første omgang sagde »plejehjemspatienter«, men at jeg i anden omgang sagde, at jeg beklagede, at jeg havde gjort den fejltagelse – hvis jeg har gjort den, men det kan vi jo se i fortrykket. Det, jeg mente, var »plejepatienter«.

Jeg er ked af, at ministeren siger, at han for sit vedkommende fastholder de 7,5 pct., eftersom der i bilaget til en af de betænkninger, vi taler om i dag, den om prioriteringen i sundhedsvæsenet, står, at alene for plejehjemspatienter, altså de patienter, der slet ikke burde være på et sygehus, bare fordi de er for gamle, men som man ikke tør sende hjem, fordi de ikke kan klare sig under nogen omstændigheder hjemme, drejer det sig om 8 pct. Det viste en undersøgelse i 1975, og der er vel ingen, der tror, at det er blevet bedre på dette område siden. Til dem kommer så alle de patienter, der burde sendes hjem og behandles ambulantly, men som ikke bliver sendt hjem, fordi man ikke på hospitalet er klar over de muligheder, der er for at sætte ind på anden vis gennem det sociale bistandsvæsen.

Når man så tager hensyn til, hvad betænkningen også er inde på, at det, der hedder undersøgelsen, tit foregår på en ikke-rationel måde på sygehusene, så er det, jeg kommer op på et betydeligt højere tal, og jeg sagde i mit første indlæg, at det måske er så højt som 75 pct. Ministeren siger, at det er det ikke, men lad os prøve at få en undersøgelse. Vi har jo desværre ingen statistik, hvor vi kan slå det op, men at de 7,5 pct. ikke kan fastholdes af ministeren, turde dog være klart, når alene den gruppe, som ministeren nu bider sig fast i, er højere end 7,5 pct.

Hermed sluttede forhandlingen.

#### **Meddelelser fra formanden:**

##### **Den fg. formand (Arentoft):**

Der er ikke mere på dagordenen.

Undervisningsudvalget har afgivet:

Betænkning over forslag til lov om Statens Uddannelsesstøtte. [Af Freddy Madsen (DKP) m. fl.] (Lovforslag nr. L 63).

Betænkning over forslag til lov om Statens Uddannelsesstøtte. [Af Alfred Hansen (DR) m. fl.] (Lovforslag nr. L 151).

Eksemplarer vil blive omdelt.

Socialudvalget har afgivet:

Betænkning over forslag til lov om ændring af lov om social bistand. (Privat dagpleje). [Af Svend Andersen (Rosk. a) m. fl.] (Lovforslag nr. L 217).

Eksemplarer er omdelt.

Der er foretaget ændringer i følgende udvalg:

##### *Miljøudvalget (11/5 78):*

Udtræder: Buchart Petersen

Ny stedf.: Taanquist

Udtræder: Taanquist

Nyt medlem: Buchart Petersen

Udtræder: Dorte Bennedsen

Ny stedf.: Erik Holst

Udtræder: Erik Holst

Nyt medlem: Dorte Bennedsen

##### *Kulturudvalget (11/5 78):*

Udtræder: Niels Helveg Petersen

Ny stedf.: Janne Normann

##### *Undervisningsudvalget (11/5 78):*

Udtræder: Niels Helveg Petersen

Ny stedf.: Janne Normann

##### *Undervisningsudvalget (11/5 78):*

Udtræder: Hans Jørgen Jensen

Ny stedf.: Klaus Ebbesen

**[Den fg. formand]**

Folketingets næste møde afholdes i morgen, fredag den 12. maj, kl. 11.00.

formand til den i salen opslåede dagsorden.

Angående dagsordenen henviste den fg.

Mødet hævet kl. 16.15

---