

[Inger Stilling Pedersen]

blemet med, om der skal flere penge ud til amterne, og om at få en dialog med amterne, der kan vise, hvorfor vi ikke har fået løst problemet, og så må vi komme i gang med at få det løst. Det er det, det drejer sig om.

Anden næstformand (Grove):

Sundhedsministeren. – Det er tilladt at afstå.

Sundhedsministeren (Torben Lund):

Jeg havde ikke regnet med ligefrem at blive presset til at tage ordet en gang til, men jeg vil så blot sige tak til det flertal af ordførere, der har givet tilslutning til lovforslaget. Det har mest været et juridisk skoleridt i løbet af den seneste times tid, og jeg er fuldstændig enig med fru Inger Stilling Pedersen i, at dette her set i sammenhæng med behovet for at få patienter behandlet er en meget lille sag, men desværre en sag, som vi har været nødt til at få på plads.

Det har fra regeringens første dag – og det ved fru Inger Stilling Pedersen også – været en hovedopgave på sundhedsområdet at søge at bidrage til at få de lange ventetider nedbragt på de områder, hvor vi kan se, hvordan de er blevet bygget op – det er også nogle af de store operationsområder – og jeg kan forsikre fru Inger Stilling Pedersen og andre om, at vi følger den opgave måned for måned. Det får jeg lejlighed til at sige lidt mere om under et senere punkt på dagsordenen i dag. Vi følger den måned for måned, også fordi vi er fast besluttet på, at den målsætning, regeringen har aftalt med amterne, om at nedbringe ventetiden til maksimalt 3 måneder skal opfyldes.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Lovforslagets overgang til anden behandling vedtoges uden afstemning.

Anden næstformand (Grove):

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den næste sag på dagsordenen var:

9) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 54:

Forslag til folketingsbeslutning om forbedrede rammer for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Af Birgitte Husmark (SF) m.fl.
(Fremsat 1/2 94).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Torben Lund):

Jeg tror, man kan sige, at der i dag er en udbredt erkendelse af, at sundhedsvæsenets behandlingsindsats i en række situationer med fordel kan suppleres og erstattes med en indsats for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, og det er en erkendelse, også regeringen tillægger stor vægt.

Med baggrund i Sundhedsministeriets Middelevetidsudvalgs rapport, som jeg vil offentliggøre den 3. marts 1994, har vi fået en ubehagelig viden om udviklingen i danskernes dødelighed. Levetiden forbedres meget langsomme her i landet end i de øvrige EU-lande, og danskernes gennemsnitlige levealder hører til de laveste blandt OECD-landene. Stagnationen i danskernes gennemsnitlige levealder er bekymrende, og det må især kalde på en forstærket indsats på det forebyggende område, en indsats, som jeg også mener at kunne sige at vi i regeringen er godt i gang med. Ikke mindst med middelevetidsrapporten har vi fået en øget viden om, hvordan og på hvilke områder en sundhedsfremmende indsats bedst kan iværksættes.

Beslutningsforslaget fra SF om forbedrede rammer for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse indeholder mange iagttagelser og mange vurderinger, som regeringen kan tilslutte sig og også agter at inddrage i sine forebyggelsespolitiske overvejelser.

Jeg er ganske enig med forslagsstillerne i, at de senere års forebyggelsesarbejde i for høj grad har lagt vægten på det enkelte menneskes ansvar for sin egen livsstil. Det er samfundets opgave at informere hele befolkningen, og det er så op til den enkelte med den viden at træffe sine egne valg, men også at være indstillet på at tage et personligt ansvar for eget helbred.

[Sundhedsministeren]

At definere sundhedsfremme så ensidigt som handlemuligheder hos den enkelte finder jeg ligesom forslagsstillerne vil være forkert, og jeg mener også, det vil være bekymrende for forebyggelsesindsatsen. Tænkemåden overser i alt for høj grad – som også Middellevetidsudvalget påpeger – at der er forskel på dødeligheden og forekomsten af sygdom mellem forskellige befolkningsgrupper.

Levevilkår er her et nøgleord. Levevilkår, der sætter grænser for den enkeltes muligheder for at vælge et sundt liv, er et aspekt, som naturligvis bør inddrages i det forebyggende arbejde. Vi bør altså arbejde, som også forslagsstillerne er inde på, efter WHO's, Verdenssundhedsorganisationens, brede sundhedsbegreb.

Eksempelvis indgår der i flere og flere job monotont arbejde i et stressende og opskruet arbejdstempo, vi kender til støj- og luftforureningsproblemer i arbejdsmiljøet, og vi kender boligområder, hvor der er problemer, som giver nogle grupper langt større vanskeligheder end andre. Også de sidste mange års voldsomt stigende udstødelse fra arbejdsmarkedet har medført, at store grupper af borgere risikerer at blive isoleret fra samfundslivet.

Det gælder derfor primært om at afhjælpe de tab af kræfter og de begrænsninger i valgmulighederne, som dårlige levevilkår ofte fører med sig. Vi må rette søgelyset mod de kritiske livsomstændigheder og de vanskelige levevilkår. De har nemlig i særlig grad en begrænsende og negativ indvirkning på både evnen til og mulighederne for at tage de nødvendige hensyn til helbredet.

Det er meget tilfredsstillende, at Middellevetidsudvalgets arbejde viser, at forebyggelsen fagligt set er på rette spor både centralt og lokalt. Men det skal naturligvis ikke udvikle sig til en sovepude, og derfor vil regeringen allerede i år i forbindelse med finanslovsforslaget for 1995 lægge op til, at der afsættes øgede midler til styrkelse af den forebyggende indsats.

Men der er ikke blot behov for generelt at øge ressourcerne til forebyggelse. Selve fundamentet og hovedprincipperne for retningen i forebyggelsespolitikken skal have en ny kurs. Vi må i højere grad sigte mod en målrettet indsats for de svage, de udstødte og dem, der på anden måde befinder sig i en risikogruppe. Det kræver, at sundhedsmæssige hensyn indgår

med større vægt på næsten alle samfundsområder.

Som forslagsstillerne ganske rigtigt påpeger, skal der en koordineret indsats til, hvor sektorerne går sammen om problemernes løsning. Det sygdomsbillede, vi har, viser, at sygdomsårsager ikke respekterer sektorgrænser. Sundhedsmæssige hensyn må indgå med større vægt på mange samfundsområder uden for sundhedsvæsenet.

Sundere rammer i skolen, på arbejdspladsen, i boligens indretning og i vore omgivelser skal skabes i et samarbejde mellem centrale og lokale offentlige myndigheder og bl.a. også organisationerne på arbejdsmarkedet. Det kræver en langsigtet og tværgående indsats ikke alene på statsligt niveau, men også i langt højere grad lokalt i kommunerne og amtskommunerne. Det stiller store krav til ledelse, til koordinering og til samarbejde mellem sektorerne i hver enkelt kommune og amtskommune.

Dette meget vigtige element i det forebyggende arbejde har fået, kan vi sige, en noget tilbagetrukket plads i beslutningsforslaget, som baserer sig meget på, at staten skal være den primære drivkraft i varetagelsen af den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende opgave.

Jeg vil godt om det regionale og det lokale sige, at vi har fået nye bestemmelser om sundhedsplanlægning. De trådte i kraft den 1. januar i år, altså for knap to måneder siden. Her har Folketinget givet forebyggelsesarbejdet en egentlig politisk forankring i kommuner og amter. Kommunal- og amtspolitikkerne skal nu også påtage sig deres formelle del af ansvaret. Det er blevet et lovkrav, at forebyggelsesindsatsen skal beskrives og gennemdrøftes i sin helhed i det enkelte amtsråd og den enkelte kommunalbestyrelse.

Forebyggelse og behandling for alkoholmisbrug er blandt de særligt udpegede planlægningsstemaer. Det planlægningsarbejde, der nu er sat i gang, vil forhåbentlig bidrage til at styrke det lokale engagement i indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme, og det vil være helt afgørende, at det kan ske. Men planlægningsarbejdet vil samtidig skabe bedre muligheder for opsamling og formidling af lokale erfaringer med forsøg og projekter. Også her er jeg enig med forslagsstillerne – denne proces med opsamling og formidling af lokale erfaringer

[Sundhedsministeren]

ger med forsøg og projekter er særdeles vigtig i det forebyggende arbejde.

Formålet med de nye samarbejds- og planlægningsbestemmelser i amter og kommuner er primært at styrke samarbejdsprocessen. Der vil nu blive nedsat en følgegruppe med repræsentanter for alle involverede parter, og en vigtig opgave for denne følgegruppe vil netop være at komme med forslag til på landsplan at styrke formidlingsprocessen.

Også inden for det enkelte amt vil det forudsætte snævre samarbejde med kommunerne om forebyggelse være et godt grundlag for lokal erfaringsformidling. På centralt hold foreslår Sundhedsstyrelsen allerede i dag en vis opsamling og formidling af lokale erfaringer. Det sker ved løbende kontakt med de amtslige forebyggelseskonsulenter, med alkohol- og narotikakonsulenterne, med »Sund by«-netværket og via bladet »Vital« – for blot at nævne nogle eksempler. Samtidig opsamler og formidler styrelsen løbende erfaringer fra forsøg og projekter, der støttes over den såkaldte sundhedspulje med i alt godt 11 mio. kr. årligt.

At det er et fælles ansvar at skabe ordentlige rammer og levevilkår for den enkelte, betyder, at sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse også er et regeringsansvar, og det er et ansvar, som denne regering er indstillet på at løfte. Vi lægger vægt på, at det sundhedsfremmende aspekt får en mere fremtrædende plads i fagministeriernes prioriteringer.

I regeringens nye forebyggelsesudvalg er seks ministre gået sammen om forebyggelsesopgaverne med det formål bl.a. at fremlægge og vurdere nye initiativer til en forstærket indsats på forebyggelsesområdet, og med bl.a. Middellevetidsudvalgets arbejde foreligger der allerede nu en stor viden og et stort talmateriale, der kan bruges i det fremtidige forebyggelsesarbejde også på tværs i regeringen.

Vi er samtidig enige i, at der er et stort behov for yderligere forskning og udredning på forebyggelsesområdet. Det peger Middellevetidsudvalget bestemt også på. Regeringen vil inden længe fremlægge en forebyggelsespolitisk redegørelse, og også her vil forskning naturligvis indgå.

Som nævnt i bemærkningerne til beslutningsforslaget blev der i 1990-92 foretaget en international vurdering af den danske sundhedsforskning. Vurderingen, der koncentre-

de sig om fire udvalgte områder, resulterede i den såkaldte Sofierapport. De fire udvalgte områder var for det første den overordnede organisation og struktur, for det andet biokemisk forskning, for det tredje helsetjenesteforskning og epidemiologi og for det fjerde kardiovaskulær forskning.

Sofierapportens hovedkritikpunkt vedrørende den overordnede organisation og struktur var, at der savnedes en national strategi for den danske sundhedsvidenskabelige forskning. På baggrund af denne rapport's anbefalinger nedsatte Forskningspolitisk Råd to arbejdsgrupper, der skulle bearbejde anbefalingerne om den overordnede organisation og struktur.

Resultatet af dette arbejde er nu blevet, at Forskningspolitisk Råd har anbefalet, at der nedsættes et udvalg på 15 medlemmer med den opgave at udarbejde en national strategi for sundhedsvidenskab her i landet. Dette strategiudvalg er netop nu ved at blive nedsat.

Opgaverne for strategiudvalget vil bl.a. være at udarbejde kriterier for prioritering af den offentlige sundhedsvidenskab. Der ønskes bl.a. inddraget de forskellige sygdomsområders belastning af befolkningen og de samlede samfundsmæssige omkostninger for hvert enkelt sygdomsområde.

En anden opgave er at udarbejde en prioriteret liste over områder, hvor en særlig dansk forskningsindsats er mulig og findes vigtig.

For det tredje kan det nævnes som en opgave, at man skal angive omfang og kilder for den nødvendige finansiering af forskningsmidlerne imellem og inden for hovedområderne af sundhedsforskningen.

I kommissoriet for dette strategiudvalg fremhæves det udtrykkeligt, at udvalget skal udpege forskningsområder, der muliggør forbedret forebyggelse af de prioriterede sundhedsområder.

I en tid med konkurrence om bevillingerne til forskning og øget internationalt samarbejde er det vigtigt, at der foretages en grundig analyse, inden der træffes beslutninger om en særlig forankring af nye initiativer f.eks. i et forskningscenter.

Lad mig slutte med at sige, at jeg synes, der er virkelig gode perspektiver vedrørende sundhedsforskningen i SF's beslutningsforslag, men jeg beder om, at den faglige vurdering af

[Sundhedsministeren]

forslaget må bero på det nævnte strategiudvalgs arbejde. Strategiudvalget skal afslutte sit arbejde inden årets udgang.

Jeg er samtidig enig i, at der – som det fremgår af beslutningsforslaget – er behov for en mere systematisk erfaringsopsamling, en sagkyndig vurdering af de projekter, man får forelagt, og at der er stærkt behov for en videre formidling af gode og dårlige erfaringer. Derfor må vi samtidig med arbejdet i strategiudvalget vedrørende forskningen se på, hvordan det kan sikres – gerne i samarbejde med de kommunale organisationer og andre relevante interessegrupper – at denne erfaringsopsamling, den sagkyndige vurdering af projekterne og videreformidlingen kan finde sted.

Tove Lindbo Larsen (S):

Jeg må sige, at der er stor forskel på de forslag, SF fremsætter. For to dage siden behandlede vi et forslag på et andet område, der var meget, meget lidt gennemtænkt. Det forslag, vi nu skal behandle, er særdeles seriøst.

Formålet – at forbedre befolkningens sundhed og opnå øget viden om, hvordan en sundhedsfremmende og forebyggende indsats bedst kan iværksættes – er Socialdemokratiet enig i, men der er forskel på metoderne til at nå målet. Jeg kan læse af SF's forslag, at man satses en del på det decentrale system, idet man forestiller sig lokale udviklingscentre. Der satses også på, at lokalbefolkningen skal være med i opbygningsfasen sammen med de professionelle. Det er god demokratisk tankegang.

Det er jo ikke første gang, vi taler forebyggelse og forskning, heldigvis. Vi har haft mange gode debatter om det, og jeg kan da minde om, at vi i forbindelse med diskussionen om WHO's program »Sundhed for alle år 2000« også havde en seriøs debat. Dette program for WHO henvender sig også til andre europæiske lande.

Det, de borgerlige partier i deres regeringsperiode fremlagde, savnede ikke glanspapir. Resultatet var måske nok knap så glansfuldt. Alt for meget var efter min opfattelse overladt til den enkeltes eget ansvar. Der tænkes alt for lidt i, hvilke muligheder den enkelte havde for at opnå en tilfredsstillende hverdag.

Et gammelt ord siger, at enhver er sin egen lykkes smed, og det hørte vi da også af og til dengang – måske lidt omskrevet – i de borger-

lige partiers taler. Under alle omstændigheder mener jeg, at man lagde alt for stor vægt på det personlige ansvar og glemte, på hvilke vilkår de enkelte skulle bære dette ansvar.

Som sundhedsministeren netop har redegjort for, er nye initiativer på vej. Det er meget tilfredsstillende for os, at regeringen også vil sætte selektivt på de mest udsatte grupper. Ligeledes mener Socialdemokratiet, at oplysning ikke bare er noget centralt, men at det er vigtigt, at forebyggelsen og oplysningen foregår decentralt. Jeg skal da også minde om, at det er Socialdemokratiets politik, at der etableres lokale forebyggelsesråd, og sammensætningen overlader vi til de lokale politikere. Der skal dog erindres om, at forebyggelse i virkeligheden er mange og for nogle mennesker måske også utraditionelle ting, og selvfølgelig omfatter det også forskning. Heldigvis er der en del i gang i kommunerne, men det kunne nok gøres endnu mere effektivt.

Ministeren nævnte, at man i Sundhedsministeriet er i gang med at nedsætte et udvalg til at udarbejde en strategi for sundhedsvidenskab, og det synes jeg er en særdeles relevant opgave.

Jeg venter mig også meget af det udspil, som sundhedsministeren er kommet med, om, at amter og kommuner i starten af den kommunale 4-årige periode skal fremkomme med en sundhedsplanlægning. Jeg synes, det er godt, at man har fået det frem på dette meget tidlige tidspunkt, sådan at amter og kommuner har den 4-årige periode til at gennemføre forslagene i.

Det er Socialdemokratiets opfattelse, at mange af de ting, SF foreslår, bør indgå i de kommende års sundhedspolitik, sådan at vi sikrer befolkningen den højeste grad af livskvalitet.

Vi er således positive over for formålet med dette beslutningsforslag.

Agnete Laustsen (KF):

Da Sundhedsministeriet blev oprettet i 1987, blev WHO's strategi for den europæiske region »Sundhed for alle år 2000« en art bibel i arbejdet for at samle de mange vigtige opgaver vedrørende befolkningens sundhed, som hidtil havde været placeret under forskellige ministres ansvarsområder. Udgangspunktet var enkelt: det måtte være vor fornemste opgave at forhindre, at sygdom opstod.

[Agnete Laustsen]

På en række områder har den danske sundhedspolitik været en succes. Vi har således fået bugt med en række tidligere udbredte alvorlige og oftest dødelige sygdomme som f.eks. difteri og tuberkulose. Generelt er sundhedstilstanden i Danmark også god, og mulighederne for at få et længere og sundere liv har vel aldrig været bedre end nu.

Alligevel står vi i et dilemma. Sundhedssektoren har været prioriteret højt, bevillingerne er blevet forøget, forskning og teknologi har gjort fremskridt, og alligevel er befolkningens sundhedstilstand ikke så god, som man burde og kunne forvente.

Vi har fået et nyt sygdomsbillede, idet det er hjerte- og karsygdomme samt kræft, der dominerer. Det er sygdomme, som i vid udstrækning skyldes den måde, vi lever på, og som vi ved behandling egentlig ikke kan gøre så meget ved, når de først viser sig. Det er derfor indlysende, at vores sundhedsproblemer ikke blot bør løses i den traditionelle behandlingsorienterede sundhedssektor.

SF's beslutningsforslag, som jeg gerne vil rose for den meget saglige fremstilling af de komplekse problemer, er også i høj grad inde herpå, og vi er da f.eks. ganske enige i, at det sundhedsfremmende arbejde, der under betegnelser som f.eks. idræt, høj boligstandard, sikker trafik, arbejdsmiljø og sikre produkter bør styrkes og koordineres. Men der er en grundlæggende forskel mellem konservativ opfattelse af sygdomsforebyggelse og SF's – og jeg kan af ministerens og fru Tove Lindbo Larsens udtalelser i dag forstå også af Socialdemokratiets – idet vi mener, at sundheden basalt hænger sammen med det enkelte menneskes adfærd og ansvar for eget helbred. Lad mig blot som eksempel nævne, at ca. 30 pct. af vores kræfttilfælde skyldes tobaksrygning.

Alkoholmisbrug er også en af de store risikofaktorer, og vi er derfor tilfredse med, at det er blevet et af planlægningstemaerne i den forebyggelsesindsats, som amter og kommuner nu skal iværksætte, og som ministeren omtalte.

Vi mener derfor ikke, at en større statslig indsats på sygdomsforebyggelsesområdet er påkrævet eller ønskelig, men vi mener i høj grad, at der er behov for at koordinere de mange projekter, forskningsarbejde, faglig indsats, osv., hvilket Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen i høj grad har ansvaret for, og

som jeg gerne vil opfordre ministeren til at tage håndfast og meget mere målrettet fat på.

Heraf følger også, at vi må tage afstand fra SF's idé om at oprette et nyt selvstændigt udviklingscenter og de bevillinger, der knytter sig hertil.

Som sagt enighed i meget af det saglige, men afvisning af forslaget.

Jørgen Winther (V):

Venstre har altid lagt megen vægt på sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, og derfor er det godt at debattere det.

Det forslag, der her foreligger fra SF's side, er et virkelig godt gennearbejdet forslag, som det var en fornøjelse at læse. Der ligger mange tungtvejende tanker bag det, og det er fint, at sådan et grundigt forslag også lægges frem.

Når vi så alligevel ikke kan støtte det helt, er der flere grunde til det. Der er det med økonomien. Det er relativt mange penge, der skal bruges; 50 mio. kr. i 1995 til etablering og derefter en årlig bevilling på 125 mio. kr. i den næstfølgende 5-årige periode. Jeg formoder ikke, at det er SF's tanke, at disse mange penge skal findes ved, at man tager penge fra behandlingen, fra sygehusene, fra primærsektoren, eller hvor det måtte være.

Man skal også somme tider passe på, at man ikke begynder at forske og undersøge og blive ved med det, så situationen bliver uoverskuelig, for vi ved godt, hvad de væsentligste årsager til sygdomme er.

Der er én ting, som er årsag til langt de fleste sygdomme i Danmark, og det er tobaksrygning. Det behøver vi overhovedet ikke at forske i, og vi ved også, at danske kvinder er de kvinder i hele Europa, der ryger allermest, ligesom vi ved, at kvindernes rygning gennem de sidste år er steget, og mænds rygning er faldet.

Vi ved, at 85 pct. af alle lungekræfttilfælde er forårsaget af tobaksrygning, vi ved, at mange af hjertesygdommene forårsages af tobaksrygning, og vi ved, at blærekræft forårsages af tobaksrygning.

Hvis man virkelig ville hjælpe befolkningen, kunne man måske sige: Lad os virkelig bruge penge på at intensivere oplysningen om alle de sygdomme, der er forbundet med tobak, i stedet for at finde alle mulige små ting, som måske kan være årsag til nogle ganske få ekstra sygdomme.

[Jørgen Winther]

En af de ting, jeg ikke kan lade være at tale om, er forebyggelsen af nitrat i drikkevandet. Der er nok nogle, der har hørt lidt om det, men det bruger man utrolig mange penge på, og det er faktisk i dag en sandhed, at gennem de sidste 20 år har der kun været ét barn i hele Danmark, der har været en lille smule blå i hovedet på grund af nitrat, og det barn blev hurtigt fuldstændig rask. Fra SF's og fra Socialdemokratiets side ofrer man ikke kun millionbeløb, heller ikke tocifrede millionbeløb, men faktisk milliarder på, at de stakkels grundejere skal tvinges til ikke at måtte have bare 40, 60 eller 80 mg nitrat. Det er jo det rene vanvid! I stedet for at bruge alle disse penge på at forebygge nitrat, som overhovedet ikke er farligt, var det langt bedre at bruge dem til noget fornuftigt.

Lad mig tage højspændingsledninger. Vi bruger også mange penge på at grave disse ledninger ned – så er det ikke højspændingsledninger mere – (*munterhed*) men det er jo sådan, at igennem flere år er der kun en enkelt, der får udviklet kræft, fordi vedkommende bor relativt tæt på højspændingsledningerne.

Det er da også vigtigt, at den pågældende person ikke får kræft, men når man ser på de mange tusinde, der får kræftsygdomme og hjertesygdomme på grund af cigaretter og anden form for tobak, ville det være langt bedre især at sætte ind *dér*.

Men bortset fra disse ting vil jeg sige, at det er et godt, lidt teoretisk, men gennemarbejdet forslag.

Jan Køpke Christensen (FP):

Jeg var ved at tro, at jeg havde fået den forkerte ordførertale, da der blev talt om højspænding, lavspænding, nitrat osv., men det er vist den rigtige alligevel.

Jeg kan se, at forslagsstillerne regner med, at mange af problemerne i relation til sundhedssektoren og til folkesundheden kan løses, hvis der som foreslået i dette forslag etableres et såkaldt udviklingscenter, der skal bestå af en central enhed med et netværk af lokale centre. Man kan sige, at det er en gammel SF-kending, at problemer i relation til sundhedssektoren og folkesundheden kan løses ved yderligere – kan vi sige – kommunalisering. Det er Fremskridtspartiet nok grundlæggende uenig i. Mange af problemerne i relation til sundhedssektoren og folkesundheden skyldes efter vores opfattelse

ineffektivitet og andre skadelige konsekvenser af massiv offentlig styring på området.

Det hedder i forslaget, at det er nødvendigt at dreje den traditionelle medicinske forskning fra en ensidig naturvidenskabelig indfaldsvinkel til også at omfatte samfundsvidenskabelig og humanistisk forskning. I forlængelse af dette nævnes en række eksempler på forhold, der bør inddrages under en ændret forskning.

Det er karakteristisk, at disse eksempler er ensidigt udvalgte. At de forhold, der bevirker en dårlig sundhedstilstand, er direkte relateret til den store velfærdsstat og den massive offentlige styring, nævnes ikke i forslaget. Man kan i den forbindelse pege på f.eks. det høje skattniveau, det offentlige formynderi, som specielt svage grupper er påvirkelige af, isolering og ensomhed.

Jeg kunne her nævne, at de sidste undersøgelser viser, at vi har en uanstændig høj selvmordsprocent i dette land. I en udsendelse for nylig så vi, at i de sydlige lande, Spanien tror jeg man nævnte, synes man faktisk, at det er synd for folk under det sociale system her i landet, at de bliver utrolig dårligt behandlet i forhold til de steder, hvor man aktiverer dem osv.

I forslaget bruges det fortærskede og trivielle begreb social retfærdighed. Hvad er social retfærdighed? Ingen – end ikke Marx tror jeg – har endnu præsteret at komme med en meningsfyldt definition på det, for den findes ganske enkelt ikke.

Der peges i forslaget på, at en decentraliseret sundhedstjeneste, der involverer lokalbefolkningen og nærmiljøet, vil skabe bedre sundhed for alle. Imidlertid kan offentlige og monopolistiske tiltag efter Fremskridtspartiets opfattelse ikke sikre sundhed for alle. Vi kender kun alt for godt konsekvenserne af offentlige og monopolistiske institutioner i sundhedssektoren. Køproblemer er et sikkert kendetegn for alle offentlige og monopolistiske institutioner, og det kendes specielt i sundhedssektoren. Yderligere centering af offentlige og monopolistiske institutioner i sundhedssektoren skaber ikke nogen løsning – snarere problemer.

Hvis der skal etableres en decentraliseret sundhedstjeneste, der involverer lokalbefolkningen og nærmiljøet, er det snarere den modsatte vej, man bør gå, nemlig at sikre øget pri-

[Jan Køpke Christensen]

vat engagement og inden for visse faglige rammer skabe fri etableringsret.

I forslaget peges der også på, at der via budgetsytemerne, de økonomiske bevillinger, sker en nedprioritering af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, og det må belyses nærmere under udvalgsarbejdet. Hvis det er rigtigt, vil det nok være oplagt at indrette budgetsytemerne således, at de fremmer effektivitet og kvalitet, så det kan sikres, at der kan opnås et større udbytte af de eksisterende budgetter. Fremskridtspartiet har som bekendt et forslag til, hvordan det gøres.

Fremskridtspartiet er skeptisk over for forslaget, som man forstår vil intensivere det offentlige engagement i sundhedssektoren. Fremskridtspartiet er indimellem enig i de problemer, der identificeres, men er bekymret for de meget ideologiske briller, de efter vor opfattelse ses igennem; men som debatoplæg er forslaget da helt i orden.

Dorit Myltoft (RV):

Det Radikale Venstre kan være meget enig i bemærkningernes gennemgang af baggrunden for at stille dette beslutningsforslag. Derimod er jeg ikke enig i forslaget løsningsmodel, nemlig at der skal oprettes et udviklingscenter til styring af programmets indhold og ressourcer samt koordinering af den decentrale indsats.

Skal sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse virkelig have en mærkbar effekt, kræver det en styrkelse og mobilisering af alle mulige decentrale led; folkelig aktivitet skal ikke nødvendigvis koordineres.

Folketinget har flere gange tidligere på andre områder ønsket økonomisk at støtte initiativer. Jeg kan f.eks. nævne 10-punkts-programmet for folkeoplysning, 7-punkts-programmet for folkeskolen, 5-punkts-programmet for det sociale område og Kulturfonden. For alle disse udviklingsprogrammer gælder det, at der ikke var nogen former for central styring. Denne model for samspillet mellem det centrale og det decentrale har vi efterhånden gode erfaringer med.

Det Radikale Venstre vil se frem til, hvad strategiudvalget kommer med af anbefalinger, og derefter vil vi være indstillet på at se på, om de forskellige eksisterende puljeordninger i Sundhedsministeriet kan sættes ind på at ud-

vikle initiativer til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Med disse ord kan Det Radikale Venstre ikke støtte dette beslutningsforslag.

Inger Stilling Pedersen (KRF):

Det er efterhånden sagt af adskillige ordførere, at de ting, der står i beslutningsforslaget, er gode og godt gennemtænkte, men jeg synes alligevel, at når man sidder og tænker nærmere over det, hr. Jørgen Winther også var inde på, må man sige, at vi jo egentlig godt ved en hel masse ting, som vi gerne vil have bekræftet via forskning eller via nogle undersøgelser. Hvad vil det sige at være sund? Hvad vil det sige at have et godt liv? De krav, vi hver især stiller, er forskellige, men jeg tror, at ens velbefindende har utrolig meget at gøre med, hvor modstandsdygtig man er over for sygdomme og infektioner. Og livsleden kan også komme af, at man ikke føler, man har nogen betydning, eller at man føler sig tilovers og tilsidesat, altså at man ikke har det godt med sig selv.

Det er utroligt svært via en lovgivning at ordne disse ting. Men vi kan alligevel gøre en hel del. Fra Kristeligt Folkepartis side har vi hele tiden og igen og igen understreget familiens betydning. Det drejer sig nemlig ikke om altid at finde ud af, hvad skal vi gøre, når skaden er sket, men hvad kan vi gøre, for at skaden ikke sker. Derfor er og bliver forebyggelse et nøgleord i vores sundhedssystem, og den eneste måde, vi overhovedet kan spare udgifter på, er ved forebyggelse. Men ofte vil vi jo ikke forebygge, fordi vi vil gøre, som vi vil, ud fra ideologiske eller andre grunde. Lad os f.eks. tage rygning. Man vil altså have lov til at ryge, og det får man så. Men så må man også tage konsekvenserne heraf, og det er dyrt for samfundet, det er da helt givet. Selvfølgelig betaler man noget over skatterne; ja, rygere mener vel, de betaler det meste af vores budget, men der er også meget store udgifter forbundet med det.

Vi kan sagtens sidde her og diskutere og vedtage, at man ikke skal ryge så meget, og at man ikke skal gøre dit eller dat, når folk så alligevel gør det. Man kan oplyse og oplyse og blive ved med at oplyse og håbe, at nogen bliver så fornuftige, at de kan indse, at der er en alvorlig risiko ved det. Men hvis vi virkelig vil le give familien – og det gælder især børnefa-

[Inger Stilling Pedersen]

milierne – optimale vilkår! Det, at man har nogle forfærdelig gode institutioner, at man kan gå hen til nogle pædagoger, der kan tage sig af børnene, skal være et godt supplement, men det vigtige er, at man får lov til at trives i familien, at have tid til hinanden.

Men dér kommer forskellige interesser jo også ind: Forældrenes interesse i at realisere sig selv, samfundets interesse i at have en arbejdskraft og børnenes interesser. Alt spiller ind her, men jeg tror, at hvis man virkelig ville bruge nogle flere ressourcer omkring familien, ville meget kunne opnås, men det kan man jo se ideologisk meget forskelligt på.

Og med hensyn til de andre ting, som fører ud i misbrug: Hvorfor bliver man misbruger af alkohol og narko? Vi kan jo diskutere langt og længe og inderligt, hvor forfærdelige narkoen og alkoholens svøber er, men hvorfor bliver man alkoholiker, hvorfor bliver man narkoman? Hvad gør vi egentlig omkring disse problemer?

Vi kan også tage hele folkesundheden, jeg tænker også på arbejdsmiljø, de omgivelser, vi færdes i. Vi skal være virkelig opmærksomme på, at der er ting, som kan ødelægge tilværelsen på kortere og længere sigt, vi skal hele tiden være opmærksomme på, hvor risikoen er. Jeg er sikker på, at man kunne sætte ganske almindelige mennesker til at finde ud af det, for vi ved det jo faktisk såre godt alle sammen.

Det, det drejer sig om, er, om man vil gøre noget ved det, om man vil betale de penge, det eventuelt måtte koste, om man vil erkende, at forebyggelse koster noget i første omgang, men at det vil være en udgift, som senere kan føre til noget, vi kan have stor nytte af. Hvis vi virkelig kunne og turde gøre det, burde vi få mennesker til at forstå ansvaret for deres egen situation og vores fælles ansvar for hinanden; derved kunne vi måske også være med til at gøre tilværelsen lidt bedre for hinanden, for alle de ensomme, for alle dem, vi ikke har tid at tage os af. Der er utrolig mange problemer, som er med til at skabe egentlige sygdomme, men som også er medvirkende til, at man måske egentlig ikke har den store lyst til at leve og dermed får en hel masse problemer.

Men jeg håber, at vi også i udvalget kan få en god drøftelse af de ting, der ligger bag forslaget, og at vi også vil være villige til at ofre noget på at realisere, at mennesker kan få en bedre livskvalitet.

Birgitte Husmark (SF):

Jeg vil gerne sige tak for de meget rosende bemærkninger og den gode velkomst, forslaget har fået.

Jeg vil først kommentere ordførernes indlæg og til sidst sundhedsministerens. Det er jo altid godt at vide, at formålet med de ting, man laver, er godt, men der skulle helst også komme lidt substans ud af det. Det håber jeg at vi trods alt kan nå frem til.

Jeg tror, jeg vil starte med fru Dorit Myltoft, der hæftede sig meget ved, at ordet »styring« stod i forslaget, og jeg blev selv lidt overrasket over, at det stod der, og at det falder så meget i øjnene, som det da nok kan gøre. Det har ikke været hensigten fra vores side, at det skal være styring på den måde. Hensigten har været en koordinering og en enhed, der har kunnet sætse på videre formidling af erfaringerne, så de bliver nyttiggjort. Det har været den form for styring, man har tænkt på, og ikke styring på den måde, at man vil bestemme, hvilken retning man absolut skal gå. Jeg håber meget, det kan gå ind i den videre behandling af forslaget, at det har været den form for koordinering, samling på tingene, som har været ment fra forslagsstillernes og min side.

For det, der jo er det helt afgørende med forslaget her, er egentlig lidt, som fru Inger Stilling Pedersen også sagde, at slå et hul igennem den barriere, vi har, i og med at vi alle sammen som politikere løber ind i, at vi ikke får noget ud af at forebygge. Resultatet af forebyggelse er noget, der viser sig og betaler sig på lang sigt, og det er derfor, det er så vanskeligt at komme igennem med virkelig at tage hul på forebyggelse, for det er ikke sikkert, at vi selv får nogen gevinst ud af det. Men mange af de ting, der kan opnås ved forebyggelse, er jo ting, hvor vi faktisk ikke behøver at være i tvivl om at det er rigtigt, det vi gør, som fru Inger Stilling Pedersen også sagde.

Fru Agnete Laustsen sagde: Der er jo investeret meget i sundhedssektoren, og hvad hjælper det? Jamen det er jo lige præcis det, det handler om, for dels mener jeg ikke, der er investeret nok og måske heller ikke på den rigtige måde i sundhedssektoren, men vi trænger til noget, der kommer før sundheds- eller rettere behandlingssektoren, nemlig hvad vi kan gøre for at forhindre, at så mange mennesker havner dér.

[Birgitte Husmark]

Så hæftede fru Agnete Laustsen sig ved alkohol og tobak, og det er da også udmærket. Der vil jeg gerne tegne et lidt videre perspektiv og sige: Ja, men altså vi ved, at Jeppe drikker, men hvorfor drikker Jeppe? Det var måske de situationer og de sammenhænge, vi skulle kigge på: Hvorfor drikker Jeppe? Hvorfor ryger Pernille? Det er måske de situationer, vi skal se på, og de forhold, vi skal forebygge, og på den måde se lidt længere frem. Hvad er det, der gør, at Jeppe og Pernille havner i den situation, de gør? Det er jo ikke sikkert, at behandlingsvæsenet umiddelbart kan klare det.

Så konstaterer hr. Jørgen Winther, at vi kender årsagerne til de væsentligste sygdomme, og nævner så også igen tobak. Det gør vi jo ikke. Hvad ved vi f.eks. om mænds infertilitet? Nu har vi lige set, at de økologiske landbrugere faktisk har lavet en meget spændende aktion, som nu skal gås efter, så man kan se, hvad resultatet egentlig er. Det synes jeg var et spændende initiativ.

Hvad ved vi om årsagerne til leukæmi? Vi ved ikke så forfærdelig meget. Hvad ved vi om årsagerne til allergi? Ja, vi ved en hel del, men vi retter os ikke efter de ting, vi ved. Der er vi præcis tilbage i det samme igen. Hvad ved vi om ondt i ryggen? Ja, vi ved faktisk også en hel del, men vi retter os ikke efter det. Specielt retter vi os ikke efter det i den offentlige sundhedssektor, som burde være et af de steder, hvor man tog mest hensyn til et sundt arbejdsmiljø, så man ikke producerede skader. Det gør man ikke i særlig høj grad – om overhovedet.

Det er sådan nogle ting, som jeg synes det er fint at vi har været inde på her. Jeg trækker de ting frem, fordi det bare underbygger, at der er grund til at lave forskning og ikke mindst udviklingsarbejde med hensyn til, hvordan vi nyttiggør vores viden på dette område for at få et sundere samfund.

Det er jo godt nok, at vi har et middelevetidsudvalg, som vil barsle med en rapport den 3. marts, og dette middelevetidsudvalgs rapport vil givetvis netop vise behovet for, at der bliver gjort noget. Men det, jeg er bekymret for, er, om dette middelevetidsudvalg vil beskæftige sig særlig meget med vejene til at gøre noget, om det vil beskæftige sig særlig meget med forebyggelsen.

Det samme gælder, hvis vi ser på det, ministeren kalder strategiudvalget, som er en opfølgning af Sofierapporten. Der er jeg da også noget spørgende med hensyn til, hvad der vil blive sat fokus på af det såkaldte strategiudvalg, for det, man savnede i Sofierapporten, altså fra den internationale evaluerings side, var et spørgsmål om, hvad der kom ud af den generelle helsetjenesteforskning i Danmark. Man påpeger i evalueringen, at der mangler en overordnet målsætning, prioritering af strategi, der mangler et forskningsmiljø for sundhedsfremme og forebyggelse, og der mangler politisk vilje til at anvende den forskning på området, som rent faktisk eksisterer. Det er jo da barske ord, og det kræver altså om ikke styring så en koordinering og en vilje til, at tingene skal blive anderledes.

Det, der gør, at vi foreslår et center på den måde, som vi gør, er, at vi gerne vil rykke det ud af det strengt naturvidenskabelige og sygdomsorienterede miljø og flytte udviklingsarbejderne over i et mere tværfagligt og mere sundhedsfremmende miljø end det rent sygdomsorienterede.

Det er derfor, vi siger: Jamen altså, det er nok nødvendigt at gøre noget mere radikalt end de – jo også udmærkede – initiativer, som sundhedsministeren har på bedding. Det er nok nødvendigt at sige: Hvis vi virkelig skal nyttiggøre den vifte af videnskaber, vi har, ikke bare naturvidenskaben, men også samfundsvidenskaben, også den humanistiske videnskab, som jo alle bidrager til en viden om, hvordan vi har det, og hvorfor vi har det, som vi har det – eksempelvis de mange selvmord, det kan naturvidenskaben jo ikke rigtig give svaret på – hvis man skal gå ind og tage hul på en egentlig forebyggelse dér, kræves der en tværfaglig samtænkning.

Det er nogle af de ting, som jeg synes er vældig vigtige, og dér afventer vi da selvfølgelig spændt: Hvad er der egentlig af kommissorier for strategiudvalget, og hvem skal sidde dér? Men jeg er på forhånd lidt bekymret for, at det er et udvalg, som langt hen ad vejen vil beskæftige sig med behandling. Det kan der også være meget, meget god grund til at få sat mere på skinner, planlagt bedre og få lavet costbenefitanalyser over, men dette her er nok noget andet. Dette her er noget med, at vi skal rykke ud af de traditionelle sektorer, tænke tværfag-

[Birgitte Husmark]

ligt, tænke lokalt og lade de tusinde blomster blomstre, uden at hverken kommunale eller amtskommunale interesser giver sig til at bremse en evaluering f.eks. med hensyn til, hvordan distriktspsykiatrien fungerer, sådan som man har set det, når resultaterne ikke var helt lige til at gå til eller behagelige eller lignende. Derfor mener jeg, det er meget vigtigt, at vi kommer uden for murene, og at det bliver i en uafhængig sammenhæng.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Det var fru Birgitte Husmark, der nævnte disse her økologiske landmænd, og det har også interesseret mig meget at se, hvad det egentlig var for noget, der skete. Men det interessante er jo: Hvad med andre landmænd? Er det kun de økologiske landmænd, der har disse her 104 mio. spermatozoer per milliliter, eller har andre landmænd det også? Er det bare det at være landmand, der gør, at man er dygtigere til at producere spermatozoer, eller hvad er det?

Hvis fru Birgitte Husmark allerede nu drager det her ind, vil jeg gerne have at vide, hvor megen viden fru Birgitte Husmark har om dette område, for det vil jeg lytte til med stor interesse.

(Kort bemærkning).

Birgitte Husmark (SF):

Jamen så vil jeg da afsløre, at jeg har absolut ingen viden på dette område. Jeg synes, det er utrolig spændende, og jeg synes, det ville være dybt relevant at sammenligne de økologiske landmænd med de traditionelle landmænd, der jo i hvert fald har en anderledes produktionsform, hvor man involverer sprøjtemidler, som jo er en af de mulige årsager til nedsat fertilitet. Så jeg synes, vi er helt enige om, at vi skal vide mere om dette område; vi ved ikke nok.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslagets overgang til anden (sidste) behandling vedtoges uden afstemning.

Fjerde næstformand (Kirsten Jacobsen):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse mod dette forslag, betragter jeg det som vedtaget. (Ophold). Det er vedtaget.

Den sidste sag på dagsordenen var:

10) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 64:

Forslag til folketingsbeslutning om afskaffelse af ventelisterne på offentlige sygehuse ved inddragelse af private og udenlandske hospitaler i sygdomsbehandlingen samt ved inddragelse af ventetidsgaranti.

Af Jan Køpke Christensen (FP) m.fl.
(Fremsat 4/2 94).

Forslaget sattes til forhandling.

*Forhandling***Sundhedsministeren (Torben Lund):**

Fremskridtspartiets formål med fremsættelsen af dette beslutningsforslag er afskaffelse af ventetiden til sygdomsbehandling, og det synes regeringen bestemt et prisværdigt formål.

Faktisk er det også sådan, at nedbringelse af ventetiderne fra regeringens første dag har været et af vores højt prioriterede mål. Det må være en fundamental rettighed for borgerne i et velfærdssamfund, at der er en hurtig og kompetent behandling, når man har behov for det. Lang ventetid kan for den enkelte patient betyde unødvendige smerter, ængstelse og utryghed. Der kan også blive problemer med uarbejdsdygtighed i længere perioder, og der kan være risiko for alvorlige følger for den sociale velfærd.

Også for samfundet betyder ventetid ofte øgede udgifter, det kunne være til sygeløn, det kunne være til medicin. Og omkring det med sygedagpenge kan jeg sige, at jeg i et brev til de kommunale parter har oplyst om, at Sundhedsministeriet sammen med de kommunale parter nu vil tage initiativ til at gennemføre en analyse af sammenhængen mellem udgifterne til sygedagpenge og de lange ventetider.