

ne, og derfor vil det være meget fornuftigt at sige, at det først og fremmest er de patienter, der har mest behov derfor, der får mulighed for at blive behandlet. Det har vi altså sagt i første omgang. Det drejer sig om alle patienter med kræftsygdomme, som vi synes er en alvorlig diagnose, ligesom hjertesygdomme, rygsygdomme, grå stær, hoftesmerter, knæsmærter og så alle andre patienter, hvor det ud fra et lægefagligt skøn vil være nødvendigt.

I første omgang har vi vurderet det sådan, men på længere sigt ønsker vi selvfølgelig som Fremskridtspartiet det reelle frie valg.

(Kort bemærkning).

Bruno Jerup (EL):

Hr. Winther forklarer mig jo ikke, hvordan det kan være, at når nr. 117 på amtets venteliste har stået og ventet et par måneder og vedkommende så i stedet får mulighed for at tage ud på en privatklinik, så kommer det ikke under alle omstændigheder til at koste amtet det beløb. Det gør det jo. De 30.000 kr., som jeg nu har brugt som eksempel nogle gange, vil jo under alle omstændigheder blive brugt og taget fra amtets kasse. Det vil sige, at der er en, der ikke rykker op på listen. Og derfor betyder det i virkeligheden, at listen bliver lige lang af den grund, fordi der er en, der simpelt hen ikke bliver opereret i amtets regi, fordi de penge nu er brugt til at sende nr. 117 ud på privathospitalet.

Det er jo det, der er hr. Jørgen Winthers forslag. Det er jo lige præcis, at der er nogen, der, hvis de kan lægge de sidste 17.000 kr. oveni, kan springe over og lade de andre stå tilbage på ventelisten. Men hr. Winther og Enhedslisten er helt enige i, at selvfølgelig burde det være sådan, at fra det øjeblik folk får besked om, at de har brug for en hofteoperation, så skal der kun gå ganske kort tid, før de får den. Men det har noget at gøre med at øge kapaciteten i sundhedssektoren og i sundhedsvæsenet som helhed.

(Kort bemærkning).

Jørgen Winther (V):

Hvis nr. 117 på en venteliste vælger at blive behandlet på privathospital, så er det rigtigt, at så får det offentlige amtskommunale sygehushæsen en ekstra udgift her og nu, men denne udgift er ikke så stor. Det er kun de 85 pct. af prisen, og så sparer man det beløb i løbet af 5 eller 6 måneder. Det er også sådan, at hvis nr. 42 på en venteliste vælger at gå hen på et privat-

hospital, så rykker nr. 117 automatisk op som nr. 116 og kommer dermed hurtigere til.

Det her er faktisk et columbusæg, der løser rigtig mange problemer på en gang. Vi kan fortsætte senere.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

Forslagenes overgang til anden (for forslaget til folketingsbeslutnings vedkommende anden (sidste)) behandling vedtoges uden afstemning.

Formanden:

Jeg foreslår, at lovforslaget og forslaget til folketingsbeslutning 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:

17) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 126:

Forslag til folketingsbeslutning om kontrol og godkendelse af medicinsk udstyr (implantater) inden ibrugtagning.

Af Kirsten Jacobsen (FP) m.fl.
(Fremsat 22/4 97).

Forslaget sættes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Birte Weiss):

Der er i dag fastsat regler om et godkendelses- og kontrolsystem for almindeligt medicinsk udstyr, herunder implantater.

Reglerne baserer sig på to EF-direktiver om medicinsk udstyr, og regelsættet trådte i kraft den 1. januar 1995.

Direktiverne indeholder en overgangsordning, der efter min vurdering giver fabrikanter af medicinsk udstyr en rimelig, men også nødvendig frist til at indstille sig på de nye regler.

Det betyder, at fabrikanter indtil den 13. juni 1998 kan vælge enten at markedsføre deres pro-

dukter som hidtil eller at følge de nye regler. Efter den 13. juni 1998 skal alt almindeligt medicinsk udstyr, inklusive implantater som Bone-loc, leve op til det ny krav.

Afhængigt af produkternes farlighed inddeles de i forskellige risikoklasser, og bortset fra produkter, der er placeret i den laveste risikoklasse, kan medicinsk udstyr kun markedsføres efter de nye regler, såfremt det pågældende produkt forinden er blevet vurderet af et uafhængigt organ, som efterfølgende skal føre løbende tilsyn med produktionen af udstyret.

Det er også et krav, at der skal gennemføres kliniske afprøvninger af medicinsk udstyr, inklusive implantater, inden udstyret markedsføres.

Kan udstyrets egenskaber vurderes på grundlag af allerede foreliggende videnskabeligt materiale, kan fabrikanten dog undlade at gennemføre en klinisk afprøvning.

Før et klinisk forsøg kan gennemføres, skal det godkendes efter reglerne om det videnskabetiske komitéssystem, og det betyder, at der er krav om skriftligt informeret samtykke fra de patienter, der skal deltage i forsøget.

Der er således allerede i lovform fastsat et udbygget godkendelsessystem, der sikrer patienters og forsøgspersoners information om forsøg, og reglerne har været gældende siden den 1. januar 1995.

I forbindelse med udvikling af nye produkter kan det ofte være nødvendigt, at læger medvirker ved udviklingen af produkterne, hvilket langt de fleste formentlig kan forstå.

Men samtidig vil jeg understrege, at lægerne i deres valg af produkter er underlagt lægelovens ansvarsregler, der forpligter lægerne til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres virke.

Jeg mener imidlertid, at det er væsentligt at det gøres klart, i hvilken rolle den pågældende læge optræder, hvis vedkommende har tilknytning til et firma eller har økonomiske interesser i øvrigt, om det er som forsker, behandler eller producent.

Og efter revision af komitéloven er der i forbindelse med forsøg blevet indsat en særlig bestemmelse, hvorefter forskere har fået pålagt at oplyse, hvilke bidrag de modtager i forbindelse med et projekt, og om de på anden måde har økonomiske interesser i virksomheder, der har en tilknytning til det relevante forskningsprojekt, og i en betænkning til loven anbefales det også, at lægers rolle som forskere tydelig-

gøres, hvis de samtidig er involverede i patientbehandling.

Amtsrådsforeningen har endvidere med virkning fra den 1. april 1997 indgået en aftale med Lægeforeningen om oplysninger om bibeskæftigelser og andre forhold, der kan medføre interessemodsætninger.

Ved indførelsen af denne indberetningspligt for ansatte læger er der skabt en mulighed for at vurdere, hvorvidt lægerne er engagerede eller involverede i produktion eller markedsføring af produkter på en sådan måde, at der kan rejses tvivl om deres habilitet.

Det er herefter op til den enkelte ansættelsesmyndighed at træffe de nødvendige forholdsregler.

På den baggrund mener jeg ikke, at der er anledning til at tage yderligere initiativer på dette felt.

Myndighederne har endvidere pligt til at føre kontrol med alt medicinsk udstyr.

Lægemiddelstyrelsen har således siden den 1. januar 1995 haft en generel forpligtelse til at overvåge markedet for medicinsk udstyr, og finder styrelsen, at et produkt udgør en fare, har den mulighed for blandt andet at forlange, at produktet trækkes tilbage fra markedet, og denne mulighed eksisterer, uanset om fabrikanten markedsfører sit produkt efter de hidtidige regler eller efter de nye.

Og for at sikre en effektiv markedsovervågning er både sygehuse og læger pålagt en pligt til at indberette alvorlige uheld og begivenheder med medicinsk udstyr, og denne indberetning skal ske til Lægemiddelstyrelsen. Og markedsføres udstyret efter de nye regler, har fabrikanten også en indberetningspligt.

Jeg vil slutte med at sige, at efter min opfattelse sikrer de gældende regler, at der gennemføres en betryggende vurdering af medicinsk udstyr, hvis en fare kan være forbundet med anvendelsen, og disse regler bliver som nævnt obligatoriske fra midt i juni 1998 for alt medicinsk udstyr bortset fra udstyr til laboratoriestet.

Det særlige overvågnings- og indberetningssystem sikrer endvidere, at eventuelle fejl ved et produkt hurtigt vil blive opdaget.

Forslagsstillerne foreslår også, at der indføres en bedre kontrol med tildeling af offentlige midler til forskning og udvikling af nyt medicinsk udstyr, herunder implantater, og her ved jeg, at Erhvervsfremme Styrelsen er i gang med at se på, hvordan forskningsprojekter i fremtiden skal vurderes, og Erhvervsfremme Styrel-

sen forestiller sig, at det bl.a. skal vurderes, om der er lægeetiske indvendinger imod et nyt produkt, om der er lægefaglige indvendinger imod idéen, samt hvilke risici der kan være ved gennemførelsen af projektet.

Fra forslagsstillernes side er der endvidere et ønske om at få gennemført neutrale videnskabelige analyser af alle behandlingsformer og få oprettet et indberetnings- og alarmeringssystem for uhensigtsmæssige behandlingsmetoder og behandlingsforløb.

Til det vil jeg først og fremmest sige, at der er sket en betydelig udvikling på det her område i løbet af det seneste år, og af væsentlige tiltag kan der peges på Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering, som blev nedsat ved udgangen af 1994, og på etableringen af en lang række kliniske databaser.

Og Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering udgav i 1996 en national strategi for medicinsk teknologivurdering, og her kan der især peges på et af de overordnede strategielementer, hvormed MTV indbygges i den løbende drift og planlægning på alle niveauer i sundhedssektoren, både centralt og decentralt, også på institutionsniveau samt på politisk-administrativt, sundhedsfagligt og forskningsmæssigt niveau. Et MTV-institut er endvidere under etablering i Sundhedsstyrelsens regi.

Endelig er det jo sådan, at der i sundhedsvæsenet – hvis jeg skal sige det helt generelt – er stærkt stigende opmærksomhed på benyttelsen af videnskabelige resultater i valget af behandlingsmetoderne. Jeg kan som eksempel nævne den tiltagende interesse for videnbaseret medicin.

Overordnet er det dog et lægeligt ansvar, og det er vigtigt at understrege, at det bør sikres, at en behandlingsmetode ikke frembyder unødigt risiko for patienten. Den ansvarlige læge har således før ibrugtagning af en ny behandlingsmetode pligt til at sikre sig, at der foreligger tilstrækkelig dokumentation, og såfremt dokumentationen ikke er tilstrækkelig, kan behandlingsmetoden kun tages i brug i forbindelse med videnskabeligt tilrettelagte forsøg.

Efter min opfattelse vil den iværksatte etablering af MTV-instituttet samt den udvikling af systemtilsyn og samordning af databaser fra Patientforsikringen, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Sundhedsstyrelsens tilsynsvirksomhed tilsammen betyde, at den nødvendige overvågning og kontrol af sundhedsvæsenets indsats sikres.

Jeg har villet gøre det her lidt grundigt, og når jeg har villet det, er det simpelt hen for at få slået fast, at det er et område, hvor der allerede er taget mange initiativer, og at det er noget, vi lægger stor vægt på i regeringen.

Vi kan derfor ikke støtte forslaget, for der er jo bl.a. tale om, at man her peger på nogle ting, som allerede er under fuld udfoldelse.

Hanne Andersen (S):

Socialdemokratiet har i mange år været optaget af patienternes retssikkerhed, for vi synes, det er vigtigt at sikre patienterne kvalitet og retfærdighed, så de kan have tillid til sundhedsvæsenet, og derfor har vi igennem årene taget mange initiativer, f.eks. til et patientklagenævn og til en patientforsikring, for derigennem bl.a. at styrke patienternes stilling og mulighed for at komme til orde.

Og ser man tilbage på de sager om patienters retsstilling, som er blevet behandlet her i salen, er der én ting, som med sikkerhed kan slås fast: Fremskridtspartiet har stemt imod de forslag, der havde til formål at forbedre vilkårene for patienterne. Da Socialdemokratiet fremsatte forslaget om kontrolbestemmelser for medikoteknisk udstyr, var der f.eks. ikke megen vilje fra Fremskridtspartiets side, og partiets ordfører sagde: All right, der kan opstå problemer, men vi mener ikke, at det kan begrunde en gennemførelse af dette forslag.

Derfor er det svært at forstå bevæggrundene for det beslutningsforslag, vi har til behandling i dag. Det er i hvert fald mærkværdigt at måtte konstatere, at det først er på nuværende tidspunkt, Fremskridtspartiet har fået øje på dette område.

Ministeren har gjort rede for alt det, der er sat i gang, og alt det, der er på vej, både i forbindelse med EF-direktiverne og de regler, der træder i kraft, og i forbindelse med komitésystemet, Erhvervsfremme Styrelsen, den medikotekniske vurdering og de nye databaser. Der sker utrolig meget på det her område.

Forslaget beskæftiger sig meget med Bonelocsagen, men den havde vi faktisk til behandling i december, og vi debatterede meget og længe og fremsatte et dagsordensforslag, og den daværende sundhedsminister havde forinden bedt professor Lars Nordskov Nielsen om at foretage en undersøgelse af hele Bonelocsagen, og den undersøgelse afventer vi konklusionerne af, og skulle konklusionerne her vise, at der skal gøres noget på det område, så tager vi det op, og så ser vi på det.

Men jeg må sige, at Fremskridtspartiet er sent ude, og vi kan derfor ikke støtte dette forslag.

Jørgen Winther (V):

Venstres ordfører på beslutningsforslag nr. B 126 er hr. Jens Vibjerg, men da han desværre er optaget andetsteds, vil jeg gerne sige følgende på hans vegne:

De problemer, vi har set i forbindelse med bl.a. Boneloc, viser, at der er behov for kontrol og godkendelse af medicinsk udstyr, inden det ibrugtages, og derfor er det Venstres opfattelse, at det, der ligger i beslutningsforslaget, er relevant, men det er også vores opfattelse, at der med bekendtgørelsen fra januar 1995 og det nye EF-direktiv, der træder i kraft næste år, sikres en godkendelse af medicinsk udstyr inden ibrugtagningen, og det mener vi egentlig er en tilstrækkelig sikring.

Venstre er selvfølgelig positivt indstillet over for det beslutningsforslag, der her foreligger, men vi finder altså ikke, at det er direkte nødvendigt lige nu.

Henriette Kjær (KF):

Umiddelbart har jeg stor sympati for forslaget, og jeg var selv lige ved at fremsætte et tilsvarende forslag, efter at omstændighederne omkring Bonelocsagen blev kendt, for det er åbenlyst, at der er behov for nogle rammer på det her område, men på grund af de kommende EF-regler synes jeg, det nu er overflødigt, og jeg vil henholde mig til de faktuelle oplysninger fra sundhedsministeren, for det var en god og grundig gennemgang, vi her fik.

Så på den baggrund afviser Det Konservative Folkeparti beslutningsforslaget.

Margrete Auken (SF):

Da SF's ordfører ikke kan være her, har jeg på hans vegne lovet at meddele, at vi selvsagt er enige i sigtet: at implantater skal testes og godkendes på linje med medicin, og både Bonelocsagen og de problemer, der har været i forbindelse med siliconebryster, dokumenterer jo behovet. Men da der allerede er etableret en ordening, og da de regler, som ministeren nævnte, trådte i kraft den 1. januar 1995 og skal være fuldt gennemført i 1998 – i øvrigt på baggrund af to EF-direktiver, som altså har været med til at hæve sundhedsniveauet i Danmark – synes vi, Fremskridtspartiets forslag er en anelse overflødig.

Dog kunne der efter SF's opfattelse være grund til at evaluere, om reglerne for informeret samtykke ved forsøg og om lægers rolle ved forsøg virker hensigtsmæssigt, men det kan godt ske uden dette overflødige forslag.

Vibeke Peschardt (RV):

Efter Det Radikale Venstres opfattelse er der allerede sikret godkendelse af det medicinske udstyr, som det her forslag handler om, og derfor ser vi ikke nogen grund til at realitetsbehandle forslaget her.

Den ulykkelige Bonelocsag er der ligeledes taget hånd om, idet der kører en undersøgelse, som vi håber ender med et godt resultat.

Vi må altså afvise forslaget.

Bruno Jerup (EL):

Enhedslisten er i udgangspunktet positivt indstillet over for det foreliggende forslag, og vi forstår det sådan, at hensigten er, at der skal ske en opstramning på det her område, måske også en yderligere opstramning i forhold til den gældende lovgivning, som blev beskrevet af ministeren.

Og man kan jo sige, at hele Bonelocskandalen kunne have været undgået, hvis vi på det tidspunkt havde haft en præcis godkendelsesprocedure, og i Sverige har man faktisk været i stand til at undgå en tilsvarende skandale, idet der dér kun blev udført ganske få operationer med brug af Boneloc, inden man gjorde den erfaring, at det ikke duede, og det samme er sket i Norge: Dér har man også været forholdsvis hurtig til at drage en konklusion.

Så man kan sige, at det er muligt, at forslaget på en eller anden måde rammer lidt ved siden af i forhold til den gældende lov, men vi vil nu opfatte det sådan, at det er forslagsstillernes hensigt, at det er nødvendigt at få en opstramning af den gældende lov, og det er vi helt enige i, for det er absolut nødvendigt, at alt, hvad man putter ind i folk – enten det nu er udstyr som f.eks. hofteproteser, eller det er medicin – er prøvet af, så man ved, om det har en god effekt.

Så med de ord vil vi sige, at vi er positive over for forslaget.

Og så lige en kort kommentar til fru Hanne Andersen, som kritiserede Fremskridtspartiet for først nu at have fundet ud af, at forslaget er nødvendigt: Dér kan man bare sige, at det jo altid har været sådan, at der er større glæde i himlen over én, der har omvendt sig, end over 100 frelste.

Addi Andersen (CD):

Da vi diskuterede dette emne i forbindelse med forespørgslen i december 1996, syntes jeg, sundhedsministeren gav en glimrende redegørelse for, hvad man havde gjort for at stramme forholdene i forbindelse med ibrugtagning af medicinsk udstyr op, og det har ministeren også gjort i dag, og CD savner en påvisning af, at den nuværende bekendtgørelse ikke er dækkende, og at den opstramning, der har fundet sted, ikke er tilstrækkelig.

CD kan derfor ikke støtte forslaget.

Pia Kjærsgaard (DF):

Dansk Folkeparti mener, at hele Bonelocaffæren virkelig har været en skandale, som burde få mange til at tænke meget dybt over, hvad det er, der bliver puttet i mennesker af medicin og af reservedele, for det er det, som forslaget her omtaler, og naturligvis skal der være regler for de effekter eller andet, der bruges til patienter; det er helt logisk.

Men jeg kan forstå, at disse regler mere eller mindre er sat i kraft. Der er dog ingen tvivl om, at Dansk Folkeparti meget nøje vil undersøge, om de bliver fulgt op.

Det forslag, der her er fremsat, er overflødigt, har nogle ordførere sagt, og det ved jeg ikke om det er, men under alle omstændigheder er Dansk Folkeparti positivt indstillet over for intentionerne i forslaget.

Og så er der en ting, som jeg mener er meget vigtig, og som også har været omtalt meget i forbindelse med Bonelocskandalen, og det er, at det under ingen omstændigheder kan accepteres, at læger på den ene eller den anden måde er økonomisk involverede i de effekter, som patienter får tilbudt.

Formanden:

Hr. Jan Køpke Christensen som ordfører for forslagsstillerne.

Jan Køpke Christensen (FP):

Det forslag, vi behandler her i dag, er jo et forslag, der skal pålægge regeringen at fremsætte et konkret lovforslag om, at »reservedele« til mennesker, dvs. implantater, skal kontrolleres og godkendes inden brug.

Og det, Fremskridtspartiet vil have, er en dansk kontrol og godkendelse hos bl.a. Sundhedsstyrelsen, og her er Boneloc-sagen, som flere ordførere har været inde på, jo et klart skoleeksempel på, hvor galt det kan gå, når disse

reservedele til mennesker i dag stort set hverken skal kontrolleres eller godkendes af nogen som helst og det er den enkelte læge, der skal sikre, at reservedelen er god nok, således som ministeren var inde på, for erfaringerne viser, at det ikke er tilstrækkeligt, og det er uhyggelige erfaringer, der har været.

Patienterne skal altså kunne have fuld tillid til, at de reservedele, der anvendes, er afprøvet og fundet okay, og det vil Fremskridtspartiets forslag sikre.

Og derfor er det helt hen i vejret, at lægemidler, som folk måske kun skal bruge i en kortere periode, skal igennem omfattende godkendelser, hvorimod reservedele, som skal bruges hele livet, ikke skal godkendes, og det forhold skal der efter vores opfattelse rettes op på, for det, der er tale om i den situation, er altså liv og død, og derfor kan det få nogle ret alvorlige konsekvenser, hvis der ikke er optimale godkendelseskrav.

Og jeg må så sige, at det ganske vist er således, at der er direktiver undervejs, som skal være på plads senest den 13. juni 1998, som ministeren også sagde, men at vi altså mener, at det er utrolig vigtigt, at de krav, som er nævnt i beslutningsforslaget fra Fremskridtspartiet, stilles fra dansk side.

Jeg vil selvfølgelig sige tak til de ordførere, der har været positive over for forslaget, og jeg er helt enig i de betragtninger, som Enhedslistens ordfører, hr. Bruno Jerup, fremkom med: at det for Fremskridtspartiet drejer sig om at få optimal sikkerhed gennem en opstramning på dette område, for på grundlag af de kedelige erfaringer, der har været, mener vi altså, at der helt klart er brug for en opstramning.

Både fru Pia Kjærsgaard og ordførerne for Det Konservative Folkeparti og for Venstre samt for Enhedslisten var faktisk positive over for forslaget, og det takker vi naturligvis for.

Det Konservative Folkeparti erkendte i hvert fald, at selv om man ikke ville støtte forslaget hundrede procent, havde man faktisk selv haft en idé om at fremsætte et lignende forslag. Så vi kan jo under udvalgsbehandlingen se, om der er nogle ting, der skal rettes til, således at vi efterhånden eventuelt kan få flere mandater til at støtte det, forhåbentlig så mange, at der på et tidspunkt er et flertal for det.

Det kræver i hvert fald et godt og grundigt udvalgsarbejde, så vi helt præcist kan se, hvor det er, det halter i forhold til det, der foreløbig er lagt frem fra myndighedernes side. Men foreløbig tak for den tilslutning, der er givet.

Hermed sluttede forhandlingen.

Afstemning

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

Formanden:

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:

18) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 138:

Forslag til folketingsbeslutning om frivillig mammografi for kvinder mellem 50 og 69 år. Af Jørgen Winther (V), Henriette Kjær (KF), Jan Køpke Christensen (FP), Addi Andersen (CD) og Pia Kjærsgaard (DF). (Fremsat 29/4 97).

Forslaget sættes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Birte Weiss):

Brystkræft er en meget alvorlig sygdom, som mange problemer er knyttet til, og et af dem er altså, at der har været alt for lange ventetider både til forundersøgelser og til behandling og efterbehandling.

Jeg er derfor glad for, at det er lykkedes at få gjort et godt indhug i de alt for lange ventetider, og dermed også for, at man fra Sundhedsstyrelsens side har fastsat nogle maksimalt acceptable ventetider på 14 dage for hver af de faser, der er tale om.

Det betyder ikke, at det *skal* tage 14 dage, men at man ikke vil acceptere mere end det, og jeg er derfor også glad for at kunne konstatere, at i en del amter er ventetiderne kortere end det maksimale, og at der nogle steder er en meget umiddelbar tilgang til det, lige så snart man har fået konstateret, at der er noget galt.

Når jeg tager denne indgang til debatten om screening, er det, fordi vi, når vi diskuterer en så alvorlig lidelse som brystkræft, nok skal passe på ikke kun at fokusere på selve screeningen, for en løsning af de andre problemer er efter min opfattelse fuldt ud så vigtig, og de problemer, som vi skal tage stilling til ved indførelse af en systematisk screening, behandles jo i øjeblikket i en følgegruppe, som Sundhedsstyrelsen nedsatte sidste år.

Følgegruppen blev nedsat med henblik på at se på udviklingen på området siden 1994, og den ser i den sammenhæng bl.a. på resultaterne af de screeningsprogrammer, som allerede er blevet sat i værk i Københavns og Frederiksberg Kommuner og i Fyns Amt.

Det er derfor regeringens opfattelse, at vi bør afvente følgegruppens redegørelse og Sundhedsstyrelsens faglige vurdering, før der tages stilling til eventuel indførelse af et landsdækkende mammografiscreeningsprogram, og at der ikke bør tages konkrete initiativer, førend vi har dette gode og gennearbejdede baggrundsmateriale at tage stilling på, og det vil sige, at selv om man er utålmodig – og det tror jeg alle her i salen, der er optaget af disse ting, er – bør man acceptere yderligere en måneds ventetid, til vi får en virkelig gennearbejdet baggrund for at tage stilling.

Det siger jeg så meget desto mere, som redegørelsen altså vil foreligge i løbet af en måneds tid og ikke blot vil indeholde en række sundhedsfaglige indfaldsvinkler, men også nogle økonomiske beregninger, for det er nu engang sådan, at før vi i Folketinget sætter nye initiativer i gang, er vi bedst tjent med nogenlunde at vide, hvad de koster, og hvordan prioriteringer skal være, og derfor er det lidt underligt at have et sådant hastværk med at skulle beslutte sig, umiddelbart før vi har et godt og gennearbejdet grundlag at tage stilling på.

Hermed ligger der ikke en afvisning af, at det kan være nødvendigt at forholde sig positivt til det, men vi skal dog noget bedre, end vi har mulighed for i dag, vide, hvad præmisserne for vores beslutninger og konsekvenserne af dem vil være.

Og på dette område er der også tradition for, at amterne inden for rammerne af sygehuslovgivningen selv iværksætter de nødvendige tiltag, som så understøttes med anbefalinger og vejledninger fra centralt hold. Et eksempel på dette er Sundhedsstyrelsens konklusion fra 1994, som jeg nævnte før.