

Og så et svar til hr. Bent Hindrup Andersen: Jeg vil altså ikke stå her i dag og give nogle fuldstændig firkantede garantier, men jeg vil gerne give nogle klare politiske tilkendegivelser om, at vi fra første færd har modarbejdet, at der kommer hormonbehandlet kød i danske forretninger, og at vi har haft et samarbejde med de øvrige lande i EU og nu har vundet en sejr, som ser ud til helt klart at betyde, at vi har nået det mål, at der ikke kommer hormonbehandlet kød ind i Danmark.

Så lad os da stoppe op og glæde os over dét! 100-procents-garantier får man selvfølgelig ikke mig til at give her i dag, men det principielle står stadig væk ved magt, også hvis situationen skulle ændre sig, hvad jeg ikke tror den gør: en klar politisk tilkendegivelse om, at vi vil gøre alt, hvad vi overhovedet kan, for, at der aldrig kommer hormonbehandlet kød i danske forretninger.

Hermed sluttede spørgsmålet.

Den næste sag på dagsordenen var:

2) Spørgsmål om fremme af forespørgsel nr. F 35:

Forespørgsel til statsministeren [om ændring af loven om taxikørsel].

Af Ole Donner (DF) m.fl.

(Forespørgslen anmeldt 15/1 98).

Første næstformand (Ivar Hansen):

Hvis ingen gør indsigelse mod fremme af denne forespørgsel, betragter jeg Tingets samtykke dertil som givet. (Ophold). Det er givet.

Den næste sag på dagsordenen var:

3) Forhandling om redegørelse nr. R 9: Sundhedsministerens redegørelse af 13. januar 1998 om forebyggelse.

(Redegørelsen anmeldt 13/1 98. Redegørelsen givet 13/1 98. Meddelelse om forhandling 13/1 98).

Forhandling

Tove Lindbo Larsen (S):

Det er meget tilfredsstillende, at vi med denne redegørelse fra sundhedsministeren får lejlighed til at drøfte den forebyggelsespolitik, der har så stor betydning for danskernes sundhed. Det er også meget tilfredsstillende, at regeringen har en så positiv holdning til forebyggelse. Det fremgår tydeligt af sundhedsministerens redegørelse.

Jeg vil også gerne fremhæve bogen »Nøgletal om forebyggelse 1997«. Det er et stort og flot stykke arbejde, ministeriet har præsteret, og der er materiale, som vil være et godt grundlag for kommende aktiviteter på sundhedsområdet. Det er en meget god idé, at forebyggelsestallene vil udkomme som en selvstændig publikation i fremtiden.

For år tilbage var vaccination noget nær det eneste større forebyggelsesinitiativ, der fandtes. Nu ser man betydelig mere nuanceret på sagen. Og ministeren nævner i sin redegørelse, at ansvaret ligger dels hos det offentlige og dels hos den enkelte selv.

Det er Socialdemokratiet enig i, og jeg skal komme tilbage til det senere.

Aviser og farvestrålende brochurer giver gode råd om al slags forebyggelse, og jeg synes, man skal se sig godt for: Fiskeolie er godt for det ene, ingefær for noget andet, hvidløg for noget tredje, fibre for fordøjelsen, massageapparater for musklerne, lamper for varmen, og sådan kunne jeg blive ved meget længe.

Om man vil deltage i alt dette, er den enkeltes ansvar. Jeg skal ikke underkende, at nogle mener, at kosttilskud er godt. Og man kan jo benytte sig af det, hvis man vil, eller lade være. Det er ikke skadeligt for helbredet, men det kan måske blive det for tegnebogen.

Helsekost er meget populært, og derfor var det godt, at vi fik lovgivningen om det, så der blev ryddet op i branchen. Spørgsmålet er nu at finde en balance mellem kosttilskud og helsekost.

Når jeg nævner alt dette, er det, fordi det er en del af menneskers livsstil. Og livsstilen påvirkes af mange ting, og den er en væsentlig faktor i sundhedsbegrebet.

At forebyggelse og sundhedsfremme skal prioriteres højt, er Socialdemokratiet enig med regeringen i.

Forebyggelse skal imidlertid ses i et bredt perspektiv, også ud over sundhedssektorens

område, og det ser ud til, at Forebyggelsespolitisk Råd nu er kommet godt i gang igen, og det glæder jeg mig over.

Eksempler på andre områder:

Et godt trafiksystem, der tager hensyn til brugerne, hvor sikkerheden sættes i fokus, og hvor man tænker nyt med henblik på transporten mellem bolig og erhverv eller uddannelsessted, og at sikre en overskuelighed, der giver alle, også børn og ældre, tryghed ved at færdes i trafikken, er væsentligt at tænke på ved trafikplanlægning.

Et rent miljø er blevet så væsentlig en faktor i forebyggelsen og sundhedsfremmen, at det må ligge enhver ansvarlig stærkt på sinde. Og ren luft og rent vand er afgørende, men ingen selvfølge.

Arbejdsmiljøet er en afgørende betingelse for at nå de sundhedspolitiske mål at højne levealdere og få et godt liv. Det drejer sig her både om sådanne begreber som arbejdet med farlige stoffer, sikkerheden på arbejdspladsen, indeklimaet og meget andet. Og et godt samarbejde mellem organisationerne og politikerne og mellem arbejdsgiverne og arbejdstagerne er nødvendigt for at opnå gode resultater. Det kan jo ikke være rigtigt, at man bliver syg af at gå på arbejde.

Den sundhedsfremmende indsats skal også have sin plads på de offentlige institutioner, og her spiller institutionernes udformning og drift en stor rolle. Og jeg tænker naturligvis også på brugerne, enten det er børn eller voksne, for menneskers velfærd skal ikke glemmes i det forebyggende arbejde, og det offentlige har et stort ansvar for det forebyggende arbejde, men ansvaret må deles mellem staten, amterne og kommunerne.

Jeg ser meget hen til de redegørelser, vi snart modtager fra amterne og kommunerne om deres planlægningsarbejde. Det er resultatet af den lovgivning, vi har lavet, og Socialdemokratiet lægger megen vægt på, at det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde udføres så tæt ved borgerne som muligt, for derved mener vi at de bedste resultater opnås – tilpasset efter lokalområdet.

Men trods det lokale ansvar har sundhedsministeren ansvaret for den opgave at koordinere og fastholde overblikket over den samlede forebyggende indsats, og vi tillægger udmeldingerne fra sundhedsministeren meget stor betydning. Og jeg mener, at det statistiske materiale, vi får, giver et godt grundlag for

udvælgelsen af de områder, der skal sættes ind på i den kommende tid.

Det er også meget tilfredsstillende for Socialdemokratiet, at ministeren vil lægge megen vægt på ernæringspolitikken og den særlige indsats for at reducere den sociale ulighed i sundhed, som nævnes i redegørelsen, for social ulighed er helt uacceptabel i Danmark. Ikke desto mindre findes der mennesker, der befinder sig i en såkaldt social risikogruppe, og social- og sundhedsvæsenet må gå sammen om at hjælpe denne gruppe.

Desværre er der tit en sammenhæng mellem sygelighed, en svag økonomi, arbejdsløshed, en dårlig bolig og undertiden en uheldig omgang med rusmidler. Og uligheden opleves undertiden også fra egn til egn, ja endda fra bydel til bydel.

Det er et spørgsmål om, hvad det er for livsvilkår, vi giver folk, og der er meget, vi skal være opmærksomme på for at fjerne eller i hvert fald mindske uligheden i sundhed.

Børn i misbrugsfamilier har brug for en særlig hjælp, og vi skal fokusere stærkt på at yde den hjælp, der skal til for at give disse børn en rimelig opvækst.

Alkoholpolitisk Kontaktudvalg er også opmærksomt på, at vi måske ikke har gjort det godt nok, at det må forbedres, og at der må en øget indsats til.

Jeg synes også, vi skal være opmærksomme på, at kan vi opfange nogle eventuelt kommende problemer for børn, så må det gøres, måske ved en form for ændring eller udbygning af sundhedsplejerskeordningen. Det er nogle ting, vi skal se nærmere på.

Jeg tror også, det er nødvendigt med hjælp fra et netværk, som måske endnu ikke findes, men som så må skabes, og derfor må alle, der oplever disse tragiske tilfælde, prøve at skaffe børnene hjælp.

Ministeren har helt ret, når hun skriver, at en udjævning af den sociale ulighed i samfundet forudsætter en ændret opfattelse af flere ting: af samarbejdet mellem myndighederne, både staten og kommunerne, af fællesskabets og de frivillige organisationers muligheder og af borgernes gensidige omsorg for hinanden.

Indsatsen imod alkoholmisbrug blandt unge omtaler ministeren især, og det får vi lejlighed til at diskutere på et senere tidspunkt.

Et fornuftigt forhold til alkohol i de unge år vil have en afsmittende virkning senere i livet.

Vi er godt tilfredse med, at også justitsministeren er opmærksom på, at der skal være en strengere kontrol med udsækning af alkohol.

Det er nogle af de ting, som vi vil komme til at diskutere nærmere senere.

Jeg synes egentlig også, man på uddannelsesstederne, f.eks. de tekniske skoler og seminarier og andre steder, kunne vedtage en alkoholpolitik i fællesskab mellem lederne, lærerne og eleverne, for det kan man på virksomhederne, og så kan man vel også gøre det i uddannelsessektoren.

Forebyggelse og sundhedsfremme omfatter også ernæringsspørgsmålet.

Her er det grundlæggende, at det offentlige medvirker til, at forbrugerne får tilbud om rene, uforfalskede og sunde levnedsmidler og oplysninger om, hvad det er, de køber, så de kan sammensætte deres kost hensigtsmæssigt. Og det offentliges opgave skal udføres i et tæt samarbejde mellem Sundhedsministeriet og Fødevareministeriet, og et gensidigt supplement uden overlapninger vil give gode resultater og en god anvendelse af ressourcerne.

Her kan jeg ikke lade være med at nævne, at på f.eks. hospitaler og institutioner er man heldigvis kommet dertil, at man for hospitalernes vedkommende erkender, at den rigtige kost er et led i sygdomsbehandlingen. Og med hensyn til institutionerne havde vi jo sidste år en konference om institutionskost, og jeg mener, at mange af de ting, der blev diskuteret og konkluderet, nu skal føres ud i livet. Og jeg har forstået, at sundhedsministeren også er opmærksom på dette, og jeg hører gerne, hvilke initiativer, der kommer ud af denne konference. Men man skal i hvert fald slå fast, at underernæring og fejlnæring på sygehuse accepteres ikke.

Arbejdet med at hjælpe folk med at holde op med at ryge skal fortsætte ufortrødent, og at de unge og især kvinderne ikke har forstået budskabet, bekymrer mig virkelig.

Som på næsten ethvert område kan man også på sundhedsområdet lægge megen vægt på forskning.

Forskningen på sundhedsområdet har været ned i en bølgedal, men er nu på vej op, og det ser jeg som noget meget tilfredsstillende, for der er behov for denne forskning, så vi har et fornuftigt grundlag at gå videre på.

WHO's program »Sundhed for alle år 2000« nærmer sig sin afslutning: 2 år har vi tilbage til at opfylde kravene.

WHO siger blandt andet i sit program, som vi har tilsluttet os sammen med andre europæiske lande, at man skal lægge år til livet og lægge liv til årene.

Lad os fortsætte arbejdet. Sundhedsministerens redegørelse tegner godt for fremtiden.

Jørgen Winther (V):

En god forebyggelsespolitik skal bidrage til en bedre sundhedstilstand i hele befolkningen.

Forebyggelsespolitik omfatter mange områder: et sundt miljø, sikre arbejdspladser, sunde boliger, gode sociale forhold og gode venner og familie samt optimale muligheder for at opdage livstruende og helbredstruende sygdomme i rette tid.

Regeringens redegørelse rummer nogle gode ting og så mange almindeligheder, som alle partier vel kan være enige i. Men jeg synes, at redegørelsen burde være skrevet, så det klart fremgik, at vi i Danmark ligger på en dumpplads blandt samtlige 15 EU-lande. Det synes jeg er pinligt. Jeg synes, det må være pinligt at være dansk sundhedsminister og sidde sammen med de andre EU-sundhedsministre. I Danmark er vi jo et rimeligt velstående land. Vi bruger en hel del penge på sundhedsvæsenet, og så er vi faktisk det dårligste land til at forebygge sygdomme og helbrede syge patienter; vi er faktisk det dårligste land i hele EU.

Vi har et sundhedspolitisk paradoks i Danmark. De danske sundhedsudgifter er på niveau med de øvrige nordiske lande og andre nordeuropæiske lande, men den danske levealder målt ved middellevetiden er helt i bund.

Middellevetiden er selvfølgelig et af de bedste midler til at vurdere, om den danske forebyggelse og det danske sundhedsvæsen er godt nok og effektivt nok. Men med middellevetiden ligger vi helt i bunden blandt samtlige 15 EU-lande. Danske mænd bliver kun 72 år i gennemsnit, og en dansk kvinde lige knap 78 år. En svensk kvinde lever næsten 4 år længere end en dansk kvinde, og svenske mænd lever også næsten 4 år længere end danske mænd.

Er det så klimaet, der er årsagen? Det tror jeg ikke. Jeg tror ikke, der er så stor forskel på klimaet i Danmark og i Sverige, at det kan tillægges nogen årsag. Og ser vi på franske forhold, kan man se, at franske kvinder f.eks. lever endnu længere end de svenske kvinder.

Nu står vi så med en 16 sider lang redegørelse med mange almindeligheder. Men omsat til konkret politik, og hvad det er, vi har præ-

steret, må vi altså konstatere, at Danmark er på en dumpeplads blandt de 15 EU-lande. Derfor er dette også en meget vigtig debat med hensyn til at få inspiration fra hinanden og finde ud af, hvad vi i fællesskab kan gøre bedre.

Vi snakker utrolig meget forebyggelsespolitik i Danmark, og vi diskuterer sundhedspolitik næsten hver eneste dag. Vi har Forebyggelsespolitisk Råd, vi har Etisk Råd, amterne laver sundhedsplaner, og vi politikere diskuterer og diskuterer og diskuterer sundhedspolitik. Vi ser den ene statistik efter den anden, men lige lidt hjælper det faktisk.

Derfor vil jeg gerne spørge: Hvorfor er vi så dårlige til at skabe et godt og effektivt sundhedsvæsen i Danmark? Hvorfor er vi på denne dumpeplads i EU? Jeg håber, ministeren kan komme med et par gode forslag til, hvad det især er, vi gør for dårligt, og hvor det er, vi kan gøre det bedre.

Vi danskere er som enkeltindivider meget dårlige til at tage ansvar for vores eget helbred. Det kan være en af årsagerne. Det danske sygehusvæsen er måske på grund af de lange ventetider lidt for dårligt indrettet til at opdage alvorlige sygdomme i rette tid. Det kan være en anden årsag. Den danske forebyggelsespolitik er for diffus, for vag og for bred formuleret. Rådene er for mange og for diffuse og trænger ikke ind på lystavlen hos den enkelte dansker. Det kan måske være en tredje årsag.

Jeg vil gerne præcisere, hvad der efter min opfattelse betyder utroligt meget for danskernes helbred. Der er nemlig tre ting. Det er tobak – nummer et. Og tobak – nummer to. Og nummer tre – det er også tobak.

Tobak er den vigtigste årsag til mange alvorlige sygdomme, og det er ufatteligt, at vi ikke tager tobaksrygning mere alvorligt, end vi gør her i Danmark. Ser vi f.eks. på cigaretterne, kan man somme tider se, at der på sådan en almindelig pakke cigaretter f.eks. står, at det er sundhedsskadeligt at ryge. Det er jo ikke nok. Der skal stå langt mere beskrivende, hvad det er, tobaksrygning kan medføre.

Når vi taler om risikofaktorer kommer efter min opfattelse på andenpladsen overvægt eller fedme. Det sidste ord er næsten så frækt, at man ikke kan tillade sig at sige det fra Folketingets talerstol. Men det er nu engang sagen. Det er overvægten, der skaber utrolig mange sygdomme, og så tobakken. Det er to områder, der er så følsomme at debattere, og derfor bli-

ver tingene måske ikke sagt så direkte, som de burde siges.

Først derefter kommer alle de andre risikofaktorer som for meget alkohol, for lidt motion, for fed mad, osv. Vi kender dem jo alle sammen.

Jeg mener, det er vigtigt, at vi præciserer klart, hvad der er årsag til en forringet levetid og til et dårligt helbred, og at man ikke opremser alt for mange faktorer. Det er bedre, at befolkningen får at vide, hvad det egentlig er, der betyder rigtig meget.

Angående ventetiderne tror jeg altså nok, at de betyder lidt for helbredelsesfaktorerne her i Danmark. Det er jo sådan – jeg har ikke set nogen sammenligning, men jeg vil formode det – at Danmark er et af de lande, der har nogle af de længste ventetider inden for sygehusvæsenet. Men hvis sundhedsministeren kan bidrage med oplysning om, hvordan vi ligger i forhold til andre EU-lande med hensyn til ventetiderne, kunne det være spændende.

Der er kommet en redegørelse, hvori der står, at patienter, der skal indlægges på en somatisk afdeling, i gennemsnit venter 90 dage. Der skal vi så tænke på, at når det er en akut patient, der bliver indlagt, er ventetiden jo nul dage. Det vil sige, at for den anden patient skal det så være 180 dage, før gennemsnittet bliver 90 dage. Jeg synes, det er relativt lange ventetider.

Århus Amt, vil jeg gerne præcisere, var det første amt, der indførte en ventetidsgaranti – og i øvrigt på et Venstre-initiativ. Der indførte vi for snart 5 år siden, at en patient med en nyopdaget kræftsygdom højst måtte vente i 14 dage. Siden da kan jeg se – og det er med glæde – at der er ved at blive taget hul på, at flere og flere alvorlige sygdomme skal have tilbudt ventetidsgarantier. Egentlig må jeg sige, at behandlingsgarantier er et endnu bedre udtryk end ventetidsgaranti.

Men lad mig tage fat på et enkelt eksempel, som illustrerer den ineffektive danske sundhedspolitik. Jeg vil gerne nævne forebyggelse af brystkræft. Det er jo sådan, at Danmark er et af de lande i hele EU, der har flest brystkræfttilfælde målt pr. indbygger. Så skulle vi også tro, at Danmark var et af de lande, der var mest effektive til at opdage brystkræft i tide og forebygge og f.eks. lave screening, altså mamмоgrafi-screening.

Sådan er det ikke. Hvem er det, der blokerer for det fornuftige initiativ? Det har i mange år været Sundhedsstyrelsen, og nu på det sidste er

det sundhedsministeren. Ministeren vil ikke være med til at lave en frivillig form for mammografi, som er landsdækkende.

Vi var flere partier – det var De Konservative, CD, Dansk Folkeparti, Fremskridtspartiet og så Venstre – der i fællesskab for snart 1 år siden foreslog et sådant screeningprogram. Vi havde næsten et flertal. Enhedslisten var i hvert tilfælde udadtil ret positiv på et tidspunkt, men sprang så fra i sidste øjeblik.

Jeg synes, at det er fortvivlende og forbausende, at en dansk sundhedsminister ikke kan se det fornuftige i at indføre en frivillig mammografi-screening, når Danmark ligger så højt både med hensyn til antallet af nye tilfælde og med hensyn til, hvor mange der dør af sygdommen.

Så har jeg bemærket i avisen i dag, at den radikale ordfører, fru Vibeke Peschardt, nu er blevet positiv over for den frivillige screening. Hun siger i en af aviserne, at hun er positiv over for den nu. Det, jeg så er spændt på, er, om det er sådan, at De Radikale bare siger ét og så vil stemme noget andet, eller om fru Peschardt nu vil stå fast denne gang på De Radikales vegne.

Jeg er ked af, at jeg ikke kan finde fru Peschardt i salen lige nu, men jeg håber, hun lytter ved højtalerne.

Jeg læste for ikke så lang tid siden om en svensk overlæge, der var kommet til et af sygehusene i Danmark. Hans første kommentar var, at han var meget forbavset over at se de meget, meget store kræftkuder, der var i brysterne hos danske kvinder, sammenlignet med Sverige. Og i Sverige har man som bekendt en vid form for screening og forebyggelse.

Jeg kan se, min tid er ved at løbe ud. Jeg havde noget mere, jeg gerne ville sige. Men det kan jeg så komme tilbage til senere.

Jeg mener ikke, vi skal lave alt for mange screeningprogrammer, men angående kræft i livmoderhalsen og angående kræft i brysterne tror jeg, det er en meget, meget god idé at lave nogle screeningprogrammer, og det håber jeg vi har en minister der også snart vil kunne erkende.

Henriette Kjær (KF):

Forebyggelse er som udgangspunkt altid godt. Ved at forebygge kan man undgå mange ulykker, og der er ingen tvivl om, at der er taget mange gode forebyggelsesinitiativer.

Men problemet er jo selvfølgelig, at man ikke kan være helt sikker på, hvordan og om forebyggelses- og oplysningskampagner virker, for det kan være svært at fremskaffe videnskabelig dokumentation for det. Derfor er argumenterne for eller imod, eksempelvis oplysningskampagner som middel til at forebygge, baseret på gæt, håb og holdninger.

Men om oplysningskampagner virker, og hvordan vi forebygger bedst muligt, får vi forhåbentlig mere at vide. Nu har Københavns Universitet fået sin første professor i forebyggelse og sundhedskommunikation, Lars Iversen, der sidder på Panum Institutet.

I Det Konservative Folkeparti vil vi følge arbejdet med stor interesse. Når vi får mere dokumentation for, hvordan forebyggelse virker, bliver det meget lettere for os politikere at målrette indsatsen, og forhåbentlig bliver vi mere villige til at satse på forebyggende foranstaltninger, når der ligger nogle håndgribelige beviser på, at det virker, og især hvad det er, der virker.

Jeg tror dog, uanset hvad, at oplysningskampagners berettigelse først og fremmest er at skabe opmærksomhed om sundhedsproblemer og sprede viden til befolkningen.

I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at viden og positive holdninger ikke automatisk fører til adfærdsendringer. Mange vaner er så indgroede, at de ikke bare kan ændres ved, at man får at vide, at dette eller hint er usundt eller uhensigtsmæssigt. Eksempelvis ved de fleste rygere, at rygning er sundhedsskadeligt; alligevel ryger de. Så det viser jo, at oplysning og viden ikke gør det alene, i hvert tilfælde ikke for dem, der allerede er faldet i.

Men det positive ved oplysningskampagner er, at en kampagne sætter sundheden på dagsordenen og er med til at legitimere at tale om f.eks. alkoholproblemer på arbejdspladsen. Det kan hjælpe mange, der har gået rundt og tumlet med et problem alene, fordi det har været et tabuemne.

Men uanset hvad, oplysningskampagner kan ikke stå alene. De skal suppleres med forskellige former for initiativer, der kan give en adfærdsendring. Det er derfor vigtigt, at der fortsat forskes i vore sygdomme og adfærd; så det bliver lettere at komme sygdomme og lidelser i forkøbet.

I 1970'erne indførte Verdenssundhedsorganisationen WHO en målsætning, »Sundhed for

alle i år 2000«. Danmark tilsluttede sig i 1984 det sundhedspolitiske program for den europæiske region.

Umiddelbart kom jeg til at tænke på, at sådan et program nok mest var for østeuropæiske gadebørn og polske landarbejdere. Men som vi kan læse ud af ministerens redegørelse, ligger den danske gennemsnitlige middellevetid under den svenske. Og det bliver endnu værre, når man læser i DIKE's rapport »Danskernes sundhed mod år 2000«, som blev tilstillet Folketingets Sundhedsudvalg i maj 1997. Her kan man se, at vi ligger helt i bund, når man sammenligner os med de øvrige OECD-lande. Og udviklingen går helt modsat i de andre lande. Hos os går det ned ad bakke, og i de øvrige lande højner man middellevetiden.

Det kan vi simpelt hen ikke sidde overhørig. I Det Konservative Folkeparti mener vi, at vi har en pligt til at gøre, hvad vi kan, for at få hævet den danske middellevetid. Der skal derfor sættes ind på flere områder i sundhedsmæssig sammenhæng, også på forebyggelsesområdet.

I redegørelsen nævnes det, at vi har et stigende antal dødsfald som følge af brystkræft. Fra 1985 til 1995 er dødsfaldene steget med 16 pct. Vi har i Det Konservative Folkeparti sammen med Venstre, Fremskridtspartiet, CD og Dansk Folkeparti fremsat beslutningsforslag om frivillig mammografi for kvinder mellem 50 og 69 år. Dette forslag blev afvist af ministeren, og det er nu op til hvert enkelt amt, om man vil give kvinderne dette forebyggende tilbud.

Det er utrolig ærgerligt, at ministeren ikke vil være med til at indføre et landsdækkende screeningprogram for kvinder i den aldersgruppe, når ministeren selv i sin redegørelse taler om den negative udvikling i dødsfald som følge af brystkræft. Man ved fra undersøgelser, at man kan reducere dødeligheden som følge af brystkræft med 29 pct. ved at screene. Senest har kræftlæge Karsten Rose udtalt, at han mener, man kan reducere dødeligheden med op til 40 pct.

I øvrigt er der et klart behov for en omlægning af kræftcentrenes struktur. Vi har alt for mange; dermed bliver kvaliteten ikke så god, som den kunne være, hvis man samlede centrene og udviklede en højere ekspertise.

Det gælder ikke kun inden for brystkræft, men inden for flere af de sygdomsområder, der er årsag til, at danskerne ikke lever så længe som andre. Her skal virkelig gøres en indsats,

og jeg håber, ministeren vil komme med nogle initiativer til, hvordan vi kan forbedre kvaliteten i den behandling, vi tilbyder.

Som noget helt andet, men stadig i tråd med WHO's målsætning om sundhed for alle, har de danske sundhedsmyndigheder udbudt et vaccinationsprogram, der skal udrydde visse børnesygdomme eller i hvert tilfælde forhindre, at børnene bliver syge. Man kan tage imod tilbudet eller lade være. Men fakta er, at hvis 95 pct. af de danske forældre slutter op om vaccinationsprogrammet, kan man spare utallige hospitalindlæggelser, 40.000 årlige besøg hos den praktiserende læge og 38.000 årlige fraværsdage for mødre. Og det er da værd at tage med.

Man er ikke helt oppe på en tilslutningsprocent på 95 endnu, men vi nærmer os, og jeg synes helt ærligt, at det er godt, hvis vi kan forhindre, at småbørn dør af kighoste.

Det siger noget om, at WHO's målsætning om et sundere liv og et længere liv er særdeles vedkommende også set med danske øjne. Derfor skal vi tage WHO's målsætning alvorligt.

I ministerens redegørelse er der et afsnit, der hedder »Social ulighed i sundhed«. Det er ikke særlig rart, når vi skal arbejde for, at alle befolkningsgrupper er sunde og raske, og den polarisering, der nævnes, hvor op mod 20 pct. af befolkningen har både dårlige levevilkår og sundhedsforhold, skal vi gøre alt for at rette op på.

Jeg finder det uhyggeligt og uværdigt, at vi ikke kan hjælpe alkoholramte familier bedre, end vi faktisk gør i dag. Der er meget lidt støtte at få for den voksne alkoholmisbruger til at blive hjulpet ud af sit misbrug. Men endnu værre er det for de helt uskyldige børn, der lever i en sådan familie. De går jo for lud og koldt vand; de bliver alt for tidligt voksne, og det kan ikke undre nogen, hvis de får et problematisk liv som voksne og bliver direkte syge af det omsorgssvigt, de har oplevet som børn.

Her er det virkelig tvingende nødvendigt med et bedre samspil mellem socialforvaltning, sundhedsplejerske, skole og praktiserende læge. Vi kan ikke være bekendt at lade disse børn i stikken. Det er derfor glædeligt, at regeringen i sin redegørelse lægger op til at styrke indsatsen på dette område.

Regeringen agter også at sætte ind på ernæringsområdet i de kommende år. Det er godt og nødvendigt, for vi bliver simpelt hen for fede og får følgesygdomme med vores overvægt.

Men ernæring er andet end at spise fedtfattigt. Kostforplejningen i det offentlige skal have en højere status, skriver regeringen i sin redegørelse, og det er vi helt enige i i Det Konservative Folkeparti. Den mad, der serveres på vores institutioner, skal være sund, lækker og indbydende og helst økologisk.

For at forebygge osteoporose skal der sættes ind allerede i barndommen og ungdommen. Det er vigtigt, at vi får folk til at spise mørkegrønne grønsager og dyrke motion. Den motion, vi får som børn og unge, er jo med til at bygge vores knogler op, og selv om musklerne bliver slappe, når vi stopper med at dyrke motion, har vi trods alt styrket knoglerne for resten af livet. Så vi ser frem til Sundhedsstyrelsens informationsindsats og sundhedsministerens opprioritering af området.

Jeg synes faktisk, at regeringen og Folketinget gør et hæderligt stykke forebyggelsesarbejde. Vi kan altid gøre det bedre, og vi kan gøre mere, end vi gør. Derfor skal vi også have store ambitioner med hensyn til forebyggelsesindsatsen. Men det er vigtigt at slå fast, at vi også selv har et ansvar. Som voksne er vi forbilleder for vores børn. De arver jo vores livsstil, så al forebyggelse bør starte i hjemmet. Lav noget sund mad, lad være med at ryge, når du er gravid, og lad i øvrigt være med at ryge børnene ind i hovedet, når de er kommet ud af maven. Sørg for, at børnene får en ordentlig nattesøvn, børst deres tænder, og alt det dér. Det er helt banalt, men det betyder uendelig meget.

Vi skal selv være os vores ansvar bevidst. Vi kender trods alt vores krops behov bedre end nogen andre, og vi må derfor heller ikke slippe ansvaret for os selv.

Jørn Jespersen (SF):

Det er klart, at der er en meget bred opbakning i Folketinget bag det synspunkt, at det er bedre at forebygge, end det er at helbrede. Det tror jeg ikke vi kan blive enige om.

Dér, hvor de konkrete uenigheder sikkert melder sig, er, når vi skal til at prioritere indsatsområder, diskutere ressourcer, afsætte midler og bestemme virkemidler, der kan medføre, at vi får en reel forebyggelse.

Derfor er det godt, at regeringen har forelagt en redegørelse, som vi kan diskutere ud fra, og vores opfattelse i SF er, at de to hovedprioriteter, som regeringen lægger op til at styrke, nemlig en bedre ernæringspolitik og en indsats mod den socialt betingede ulighed i sundheds-

tilstanden, er to rigtige og vigtige prioriteringer. Vi vil meget gerne støtte, at vi opprioriterer indsatsen på de her områder, og glæder os til at se nogle mere konkrete forslag til udmøntning.

Når man så skal vurdere redegørelsen sådan mere generelt, bliver jeg nødt til at sige, at helhedsindtrykket er, at der er tale om mange kønne og rigtige ord, men abstrakte og uforpligtede vendinger, når det kommer til stykket. Det er der selvfølgelig en lejlighed til at rette op på, når de konkrete udspil kommer, og det går vi ud fra i et vist omfang vil ske. Men det havde nu været rart, at man fra regeringens side allerede på nuværende tidspunkt i lidt større omfang havde kunnet forpligte sig til nogle konkrete initiativer.

Det, vi mangler, er nogle helt operationelle målsætninger, det er valg af virkemidler, det er konkrete tilsagn om ressourcetildeling, og det er nogle bindende opfølgninger og evalueringer. Det er der meget lidt af i redegørelsen, og det må vi så indarbejde i de kommende initiativer og lovforslag.

Jeg vil gerne koncentrere mig om nogle af de mangler, som jeg mener der er, idet vi på en lang række områder som sagt kan være enige i regeringens formålsformuleringer og vil medvirke til at konkretisere dem.

For at tage fat i nogle af manglerne og svaghederne i redegørelsen mener vi for det første, at på ernæringspolitikens område, som vi som sagt er enige i bør opprioriteres, er der for lidt kreativitet og for få visioner i oplægget. Det er i for høj grad en opfattelse af, at man kan forbedre ernæringspolitikken i form af oplysningskampagner. Dér synes jeg, at man i stedet for oplysningskonceptet, som der er lagt op til at styrke, skulle have det, man kunne kalde et ledelseskoncept, hvor det offentlige og her altså ministeren, staten, forpligter sig til at gå foran og fungere som en rollemodel, der viser, hvordan det skal gøres.

Der er en lang række offentlige steder, hvor der er servering af mad, hvor man kunne gå ind og hæve kvaliteten, og hvor man kunne forpligte sig til, også når det ligger i amtsligt eller kommunalt regi, at der skulle ske noget. Lad os tage nogle af institutionerne fra en ende af: Er det f.eks. ikke forkert, at der overhovedet ikke er bespisningsmuligheder i de danske skoler? Hvorfor er der ikke et tilbud til alle elever i skolerne om, at der er en kantine, hvor man for en billig penge kan købe et ordentligt og sundt måltid? Hvorfor samarbejder man f.eks. ikke

med undervisningen i hjemkundskab med henblik på at få nogle ordentlige bospisningstilbud i skolerne?

Vi kunne også se på daginstitutionerne. Udviklingen i landets daginstitutioner er, så vidt jeg kan konstatere, at der er færre og færre steder, hvor der finder madlavning og bospisning sted, og man går i stigende omfang over til, at børnene selv har madpakker med. Og det er ikke sket ud fra nogen som helst ernæringspolitiske eller forebyggelsespolitiske overvejelser. Det er ganske enkelt sket, fordi det har været et relativt nemt område at skære ned på, når man skulle justere de kommunale budgetter.

Vi kunne også tage sygehusområdet. Vi har diskuteret det før; vi har haft en konference, og der er blevet sagt pæne ord, men så vidt jeg kan se, er der ikke sket ret meget endnu. Sandheden er jo den, at det stadig væk er sådan, at der er utrolig mange mennesker, der bliver mere syge, end de var i forvejen, ved at blive indlagt på landets sygehuse, fordi ernæringspolitikken er helt fraværende. Der er ingen, der har ansvaret. Der er ingen målsætninger, der foregår ingen målrettet indsats med henblik på at sikre en ordentlig ernæring under indlæggelse. Der er virkelig brug for at gøre en indsats på det her område.

Også på andre områder synes jeg at redegørelsen er mangelfuld. Man kunne pege på sammenhængen mellem det ydre miljø og befolkningens sundhedstilstand. På det område er redegørelsen stort set helt tavs. Men det er jo en kendsgerning, at en lang række af de miljøfremmede stoffer, som findes i vores omgivelser, har en mere og mere sikkert dokumenteret effekt på befolkningens sundhedstilstand.

Lad mig nævne sådan noget som de østrogenlignende stoffer, der findes i sprøjtemidler, og som findes i en lang række industriprodukter. Der er efterhånden ingen tvivl om, at de er kraftigt medvirkende til den stigende forekomst af brystkræft. En ægte forebyggelse af de stigende antal brystkræfttilfælde ville være at fjerne de kemikalier i vores omgivelser, som forårsager kræften.

Og der bliver jeg nødt til at sige til Venstres og De Konservatives ordførere, at screening er altså ikke under nogen omstændigheder forebyggelse. Hvis man tror på screeningmodellen, kan der være tale om en tidligere diagnosticering og dermed en tidligere behandling. Det er ikke forebyggelse, og det er i øvrigt højest usik-

kert, om det har nogen reel effekt på længden af ens liv og på overlevelsesmulighederne, og derfor er det meget problematisk. Men en ægte forebyggelse af sådan noget som brystkræft var at sætte ind mod de østrogenlignende stoffer i vores omgivelser.

Der er heller ingen tvivl om, at udstødningen fra biler og lastbiler, de mange partikler, der er i luften, er medvirkende til den kraftige stigning i antallet af luftvejssygdomme, af astma, allergi, eksem, som er et af de helt store problemer. Det er også påpeget i redegørelsen, at det er et af de stigende og voksende voldsomme problemer, men der er slet ikke knyttet nogen kobling til forurening fra biler og lastbiler, og det ville være den ægte forebyggelse at sætte ind her.

Det er også en stadig mere dokumenteret kendsgerning, at bly og kviksølv og andre tungmetaller i vores omgivelser fører til en senere udvikling af børns hjerner og centralnervesystemer, og det har en lang række afledte sundhedsmæssige konsekvenser. Ingenting i redegørelsen. Det ville være ægte forebyggelse at sætte ind på det her område.

Hvis vi ser på, hvordan man fra regeringens og centraladministrationens side har prioriteret den såkaldte miljømedicin, altså sammenhængen mellem det ydre miljø og sundhedstilstanden, er sagen jo den, at regeringen indtil for nylig i hvert fald decideret har nedprioriteret området ved at nedlægge den afdeling i Sundhedsstyrelsen, der havde ansvaret, og at man først for nylig er vendt om, så man igen fra regeringens side er begyndt at love, at man vil opprioritere indsatsen, så den som minimum kommer til at være på det niveau, der var tidligere. Det synes jeg er for svagt. Der er virkelig brug for, at nogen påtager sig det samlede ansvar for at holde øje med og sætte ind over for de sundhedsskadelige effekter af vores ydre miljø.

Det sidste område, som jeg vil nævne, som jeg mener er alt for svagt prioriteret i redegørelsen, er arbejdsmiljøet. Og jeg er godt klar over, at det ikke er sundhedsministerens ressortområde, men vi er jo alligevel nødt til, når vi diskuterer en forebyggelsespolitisk redegørelse, at inddrage de områder, som har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand. Og især når man fra regeringen og også fra vores side meget gerne vil gøre noget ved den socialt betingede ulighed, er arbejdsmiljøet et helt uomgængeligt område at tage fat på.

For der er jo ingen tvivl om, at det er ens tilknytning til arbejdsmarkedet, og det er de jobrelaterede virkninger, der har meget stor betydning for uligheden i vores sundhedstilstand. Der er en massiv overdødelighed og en massiv sygelighed inden for visse jobgrupper. Det er ikke det gammeldags med sod og mæg osv., der er det store problem længere; næ, det er de moderne arbejdsbetingede lidelser, som stadig væk har meget stort helbredseffekt. Det er f.eks. sådan noget som ensidigt, gentaget arbejde, som 10 pct. af befolkningen er udsat for, og som bl.a. giver sig udslag i de skelet- og muskelsygdomme, som også er nævnt i redegørelsen som et af de helt store sundhedsmæssige problemer. Så der bliver vi altså nødt til at få et forstærket pres fra den sundhedspolitiske sektor ind i arbejdsministerens område, så vi får opprioriteret indsatsen mod de elementer i arbejdsmiljøet, som er skadelige for befolkningens sundhedstilstand.

For at opsummere: Det er en god redegørelse i den forstand, at den prioriterer rigtigt, og at der er mange fornuftige og gode hensigter, som vi meget gerne vil medvirke til at følge op konkret. Der er et stort behov for netop at få formuleret forpligtende målsætninger, valgt virkemidler, tildelt ressourcer og fulgt op på det, så vi kan se, at vi kommer nogle steder og ikke kun udtaler pæne ord.

Vibeke Peschardt (RV):

Den forebyggelsesredegørelse, vi skal drøfte her i dag, er for Det Radikale Venstre en slags status over 1990'ernes forebyggelsesindsats. Endnu længere tilbage, i midtfirserne, satte WHO's »Sundhed for alle i år 2000« fokus på sundhed og på sygdomsforebyggelse. Det var måske WHO-planen, der i 1989 inspirerede til et bredt anlagt forebyggelsesprogram, der det år blev fremlagt. I hvert fald blev der dengang lagt nogle spor ud, der, sådan som jeg ser det, har præget 1990'ernes samlede forebyggelsesindsats.

Forebyggelsesprogrammet fra 1989 havde som mål at reducere antallet af tidlige dødsfald, at reducere antallet af lidende og invaliderede og at give flere danskere en alderdom uden forringet livskvalitet. Programmet fokuserede bredt på trafikulykker, arbejdsmiljø, boligforhold, men ikke mindst de tre store dræbere: rygning, alkoholforbrug og -overforbrug og forkert kost blev der sat lys på med god grund. Hjerte-kar-sygdomme og kræft hørte til og

hører stadig til de sygdomme, der har den største dødelighed og den mest invaliderende effekt med et tungt liv for dem, der bliver ramt af disse sygdomme.

Det gode ved en status som den, der gøres her, er, at man faktisk kan se, at det, der er blevet satset op gennem 1990'erne – og det er temmelig meget – for en stor dels vedkommende har virket efter hensigten. Der er nemlig sket et fald i befolkningens hjerte-kar-sygdomme, og der er sket en reduktion af rygerne, nemlig med 10 pct. Det har altså virket, at der er sat kraftig fokus på rygning og kostvaner. Alligevel er der omkring 1,6 mio. rygere i Danmark og rigtig mange storrygere.

En anden succeshistorie om forebyggelse mener vi kan ses i faldet i trafikulykker. Siden man i 1988 fik Færdselssikkerhedskommissionens målsætning om færre trafikulykker og trafikuheld, er der hvert år både i det statslige, amtslige og kommunale område afsat midler til trafiksaneringsprojekter. Politiet har forstærket indsatsen med at overvåge trafikanterne, og resultaterne er markante. Der er virkelig sket et voldsomt fald i trafikulykker – et godt eksempel på, at forebyggelse og forebyggelse bredt tænkt i alle tre led i dette samfund virker.

Til gengæld er der også områder, hvor der ikke er sket så meget. Her vil jeg fremhæve muskel- og skeletskaderne. Hver fjerde førtidspension, der uddeles i dette land, gives til mennesker, der har lidelser i bevægeapparatet, typisk dårlige rygge. Ifølge befolkningens egne oplysninger om deres sundhedstilstand, som står anført i den seneste DIKE-rapport fra sidste år, havde 15 pct. af den voksne danske befolkning langvarige muskel- og skeletsygdomme. De samme sygdomme er årsag til hver tredje lidelse, der anmeldes som arbejdsbetinget, og som nævnt før hver fjerde førtidspensionering.

Der er mange samspilende faktorer her, men i Det Radikale Venstre mener vi, at en af de værste syndere og storproducenter af dårlige rygge er arbejdsmarkedet, de offentlige arbejdsgivere såvel som de private, den store offentlige plejeindustri, hospitaler, institutioner og plejehjem og hjemmehjælpen. Tunge løft og forkerte arbejdsstillinger giver dårlige rygge, og det er ikke kun på slagterierne og i fiskeindustrien, hvor ensidigt, gentaget arbejde nedslider folk. Det er også dér, hvor politikerne selv er arbejdsgivere, nemlig i amter og kommuner.

Der er mange spændende oplysninger i det materiale, der er sendt ud i dag, og det er svært

at vælge noget frem for andet. Alligevel mener vi, at det er et meget stort problem, at et rigt land som Danmark har den korteste levetid for kvinder og den næstlaveste for mænd i hele EU. Samtidig har vi for os at se et kæmpe problem i det vi kalder 80/20-problematikken, nemlig det, at 20 pct. af befolkningen er mest syge og bruger sundhedssystemerne oftest eller burde bruge dem mest.

Middellevetidsudvalgets rapporter fremlagde ikke bare statistikker, men også årsagerne bag tallene: stresset arbejdsliv og familieliv, ensomhed, nedslidning osv. Jeg skal ikke gå ind i en lang diskussion om det, men blot konstatere, at den del af befolkningen, der har den største arbejdsløshed og den dårligste uddannelse, også er dem, der får det dårligste helbred og det dårligste liv.

I Det Radikale Venstre vil vi meget gerne være med til at ændre på disse tilstande. Vi vil gerne skubbe udviklingen af forebyggelse i en ny retning. Derfor har vi udarbejdet et oplæg til inspiration med nogle ideer til, hvordan en forebyggelsesindsats kan ændres, sådan at der kommer nyt fokus på indsatserne. Vi forestiller os, at det fremtidige arbejde tager udgangspunkt i 10 sundhedsmål, og at man inden for en 10-årig periode satser på målopfyldelsen.

Målene er, at vi inden for en periode på 10 år skal nedbringe antallet af nye tilfælde af hjertekar-sygdomme med 50 pct., nedbringe antallet af nyopståede kræfttilfælde mest muligt, nedbringe antallet af nyopståede muskel- og skeletskader med 50 pct., nedbringe forekomsten af nye astma-allergi-tilfælde med mindst 20 pct., nedbringe antallet af ufrivilligt barnløse med 25 pct., antallet af alkoholbetingede sygdomme skal væsentligt ned, antallet af rygere i befolkningen skal fra 36 pct. ned til 25 pct. Der skal gøres en særlig målrettet indsats for tidlig opsporing og forebyggelse af psykiske lidelser, der skal gøres en særlig målrettet indsats gennem forebyggelse af sygdomme hos ældre over 65 år, og endelig skal der – det er næsten det allervigtigste – gøres en særlig indsats gennem forebyggelse af sygdomme hos den socialt dårligt stillede del af befolkningen. 80/20-problematikken henviser til, at 20 pct. af befolkningen har de dårligste levevilkår og den dårligste sundhedstilstand.

Med hensyn til midlerne til at nå målene har vi givet en række eksempler, og jeg nævner også af hensyn til hr. Jørgen Winther og hans bemærkninger tidligere på dagen om screenin-

ger, at det kun er eksempler. Idéoplægget går nemlig ud på, at man i lighed med sundhedsfremmeprogrammet fra 1989 lader en ekspertkomité udarbejde midlerne. Først derefter skal Folketinget tage stilling til, om man er villig til en satsning af denne type, herunder også spørgsmålet om midlerne. Da vi på forhånd ikke kender midlerne, er det heller ikke muligt at sætte præcise tal på, hvad sådan et forebyggelsesprogram vil koste.

I dag er de sundhedsministerielle kroner til central forebyggelse 115 mio. kr. på finansloven for 1998. Det kunne vi godt på næste års finanslov være med til at fordoble over en længere periode for at få sat virkelig fokus på, at forebyggelse er vejen til, at danskernes helbred over en længere periode langsomt kan forbedres. Jeg har ingen idé om, hvorvidt det her er nok, men jeg forestiller mig naturligvis, at amter og kommuner tilsvarende går ind i denne her opgave, og vi ved jo endnu ikke, fordi evalueringen af deres sundhedsplaner først kommer ved udgangen af det her år, hvordan det går med det. Tallene tyder i hvert fald ikke på, at det har virket markant.

Det siger sig selv, at man i starten af et finansår, som vi er i nu, ikke kan komme og bede om nye udgiftskrævende tiltag, og det er heller ikke det, vi gør, men vi håber, at vores udspil her vil blive positivt modtaget. Det er omdelt til Sundhedsudvalget her i formiddag.

Jan Køpke Christensen (FP):

Når sundhedspolitik drøftes, er der tendens til, at der fokuseres stærkt på sygdomme. De er naturligvis relevante i diskussionen om, hvordan sundhedssektoren skal indrettes, men alligevel kommer de i anden række. Det primære er at satse på forebyggelse, så sygdomme naturligvis ikke opstår. Det er vigtigere at rette opmærksomheden mod, hvordan sygdom kan undgås.

Billedligt talt kan forholdet mellem sundhed og sygdom og forebyggelse og helbredelse sammenlignes med en flod, der skal stoppes. Floden begynder som en kilde, der udspringer fra toppen af et bjerg. Jo længere kilden får lov til at løbe, jo større bliver den. Efter en vis strækning er kilden blevet så stor og kraftig en flod, og floder er naturligvis nemmere at stoppe, jo tættere på udspringet man forsøger at gøre det.

På samme måde forholder det sig med forebyggelse og helbredelse af sygdomme. Det

optimale er, at den forebyggende indsats er så effektiv, at en sygdom aldrig nogen sinde opstår. Hvis sygdommen opstår, skal den så vidt muligt behandles og kureres i begyndelsen.

Hvis sygdommen får lov til at udvikle sig, kan det blive vanskeligt og ressourcekrævende at kurere den – også økonomisk, men det er selvfølgelig en sidebemærkning. Det centrale er det medmenneskelige perspektiv.

Fremskridtspartiet er derfor af den opfattelse, at der skal ofres meget mere opmærksomhed på, hvordan sygdomme kan afhjælpes gennem forebyggelse. Derfor er det, der ligger fra sundhedsministeren, også velkomment. Det er som bekendt meget dyrt, det er utrolig kostbart at drive vores moderne sundhedsvæsen. Kan forebyggelse spare udgifter til helbredelse, ja, så spares der både menneskelige lidelser og skattekroner.

Vi må erkende, at vor situation i Danmark er kritisabel. Vi taler og taler om sundhed, og der går faktisk ikke en enkelt dag, hvor der ikke er fokus på sundhed i medierne, f.eks. på Ritzau. Det er altid sundheden, der debatteres i samfundet.

Så er spørgsmålet: Gør vi nok for at undgå disse sygdomme? Det gør vi åbenbart ikke, når vi ser på de statistikker, der ligger – som også, jeg tror, det var hr. Jørgen Winther, der var inde på det – med dumpeplacering i EU med hensyn til at forebygge og helbrede. Det er naturligvis noget, som vi må tage meget, meget alvorligt.

Den danske middellevetid, som vi har været inde på, er helt i bund, og det skal der efter vores opfattelse gøres noget ved. Der må nu skabes handling, så det ikke kun er snak og snak. Vi er ikke, som vi tidligere kunne bryste os af, et samfund, der er helt optimalt med hensyn til helbredelse og forebyggelse. Og forebyggelse er et område, hvor der virkelig må skæres igennem for at forbedre indsatsen.

Man har talt meget om tobak, overvægt og andre ting, der skaber sygdomme. Det er ganske rigtigt. Jeg må sige, at når det drejer sig om de betragtninger, man gør sig i en sådan situation, så mener vi, at det er vigtigt, at individets valgfrihed i forhold til egen situation opretholdes. Det vil altså sige den personlige frihed set i relation til livskvalitet.

Der næst skal forholdene for de svageste – det er 20 pct. af befolkningen – naturligvis opprioriteres, men det skal ikke være på bekostning af den resterende befolkning.

Så skal der være klare retningslinjer vedrørende anvendelsen af genetiske test og ikke mindst misbrug af resultaterne og et centralt arkiv, som andre offentlige/private instanser har adgang til.

Vor holdning i Fremskridtspartiet er, at det primære må være at fokusere på forebyggelse, så sygdomme ikke opstår. Behandlingen kommer i anden række. Det er meget dyrt at drive vores sundhedsvæsen, som vi alle ved. Gennem forebyggelse spares samfundet for de kæmperessourcer, der er forbundet med behandlingen, og borgerne spares for ubehagelige oplevelser, der måske kunne være undgået. Fremskridtspartiet er derfor tilhænger af en forstærket indsats, så sygdomme afhjælpes gennem forebyggelse.

Vi mener, der er mange aspekter i det her. Jeg tror, det var SF, der var inde på sådan noget som arbejdsmiljø. Arbejdsmiljøet er et utrolig vigtigt element. Det er ikke kun arbejdsmiljøet, men også sådan noget som trafikken. Vi kunne se meget, meget bredt på de mange aspekter i samfundet, der kunne forebygge sygdomme. Vi må alle sammen arbejde for at skabe forståelse i befolkningen for de ting, man skal leve efter.

Men der er stadig væk det dér med den personlige frihed, og vi skal overveje, hvor vidt vi skal gå. Tvang er altså ikke noget, jeg bryder mig om, f.eks. når vi mere eller mindre tvinger mennesker til ikke at måtte ryge en cigaret i et offentligt lokale. Selvfølgelig skal alle tage hensyn til hinanden, men vi må stadig væk sige: frihed under ansvar. Det er det ansvar, vi kan bearbejde igennem OPS-udsendelser osv., hvor vi kan gøre klart opmærksom på, hvad der er skadeligt.

Med hensyn til f.eks. rygning, som hr. Jørgen Winther var inde på, er der jo i hvert fald gjort opmærksom på i Danmark, at det er sundhedsskadeligt, og jeg er lige ved at sige, hvorfor skulle man gøre opmærksom på det, for jeg tror ikke, at der er et menneske i Danmark, der ikke er klar over, at rygning naturligvis ikke er noget, der forbedrer sundheden. Det siger sig selv.

Men sådan er der mange ting i denne verden, der gør, at vi faktisk er med til at forkorte vort liv helt, helt, helt frivilligt. Det bør vi så prøve at fortsætte med at oplyse om, men derfra og så til at indføre tvang på forskellige områder skal vi nok holde os fra.

Stort set synes vi, at der er mange positive aspekter i regeringens redegørelse til Folketinget om forebyggelse.

Bruno Jerup (EL):

Det er godt, at Folketinget får en samlet redegørelse om regeringens forebyggelsespolitik.

Enhedslisten er enig med regeringen i, at forebyggelse handler om at skaffe det enkelte menneske bedst mulige livsbetingelser set over en meget bred flade, og det involverer selvfølgelig mange ministres ressortområder.

Redegørelsen rummer både noget godt, noget skidt og noget hverken-eller. Lovprisning af det gode vil jeg i denne sammenhæng overlade til regeringspartierne, og det tror jeg sådan set heller ikke ministeren lader sig støde af.

Ét af de store problemer i forebyggelsespolitikken er, at der findes en række gråzoner, som reelt er uden sundhedsmæssig kontrol. F.eks. findes der en omfattende gråzone mellem kosmetiske produkter og medicinske præparater. Det har Enhedslisten ved adskillige lejligheder påpeget over for ministeren, og det er et problem, som skal løses. Definitionen af et medicinsk præparat skal holdes i meget stramme tøjler, så alle produkter, der ligger inden for den definition, skal betragtes som medicinske præparater og godkendes som sådan.

Det samme gråzoneproblem ser vi f.eks. inden for kostområdet. Der er så mange penge at tjene på disse gråzoneprodukter, at forbrugerne reelt er fuldstændig ladt i stikken over for en meget aggressiv markedsføring. Det har vi set i diskussionen om Skin Cap for at nævne et eksempel.

Vi undrer os også over, at ministeren ikke i langt højere grad fokuserer på de miljømæssige forhold. Luftforureningen på grund af den stigende biltrafik betyder, at mange mennesker finder luftforureningen udendørs ubehagelig, og for astmatikere er den direkte farlig. Det er nødvendigt med initiativer på dette område. Man kunne bl.a. begrænse biltrafikken, gøre den kollektive trafik bedre og billigere i storbyerne og begrænse pendlingen.

Vi må naturligvis kræve rent drikkevand. Det vand, vi drikker og vasker os i, har selvfølgelig stor betydning for vores sundhed, og det er et spørgsmål, som desværre ikke tages alvorligt nok. Der er bestemt ikke brug for halve eller kvarte løsninger. Vi håber meget, at der ikke går 5 eller 10 år, før et flertal i Folketinget

erkender det, selv om vi frygter det med den seneste udvikling på vandmiljøområdet.

Mange andre miljøfaktorer har betydning for vores sundhed. Det er ikke ligegyldigt, hvad rengøringsmidler er lavet af, hvad man putter i kosmetik og toiletartikler, eller hvad tøjet er lavet af.

De bygninger, vi opholder os i, hvad enten det er vores bolig, arbejdsplads eller forskellige institutioner, har også betydning for vores sundhed. De skal være varme og tætte, men de skal også være lavet af materialer, der ikke skader helbredet, og de skal ikke mindst vedligeholdes løbende. Svampeskandalerne på en række af folkeskolerne er et godt eksempel på, at de fysiske rammer kan true sundheden.

Ministeren lægger op til mange gode initiativer på fødevarerområdet. Danskerne skal stimuleres til bedre kostvaner. Men der er stort set ingen konkrete initiativer, når det drejer sig om at sikre, at de produkter, den sunde kost skal sammensættes af, virkelig er sunde. Hvad hjælper det at spise en mager og grovere kost, hvis det magre kød indeholder medicinrester, og hvis frugt og grøntsager er fulde af rester af sprøjtegifte, eller hvis maden er emballeret i plastprodukter, der er gode til at forlænge madens holdbarhed, men som samtidig afgiver giftstoffer til maden? Det optimale er selvfølgelig at få omlagt landbruget, så de fødevarer, vi skal spise, er produceret økologisk.

Gode spisevaner grundlægges i barneårene. På trods af dette findes der næsten ingen bespisning i de danske daginstitutioner og skoler. Samfundet har en enestående chance for at påvirke børns spisevaner netop ved at give dem sund og alsidig kost. Samtidig vil det formentlig også højne børnenes koncentration i indlæringsituationer, og det vil styrke oplevelsen af måltidet som et vigtigt socialt samlingspunkt. Når man kigger på skoleskemaerne og ser, hvor lidt tid, der er sat af til at spise, ofte kun 10-15 minutter, så forstår man, hvorfor den mad, man spiser i skolen, er så pauver.

Arbejdstilsynet har gang på gang påvist, at ikke kun de fysiske forhold har betydning for trivsel på arbejdspladsen.

Opskruet arbejdstempo, nedsat sikkerhed og daglig stressbelastning truer sundheden. Der er altså god grund til at kigge på, hvordan man kan forbedre arbejdsmiljøet på alle punkter. Gevinsterne er mange: Gladere og sundere medarbejdere, højere serviceniveau og flere i arbejde.

Der er ingen tvivl om, at en generel nedsættelse af arbejdstiden til f.eks. 30 timer om ugen vil have mange folkesundhedsmæssige gevinster både i forhold til arbejdsliv og privatliv. Nogle folk bliver faktisk syge af at arbejde, og andre bliver syge af mangel på arbejde. Og det er jo en modsætning, som man på en eller anden måde ikke ser sig i stand til at løse på nuværende tidspunkt. Det burde man gøre noget ved.

Vi er i Enhedslisten glade for, at ministeren beskæftiger sig med den sociale ulighed i sundheden. Vi oplever, at der er en fælles erkendelse af, at dårlige økonomiske forhold, arbejdsløshed, marginalisering, ensomhed, ingen eller dårlige pædagogiske dagtilbud og utilstrækkelig hjælp, når man har behov, betyder, at sundheden hos en stor gruppe af befolkningen er truet.

Vi savner til gengæld nogle konkrete initiativer, der afgørende vil kunne ændre på dette forhold. Hvor er den offensive politik, der sikrer alle ret til arbejde og dermed bedre økonomi og større selvværd?

Det er lidt skuffende, at regeringens redegørelse i forhold til f.eks. sådan et spørgsmål som narkotikamisbrug ikke forholder sig til nogle nye problemstillinger. Det er stort set bare en efterplapring af, hvad der allerede er tilstanden, idet den overhovedet ikke går ind i problemstillingen i forhold til det, der hedder skadebegrænsning – harm reduction, som det kaldes på nydansk. Det kunne vi godt tænke os at man prøvede at få ind og også i debatten om livsstil.

Det er rigtigt, at livsstil betyder meget for folkesundheden – f.eks. er rygning og alkohol nogle af de mest sundhedsskadelige livsstilstoffer – men livsstilen er i høj grad socialt betinget, også den mad og det tøj og den bolig, vi har. Det er ikke kontanthjælpsmodtageren, der har råd til det magre kød, den økologiske mælk, de sunde grøntsager og de stødabsorbende løbesko. En mere ligelig fordeling af samfundets velfærd vil helt sikkert føre til forbedret folkesundhed og et opgør med den 80/20-problemstilling, som ministeren og andre ordførere også har fremhævet.

Også inden for selve sundhedssektoren kan der igangsættes en lang række initiativer, der forbedrer forebyggelsen. Småbørnssundhedsplejen er elsket af befolkningen. Desværre har den alt for få ressourcer til, at denne goodwill udnyttes optimalt. Der skal være ressourcer til både den generelle indsats over for alle spæd-

børnsfamilier og til den målrettede behovsbestemte indsats. Der skal være tid til at fortsætte kontakten i skole og daginstitutioner. Befolkningen oplever sundhedsplejen som et tilbud og ikke som kontrol, og netop derfor har den en enestående chance for at spille en vigtig rolle i barne- og ungdomsårene.

I Enhedslisten mener vi, at det vil være en god idé at oprette lokale sundhedshuse, som er bemandede med tværfaglige personalegrupper: læger, sundhedsplejersker, psykologer, fysiologer og socialrådgivere. De forskellige faggrupper vil så kunne bruge den samlede viden til at give borgerne bedre tilbud og også til at snakke med hinanden og samarbejde mere generelt. Ligeledes kan kontakten med den almenpraktiserende læge bruges til at styrke den forebyggende indsats.

I sammenhæng med den forebyggende indsats er EU en ringe hjælp. Hvis man ser på EU's og det indre markeds betydning, så har vi f.eks. set i forbindelse med diskussionen om kosmetiske produkter, at disse bl.a. er en konsekvens af, at hvis et produkt er godkendt i et land, så skal det automatisk kunne markedsføres i andre lande, f.eks. i Danmark.

Det er også en EU-logik, der til trods for en almindelig erkendelse af, at den danske kost er for fed, fører til, at regeringen accepterer en EU-politik, der betyder, at det er billigere for skolebørnene at drikke sødmælk, end det er at drikke letmælk, skummetmælk eller kærnemælk, simpelt hen fordi EU-tilskuddene til skolemælksordningen er proportionalt med fedtindholdet. Det er ikke sundheden, men økonomien, som styrer det.

Vi har også en EU-særegen holdning til babymad, som for fremtiden skal være specielt designede vitaminprodukter, og den danske regering stopper ikke disse sundhedsskadelige udviklingstendenser.

Vi kan tage et element, som også er med i fødevarerministerens og sundhedsministerens redegørelse om funktionelle fødevarer. Igen et EU-diktat, som peger i en forkert retning. Vi har også diskussionen om gensplejsede fødevarer.

Hvis regeringen reelt ønsker, at forebyggelse skal have en central placering, kan det ikke nytte, at det på en række områder bliver undergravet af EU, uden at regeringen siger stop. Det vil vi meget opfordre regeringen til ud fra en sundhedsmæssig argumentation.

Men i Danmark ligesom i EU rummer sundhedsområdet mange profitinteresser. Der er profit i at få borgerne til at spise diverse kosttilskud, bruge medicin, smøre sig ind i cremer og meget andet til alle mulige og umulige sundhedsflip. Slankemiddelindustrien tjener sig fed på reklamer og reklameskabte illusioner. Der er profit i at fremstille menneskekroppen som en maskine, der kan repareres og forskønnes: »Du er aldrig god nok, som du er. Kom med din krop, så skal du se, hvad vi kan lave«. Privathospitaler reklamerer ligefrem med specielle damepakker, hvor man kan få en fedtsugning, en ansigtsløftning og en brystoperation og et par andre ting for en pakkepris.

Vi har set skandalen omkring privatklinikken på H.C. Andersens Boulevard. Vi ser frem til, at den redegørelse om Sundhedsstyrelsens tilsyn, som blev udarbejdet som konsekvens af et samråd, Enhedslisten tog initiativ til her i Folketinget, snart bliver omsat til handling. Der er profit i at sikre egen indtjening ved forskellige former for sundhedsvirksomhed, og det er klart, at det skal stoppes.

Vi er glade for, at ministeren vil styrke den sundhedsfremmende forskning. Desværre er det sådan, at også forskning i høj grad er styret af privatøkonomiske interesser, bl.a. fordi det offentlige ikke afsætter nok midler til området. Det kunne faktisk være interessant, hvis regeringen ville afsætte midler til forskning i bl.a. medicinalindustriens evne til at skabe nye markeder for deres produkter, og hvis der blev afsat penge til at afsløre alle fidusmagerne på sundhedsområdet. Det håber vi at regeringen vil se noget mere på i den videre debat.

Vibeke Kiil (CD):

Da Centrum-Demokraternes ordfører ikke kan være til stede, skal jeg fremføre følgende:

I debatten hører vi ofte den snusfornuftige bemærkning, at det er bedre at forebygge end at helbrede. De fleste synes vel også, at der kan være noget om det. Nogle sygdomme er jo uhelbredelige, men forebyggelse er vel især en fordel for de mange raske mennesker. De mennesker, som er blevet syge, har nok mindre gavn af en forebyggende indsats. Derfor synes vi i Centrum-Demokraterne, at det er vigtigt, at vi finder en passende blanding af forebyggelse og helbredelse.

Vi har i denne debat hørt om forebyggelse af misbrug, forebyggelse af en række alvorlige eller uhelbredelige eller særligt invaliderende

sygdomme. Men det, vi ikke må overse, er, at der forebyggelsen til trods er mennesker, der lider af disse sygdomme, og at der stadig vil være mennesker, der får disse sygdomme. CD ønsker en forebyggende indsats – ingen tvivl om det – men vi ønsker også, at der forsat skal være rimelige og værdige tilbud om behandling og lindring for mennesker, som rammes af f.eks. en uhelbredelig sygdom.

Regeringen fremhæver alkohol som et særligt forebyggelsesområde. Det finder vi i CD er rigtigt. Selv om de fleste danskere har et problemfrit alkoholforbrug, så må vi ikke være blinde for de mange omkostninger, overdreven indtagelse af alkohol og alkoholisme påfører samfundet.

Nogle af omkostningerne har vi meget let ved at måle. Vi har ulykkesstatistikker og statistikker over dødsfald af den ene og anden art. Vi kan registrere omkostningerne ved behandling af alkoholrelaterede skader og sygdomme. Andre omkostninger er sværere at måle eller er mere skjulte. Alkoholisme nedsætter f.eks. gradvis arbejdsevnen og medfører en lavere produktivitet på arbejdspladsen.

Endelig må vi ikke overse den store ulykke og belastning, det kan være, at have en alkoholliker i familien. Derfor mener vi i CD, at forebyggelse af alkoholmisbrug ikke er nok.

Det er rigtigt, at det er en gevinst for samfundet, hvis vi kan hindre nogen i at indlede et alkoholmisbrug, men vi må ikke glemme, at vi også skal tilbyde udveje til de mennesker, som har et alkoholmisbrug. Det er en lige så stor gevinst for samfundet at hjælpe disse syge mennesker i gang med en behandling.

CD har bemærket, at regeringen allerede på den første side af denne redegørelse tilkendegiver, at antallet af for tidlige dødsfald skal nedbringes. Derfor undrer vi os over, at de sindslidende ikke får en nævneværdig omtale i denne redegørelse. Det forholder sig nemlig sådan, at der er en særlig veldokumenteret øget selvmordsrisiko forbundet med sindslidelser.

De vilkår, vi byder de sindslidende, er også en del af det forebyggende arbejde. Når nu det forebyggende arbejde blandt de sindslidende får så lidt opmærksomhed i denne redegørelse, så må man da håbe, at den handlingsplan for forebyggelse af selvmord, som er under forberedelse, i det mindste vil tage fat på vilkårene blandt de sindslidende. Det trænger vi til.

Regeringen vil styrke indsatsen på ernæringsområdet, og det er en tanke, som CD støtter.

Ved at påvirke befolkningens kostvaner vil vi kunne skabe en forebyggende effekt i forhold til en lang række sygdomme.

Vi er også enige i, at vi trænger til kostforandringer i offentligt regi. Patienter i sundhedsvæsenet skal naturligvis have en ernæringsmæssig korrekt forplejning. Sund forplejning fremmer helbredelsen.

De svageste grupper i samfundet er mest udsat for at blive syge. Vore sociale rammer, placering i forhold til arbejdsmarkedet, boligkvalitet og psykiske velbefindende betyder noget for sundheden. Derfor skal vi også tænke bredt, når vi ønsker at forbedre folkesundheden gennem forebyggelse.

Tilknytning til arbejdsmarkedet er vigtig. Derfor skal vi støtte de virksomheder, der ønsker at tage et større socialt ansvar.

En fornuftig bosituation er vigtig. Derfor skal vi blive ved med at byforny. Vi skal få bygget de boliger, som de sindslidende mangler, og vi skal sikre psykiatriske patienter og langtidsindlagte eneværelser.

Lakmusprøven i forhold til den brede forebyggelse finder vi derfor ikke i denne debat. Vi finder den, når boligpolitiske, socialpolitiske og arbejdsmarkedspolitiske sager står på dagsordenen. Det er gennem disse sager og ikke i denne debat, vi kan vurdere, hvor meget regeringen og Folketingets partier egentlig vil.

Jeg skal på CD's vegne give regeringen og befolkningen et løfte om, at vi vil være med til at forbedre kvaliteten af de dårligste boliger. Vi vil være med til at give sindslidende bedre vilkår. Vi vil være med til at gøre mere ved ledigheden. Vi vil hjælpe de personer, der ikke kan klare et job på almindelige vilkår, til et arbejde på deres vilkår.

Pia Kjærsgaard (DF):

For at starte med den sidste taler vil jeg da sige, at det undrede måske også mig lidt. Jeg kan så tilslutte mig det, der senest er sagt her oppe fra talerstolen om de sindslidende. Det synes jeg også burde have været mere med.

Ellers skal jeg sige, at forebyggelse er bedre end helbredelse. Det er sagt nogle gange, og det er jo en sandhed, som man må forsøge at leve op til. Sådan er det. Og det er da også holdningen hele vejen igennem redegørelsen. 16 sider er mange sider, og selvfølgelig er det meste sådan noget, som vi ved i forvejen. Sådan må det nødvendigvis også være, når man taler forebyggelse.

Det er blevet drøftet meget, hvordan vi alle sammen kommer til at leve sundere og bedre, så vi alle får et bedre og et længere liv. Meget af det er jo noget, som man godt ved i forvejen: at tænke over, hvad man spiser, at grønt er godt, og fedt er skidt, at rygning er dybt skadeligt, at alkohol i et vist kvantum er nedbrydende, og at motion er godt for at være frisk og sund så længe som overhovedet muligt.

Forebyggelse må da også være, at der kan ske en hurtigere hospitalsindlæggelse, hvis en patient og læge mener, at noget er galt, som bør ordnes på et hospital. Så det er bestemt ikke forebyggende, det er derimod fremmende for en sygdom og nedbrydende også psykisk for helbredet, hvis man ikke kan blive indlagt i løbet af meget kort tid, når der er noget galt med ens helbred. Det er for dårligt, at der stadig væk i et samfund, vi kalder et velfærdssamfund og burde kunne kalde et velfærdssamfund, er de lange ventelister, når folk skal indlægges for en banal lidelse.

Jeg mener, at ministeren burde have berørt dette nærmere i redegørelsen, men venteliste-problematikken er ikke nævnt.

Det er godt, at der tales meget om og gøres meget for folkesundheden, at der tales meget om sunde madvarer, økologi, og at vi mere og mere forbruger madvarer fra dyr, der har haft det godt.

Ligesom Venstre og De Konservative ærgrer det også Dansk Folkeparti, at sundhedsministeren blokerer for tilbudet om mammografi i alle amter. Jeg vil nu kalde det forebyggende, idet det gør det muligt at konstatere en knude i brystet, før det måske ender med at blive en alvorlig sygdom.

Vedrørende spørgsmålet om alkohol og de skadelige virkninger, det medfører, kommer ministeren ind på forslaget om forbud mod salg af alkohol til børn og unge under 15 år.

Dansk Folkeparti finder ikke, det virker forebyggende. Det vil højst genere en hel del forretninger, og forbudet vil være meget, meget nemt at omgå.

Derimod er der ingen tvivl om, at drikkeriet blandt helt unge, ja, faktisk børn helt ned til 11, 12 og 13 år, er et ganske, ganske alvorligt problem. Man kan blive meget forskrækket, når man hører og læser de historier om det, der foregår, og her må forældrene være sig deres ansvar meget, meget bevidst. Det er jo i øvrigt dækkende for alt vedrørende forebyggelse, at det starter i hjemmene med de små ting, og at

det er forældrene, der lærer børnene, hvordan man får en god sundhedsmæssig tilstand, hvordan man fungerer godt, hvordan man spiser sundt, og hvordan man egentlig skal pleje sig selv.

Til sidst vil jeg godt omtale ordningen om forebyggende hjemmebesøg hos alle ældre over 75 år, som trådte i kraft den 1. juli 1996. Denne ordning bør komme til at fungere optimalt. Det er vigtigt at opfylde de behov, der er, for at ældre kan fungere godt, og specielt de ældre, der måske ikke har ressourcer til selv at stille berettigede krav. Det er vigtigt, at den ordning kommer til at fungere, og det bør der følges op på.

Sundhedsministeren (Birte Weiss):

Jeg vil godt takke for en, synes jeg, god debat, og også nogle ret gode indfaldsvinkler til, hvordan vi kommer videre på dette område.

Når man laver en redegørelse af denne karakter, som jo har en formmæssig begrænsning – den må ikke fylde mere end 15 sider – kan man selvfølgelig altid sige: Var det nu præcis det, der står i den redegørelse, som man skulle have taget med? For problemet med det her er jo, at forebyggelse reelt handler om det hele. Det handler ikke bare om sundhedspolitik, det handler om socialpolitik, boligpolitik, trafikpolitik, miljøpolitik, landbrugspolitik og uddannelsespolitik, ja, det handler faktisk om den samlede sum af det, som vi foretager os som politikere.

Det var naturligvis ikke muligt at medtage alt, hvad vi overhovedet beskæftiger os med, og derfor har vi valgt at medtage den del af det, som reelt ligger inden for Sundhedsministeriets eget område og så med nogle antydninger af, hvordan det hænger sammen med vores indsats i øvrigt.

Det, som vi derudover har valgt, er at lave et, synes jeg selv, meget spændende lille opslagsværk, der er et øjebliksbillede af, hvordan sundhedstilstanden er i det danske samfund. Det er vores idé, at vi vil arbejde videre med det. Vi vil forsøge at kombinere det med en række yderligere oplysninger, som vi i løbet af efteråret gerne skulle være kommet så langt med, at vi kan lave en egentlig dækkende, aktuel sundhedsprofil af det danske samfund.

I den forbindelse synes jeg også, der er grund til at kvittere for det glimrende arbejde, som man laver i DIKE, og hvor vi reelt henter megen viden og ved at slå kludene sammen i alle de

forskellige sektorer i samfundet godt kan komme endnu tættere på en beskrivelse end den, vi har i dag.

Jeg vil derudover godt kommentere nogle af de kritiske bemærkninger, der er kommet.

Hr. Jørgen Winther beskæftigede sig specielt med spørgsmålet om screening og gav sig efterfulgt af fru Pia Kjærsgaard af med noget, der, undskyld jeg siger det, er historieforskning. Det er ikke rigtigt, at jeg som sundhedsminister er en prop i systemet i forhold til screeninger.

Jeg vil godt lige forsøge at se hr. Jørgen Winther fast i øjnene og minde om, at det jo er sådan, at bolden nu ligger hos Sundhedsudvalget. Bolden ligger hos hr. Jørgen Winther. Jeg vil godt erindre om, at sidste gang, alle Folketingets partier drøftede det her, blev det besluttet, at for at man kunne komme videre, skulle Sundhedsudvalget lave en høring. Jeg tilbød faktisk at lave den, fordi jeg gerne ville have, at det gik lidt hurtigt. Det var der ikke noget ønske om. Sundhedsudvalget påtog sig at lave den høring, der skulle danne grundlaget for en egentlig beslutning. Det er faktisk et halvt år siden. Hvor bliver den af?

Jeg siger det blot, fordi jeg ikke synes, det skal hænge i luften, at det er Sundhedsministeriet, som forsøger at træne denne sag. Det ligger i hr. Jørgen Winthers lod at gå videre med den, og det ligger til hr. Jørgen Winthers spærkefod.

Så blev jeg spurgt, om man har mulighed for at foretage nogle sammenligninger mellem ventetiderne i Danmark til forskellige typer behandlinger og ventetiderne i det øvrige Europa. Det kan vi desværre ikke endnu. Det ville være meget spændende, hvis vi kunne gøre det, men der sidder nogle kloge folk og arbejder med det, og jeg håber, at vi også her kan komme lidt tættere på. Jeg siger det også, fordi det jo er nødvendigt, for at man skal kunne vurdere det, også at grave lidt dybere end selve det at se på tallene. Man må også se på henvisningsmønstrene fra de praktiserende læger. Det kan også godt være, at henvisningsmønstrene er forskellige i de enkelte lande.

Jeg vil også godt om ventelister sige: Jeg tror aldrig, at vi får fjernet ventelisterne. Og hvorfor ikke det? Det gør vi ikke, fordi hver eneste gang, vi videnskabeligt bliver klogere og pludselig har enten et nyt præparat eller en ny metode eller en ny måde at gribe en eller anden form for behandling an på, har vi i samme øjeblik født en ny venteliste.

Jeg vil godt benytte lejligheden til at punktere forestillingen om, at det blot er et efterslæb, der er, og at der, i samme øjeblik man havde indhentet det, aldrig mere ville være nogen ventelister. Sådan var det jo kun, hvis systemet var fuldstændig statisk, men lykkeligvis er det sådan, at vi bliver dygtigere og dygtigere og også hele tiden finder frem til nye behandlingsmetoder.

Jeg vil godt nævne et enkelt i virkeligheden meget jordbundet eksempel på det. Tidligere var det sådan, at det at operere for grå stær faktisk var noget, der var forbundet med en vis risiko for synets bevarelse, og derfor var der ikke særlig mange, der blev henvist til den operation. I dag er det ikke mere en særlig farlig behandling, og derfor er der langt flere, der bliver henvist.

Det samme gør sig gældende i forbindelse med hjerteoperationer. For år tilbage var det noget, som godt kunne være meget risikobetonet. I dag har man fundet frem til nogle nye operationsmetoder, der gør, at langt flere, som man aldrig tidligere ville have henvist til behandling og operation, kan opereres i dag.

Også fordi visitationsmønstrene hele tiden ændrer sig, vil vi altid, for hver gang vi bliver dygtigere til noget, have flere, der kommer ind på en venteliste, og det, der er vores politiske opgave i fællesskab, er at få behandlingerne prioriteret på en sådan måde, at det er de hårdtest trængende, som får behandlingen først.

Så er der flere, der har været inde på nogle af de store syndere på dette område, når vi taler om en sund levevis, og det er tobakken, det er spiritussen, det er maden, og det er den manglende motion. Der er masser af andre ting, der spiller en rolle, men det er det, som den enkelte selv har mulighed for at styre.

Her vil jeg godt lige citere nogle ganske få sætninger, som faktisk er centrale for opfattelsen af selve forebyggelsen, og det er det, jeg skriver i redegørelsen på side 2:

»Det sunde liv« kan defineres. Det samme gælder ikke for »det gode liv«, som må afspejle den enkeltes egen opfattelse og egne valg – og en respekt herfor. Set i det lys må forebyggelsen tage sit udgangspunkt i, at den enkelte har en ret til sundhed, men ikke hverken kan eller skal tvinges til sundhed.«

Jeg tror, det er vigtigt, at vi hele tiden har det for øje, når vi skal diskutere, hvad det så er for nogle midler, vi kan tage i anvendelse, for det er jo rigtigt, som mange har sagt, at folk godt

ved, at det er farligt at ryge, og det står faktisk også på cigaretpakningerne.

Hvad kan man så gøre ved det? Ja, man kan lave oplysning, og man kan lave forbud imod tobaksreklamer. Jeg kan forstå, at nogle af dem, der er meget bekymrede for rygningens skadelige virkninger, ikke synes, man skal lave forbud imod reklamer. Det har vi fået demonstreret ved en tidligere lejlighed. Derfor er essensen i alt det her vel også, at rammerne omkring det med det sunde liv kan samfundet lægge, men om man rent faktisk vælger det, er nu engang den enkeltes eget ansvar, og når det gælder børn, er det i vid udstrækning forældrenes ansvar.

I den forbindelse vil jeg også godt komme med et par bemærkninger om alkohol og unge mennesker – eller store børn, skal jeg måske kalde det. Når jeg nu forbereder et lovudspil på dette område, er det, fordi jeg finder det bekymrende, at flere og flere store børn er inde i et alkoholforbrug, som er højere end det, som Sundhedsstyrelsen mener er forsvarligt for granvoksne mænd, altså de 21 genstande pr. uge.

Det er bekymrende både i forhold til helbredet og i forhold til de pågældendes skolegang og deres samvær med andre sådan lidt mere generelt, og derfor ser jeg frem til, at vi kan behandle dette lovforslag her i Folketinget i løbet af ganske få uger. Men også her forholder det sig sådan, som jeg netop sagde mere generelt: at samfundet kan sætte nogle rammer, men det er den enkelte families ansvar, det er forældrenes ansvar, at deres børn ikke kommer ud i et overforbrug af alkohol.

I forbindelse med det vil jeg i øvrigt godt samtidig sige, at det at lave et forbud mod butikssalg til unge under 15 år kun er et lille hjørne af det. Det løser ikke problemet. Der er ingen enkeltinitiativer i sig selv, der løser det problem. Det er en lang række initiativer på samme tid, der kan være med til at dæmme op for det stadig stigende forbrug blandt store børn.

Derfor vil der også samtidig være nogle initiativer fra justitsministeren i forbindelse med det, der handler om udskænkning på restaurationer og cafeer. Erhvervsministeren vil se på markedsføringsreglerne, vi vil henvende os til samtlige skoler med henblik på, at de får lavet en egentlig alkoholpolitik, og jeg kunne nævne en række initiativer. Men igen er det, vi kan gøre, at lave nogle bedre rammer, og det er det

enkelte barns og det enkelte unge menneskes, men først og fremmest deres forældres ansvar. Det, vi kan gøre, er at gøre det lettere for forældrene at forvalte dette ansvar.

Så var fru Henriette Kjær inde på nogle, synes jeg, spændende tanker om muligheden for i højere grad at centralisere visse typer behandling for at få den optimale effekt. Her er det sådan, at denne udvikling på nogle områder er i gang, men samtidig er der også et ønske om, at man i sit lokale område kan få en lang række af de vigtige behandlinger, der nu engang skal til.

Derfor ser jeg en del musik i den mulighed, som man nu er i gang med at videreudvikle i flere amtslige sygehuvæsener, nemlig at operere med tandemsygehuse. Det vil sige, at man i stedet for at have eksperter, der kun er tilknyttet ét sygehus, i højere grad kan gøre lægerne mobile, sådan at en del af behandlingerne kan finde sted på det mindre sygehus, som så et par dage om ugen får den højt specialiserede arbejdskraft.

I virkeligheden er denne tankegang meget, meget enkel. Det er nemlig et svar på spørgsmålet: Er det egentlig nødvendigt at transportere et stort antal patienter hen til det højt specialiserede sygehus? Er det altid den rigtige måde at gøre det på? Kunne man ikke i lige så høj grad arbejde ud fra at flytte et lille antal læger fra det højt specialiserede sygehus ud på det mindre sygehus?

Her vil jeg godt nævne, og det gør jeg med stor glæde, at Lægeforeningen også er meget optaget af denne tankegang. Det var måske derfor, man kunne have forventet lidt modstand, at man ville sige: Det besværliggør vores hverdag. Her er reaktionen: Ja, det er rigtigt, det besværliggør nok vores hverdag, men det er så vigtigt, at vi gerne vil være med til det.

Hr. Jørn Jespersen nævnte nogle af de ting, som man også godt kunne have skrevet i denne redegørelse, og jeg kommenterede det i virkeligheden i indledningen ved at nævne alt det andet, altså alle de andre områder, miljøet f.eks., som man godt kunne have taget med. Men her synes jeg, at svaret er, at det arbejder vi med i så mange andre sammenhænge.

Med hensyn til det konkrete, der blev spurgt om, nemlig Sundhedsstyrelsens arbejde med disse ting, kan jeg bekræfte, at det er rigtigt, at der, efter at man har været nede i en bølgedal på et tidspunkt, nu er ansat folk til at sætte særligt fokus på det her, og jeg har gode forvent-

ninger til, at miljøet bliver mindst lige så centralt placeret i Sundhedsstyrelsens virksomhed, som det var under den gamle ordning.

Hr. Jørn Jespersen talte også om den offentlige kostforplejning. Jeg mener, det er et meget vigtigt område, og det er også baggrunden for, at fødevarerministeren og jeg har beskæftiget os med det bl.a. som opfølgning på den konference, som blev holdt her for et halvt års tid siden.

Og så blev der spurgt: Hvordan kommer vi så videre herfra? Det vil jeg godt kommentere en lille smule mere detaljeret blot som et eksempel på, at det, der i redegørelsen er omtalt i nogle forholdsvis brede vendinger, findes der på hvert enkelt område naturligvis også en lang række mere specificerede handlemuligheder for, og det gælder også på det område, der har med den offentlige kostforplejning at gøre.

For det første tager Sundhedsministeriet kontakt til de kommunale organisationer for at drøfte, hvordan man kan prioritere kostforplejningen, og det er selvfølgelig noget, der først og fremmest, som fødevarerministeren sagde her forleden, kommer til at foregå lokalt, men det er også noget, som vi samtidig gerne vil holde meget øje med fra centralt hold.

Der er også initiativer i forhold til undervisningsministeren og forskningsministeren med henblik på, at ernæring kan få en højere prioritet i deres ressort, både når det gælder undervisning i sund kost, og også sådan at det i højere grad kommer til at indgå i selve grunduddannelserne på de felter, som de hver især beskæftiger sig med.

Så arbejder Sundhedsstyrelsen i øjeblikket på et udspil til landets sygehuse om en forbedring af kosten til patienterne, og det vil komme her i løbet af efteråret. Samtidig vil man i samarbejde, og det er så Sundhedsministeriet, jeg taler om her, prøve at finde frem til det, vi kan kalde et modelhospital, som kan lave den helt optimale model for kostforplejningen, og det er så ikke blot selve madens indhold, men det er også rammerne for måltiderne.

Til fru Vibeke Peschardt vil jeg blot kvittere, for jeg forstod det nærmest som et tilsagn om, at mit kollegaparti i regeringen gerne vil være med til at udvide Sundhedsministeriets budget, og det vil en fagminister naturligvis altid hilse med tilfredshed.

Så har der været nogle synspunkter, der drejer sig om den sociale ulighed. Det er med vederbørd hu, vi har gjort en del ud af det i redegørelsen. Jeg mener nemlig, at det, når det

kommer til stykket, nok er den allerallervigtigste faktor, når vi skal tale om det skæve sundhedsmønster.

Det gælder også i forhold til spædbørns og de lidt større børns manglende trivselsvilkår. Her spiller både det, som sundhedsplejerskerne laver i forhold til de helt små, og opfølgningen, sådan som den finder sted hos skolelægerne og skolesundhedsplejerskerne, en overordentlig stor rolle, og derfor er det områder, som har regeringens store opmærksomhed.

Hermed sluttede forhandlingen.

Den næste sag på dagsordenen var:

4) Første behandling af lovforslag nr. L 61: Forslag til lov om ændring af lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v. (Enliges adgang til behandling).

Af Anne Baastrup (SF), Dorte Bennedsen (S), Flemming Oppfeldt (V), Vibeke Peschardt (RV), Tom Behnke (FP) og Bruno Jerup (EL) m.fl. (Fremsat 7/11 97).

Lovforslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Birte Weiss):

Det er jo ikke særlig lang tid siden, vi her i salen havde nogle meget grundige forhandlinger, jeg tror godt, jeg kan tillade mig at kalde det for meget tænksomme forhandlinger, om lovforslaget om kunstig befrugtning. Jeg tror såmænd ikke, der er ret mange nye argumenter, så jeg skal gøre mit svar på det her ganske kort.

Det, det handler om, kan vel i virkeligheden koges ned til den simple konstatering, at alle andre end læger har muligheden for at foretage insemination, og det er selvfølgelig et problem, når man ser det ud fra en sundhedsmæssig synsvinkel. Det, der er problemet, og det er også her sagt helt enkelt, er, at sæden så ikke kan blive testet for en række forskellige sygdomme eller forskellige former for smitte.

I den udstrækning det foregår alligevel, bliver vi vel nødt til at forholde os til den for så

vidt forholdsvis snævre problemstilling. På den baggrund har jeg tænkt mig at støtte det forslag, der er tale om, og det gør jeg så på regeringens vegne.

Dorte Bennedsen (S):

Jeg skal indledningsvis gøre opmærksom på, at jeg ikke taler på den socialdemokratiske gruppes vegne, da min gruppe ikke har en fælles holdning til denne sag.

Lovforslag nr. L 61 er, som det kan ses, fremsat af medlemmer fra seks af Folketingets partier, og baggrunden er, at Folketinget under behandlingen af sundhedsministerens forslag om kunstig befrugtning i sidste samling vedtog et ændringsforslag om, at læger kun må tilbyde kunstig befrugtning til kvinder, som er gift, eller som lever sammen med en mand i et ægte-kabslignende forhold.

Jeg tror, at alle husker, at vedtagelsen af loven var en ganske kompliceret sag. Der var stillet et hav af ændringsforslag, som gjorde det vanskeligt at overskue alle konsekvenser af de pågældende ændringer.

Ved vedtagelsen af bestemmelsen i § 3 om, at læger kun må tilbyde kunstig befrugtning til kvinder, som er gift, eller som samlever med en mand, opstod der den absurditet, at alle mennesker i dette land må tilbyde insemination ved donorsæd, også til enlige og til lesbiske. Alle mennesker må gøre det, undtagen læger.

Jeg vægrer mig ved at tro, at det har været Folketingets hensigt, at disse grupper af befolkningen skal fratages muligheden for at få denne behandling udført under ordnede forhold af læger, som også vil kunne sikre, at donorsæden ikke indeholder smitstoffer, f.eks. hiv-smitte.

Forbudet mod, at læger tilbyder kunstig befrugtning til enlige og lesbiske par, har også medført en anden inkonsekvens over for disse grupper, idet adoptionsloven på et tidspunkt blev ændret, således at også enlige i dag kan adoptere. Argumentet for forbudet var blandt andet hensynet til barnets tarv, men der er intet belæg for, at barnets tarv kun kan tilgodeses i forhold, hvor der er både en far og en mor, hvilket Folketinget jo altså også erkendte ved ændringen af adoptionsloven.

Med disse bemærkninger skal jeg selvsagt varmt støtte forslaget og varmt anbefale Tingets medlemmer på ny at overveje rimeligheden af det nugældende forbud.