

Men som sagt: Jeg er meget glad for debatten. Jeg synes, det har været en god debat, så tak for det.

(Kort bemærkning).

Tom Behnke (FRI):

Jeg synes, det er synd, for nu havde jeg ellers lige læst forslaget og syntes, at det egentlig var et relativt godt forslag. Jeg vil ikke lægge mig fast på, om vi stemmer for forslaget ved andenbehandlingen, men jeg synes i hvert fald, at der er nogle tanker i det, som det er væsentligt at tage med.

Men så bliver jeg lidt skuffet, når ordføreren for forslagsstillerne siger: Det skal ikke være nogen gabestok, det er kun ved gentagne grove tilfælde. Så opnår vi jo ikke noget med dette forslag. Hvis der er tale om gentagne grove tilfælde, skal autorisationen inddrages, som reglerne er i dag, og hvis ikke den bliver det, er det myndighederne, der har problemet. Så har ministeren et problem, og så må vi jo sætte ministeren på plads og drage ministeren til ansvar for, at den lovgivning, der er, bliver overholdt. Så hvis beslutningsforslaget udelukkende skal have den konsekvens, at man offentliggør de klagesager, der er så mange og så grove og så gentagne, at vedkommende har mistet sin autorisation, er vedkommende ikke længere tandlæge. Så har forslaget ikke nogen mening, og det synes jeg er synd.

(Kort bemærkning).

Henriette Kjær (KF):

Nu synes jeg ikke, der er nogen grund til at tale forbi hinanden. Det er jo sådan, at man godt kan lave gentagne grove fejl uden at få frataget sin autorisation, og så er det, jeg gerne vil have, at man giver os patienter, eller hvad man skal kalde det, mulighed for at se, hvad det egentlig er, der er foregået.

Jeg tror nok, hr. Tom Behnke og jeg er langt fra hinanden, selv om han gerne vil fortsætte debatten. Men jeg synes, vi skal snakke om det i udvalget og så prøve at komme hinanden så nær, som det er muligt.

Hermed sluttede forhandlingen, og forslaget overgik herefter til anden (sidste) behandling.

Afstemning

Tredje næstformand (Margrete Auken):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (Op- hold). Det er vedtaget.

Den sidste sag på dagsordenen var:

6) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 2:

Forslag til folketingsbeslutning om nationale strategiplaner for forebyggelse af visse folkesygdomme.

Af Preben Rudiengaard (V), Henriette Kjær (KF), Birthe Skaarup (DF), Jens Ove Kjeldsen (KRF) og Tom Behnke (FRI) m.fl.
(Fremsat 5/10 2000).

Forslaget sattes til forhandling.

Forhandling

Sundhedsministeren (Sonja Mikkelsen):

Regeringen fremlagde som bekendt i maj 1999 et 10-årigt folkesundhedsprogram, som har til formål at forbedre danskernes sundhed og mindske den sociale ulighed på sundhedsområdet, og det er også med glæde, at regeringen har kunnet konstatere, at der er bred opbakning bag programmet, både politisk, geografisk og fagligt, og at det allerede er kommet godt på vej.

Langt de fleste amter har lagt programmet til grund for prioriteringen af de lokale forebyggelsesindsatser, og også mange professionelle i sundhedsvæsenet har taget programmet til sig og gjort det til deres eget. Det gælder både mange praktiserende læger og ikke mindst de 40 sygehuse, som i dag er medlem af netværk for forebyggende sygehuse.

Folkesundhedsprogrammet indeholder en klar prioritering af og fokusering på det forebyggende arbejde, og målet er at øge danskeres middellevetid og gode leveår uden sygdom. Derfor fastslår programmet, at der skal sættes ind over for årsagerne til de store folkesygdomme og tidlige dødsfald i befolkningen. Det drejer sig også om beslutningsforslagets fire udvalgte sygdomme, nemlig knogleskørhed, hjer-

te-kar-sygdomme, overfølsomhedssygdomme som astma og allergi og aldersdiabetes, men også om andre alvorlige folkesygdomme som kræft og lungelidelser. Fælles for disse sygdomme er, at de i høj grad er livsstilssygdomme, og derfor har vi i folkesundhedsprogrammet valgt at tage fat i sygdomsårsagerne eller risikofaktorerne: tobak, alkohol, kost, manglende motion og svær overvægt.

Når det gælder forebyggelse af beslutningsforslagets fire sygdomme, handler det jo i høj grad om at sætte ind over for netop disse livsstilsfaktorer. En forebyggende indsats rettet mod risikofaktorerne vil ramme meget bredt, og samtlige livsstilssygdomme vil kunne forebygges.

Beslutningsforslagets fire strategiplaner vil derimod f.eks. ikke kunne forebygge vigtige sygdomme som muskel-led-sygdomme, lunge-sygdomme eller de psykiske sygdomme. Der er altså tale om et velbegrundet og fagligt valg, når regeringen har valgt at fokusere på sygdomsårsager frem for sygdom i sig selv, og samtidig skal forebyggelse være relevant for den enkelte borger. Her er det vigtige ikke, hvilken sygdom vi kan risikere at få, men at søge at forhindre, at vi overhovedet bliver syge.

Det er også vigtigt at tilpasse indsatserne til den praktiske forebyggelse. Der er ingen grund til at etablere særskilte indsatser som motion mod hjerte-kar-lidelser og motion mod knogleskørhed. Næh, vi skal i stedet sikre mere sammenhængende og let tilgængelige indsatser som f.eks. motionsindsatser i lokalområdet eller i de miljøer, hvor man færdes til daglig.

Men én ting er forebyggelse, før sygdommen melder sig, noget andet er, at der stadig med fordel kan ydes en forebyggende indsats, selv om man har fået sygdommen eller har en forhøjet risiko for at få den. Her er regeringen enig med forslagsstillerne i, at der skal gøres en målrettet indsats over for relevante risikogrupper. Det er også grunden til, at sundhedssektoren er et meget centralt miljø for forebyggelse, og derfor vil regeringen, som det også fremgår af folkesundhedsprogrammet, udarbejde særlige redegørelser for forebyggelse af de store folkesygdomme. Det drejer sig bl.a. om de fire sygdomme, som forslagsstillerne sætter fokus på.

Sundhedsministeriet har sat den første redegørelse, nemlig om forebyggelse af astma og allergi, på sin arbejdsplan for det kommende år, og flere af beslutningsforslagets elementer indgår i det arbejde. Det drejer sig bl.a. om fortsat

at uddanne sundhedspersonale til bedre at udrede og vejlede om astma og allergi.

Sundhedsministeriet har allerede på nogle områder udarbejdet planer i samarbejde med relevante parter. Det gælder f.eks. kræftbehandlingsplanen fra foråret 2000, som både anbefaler forebyggende og behandlende indsatser. Et andet eksempel er et af forslagets sygdomme, nemlig knogleskørhed. Her er en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen og Fødevarer direktoratet ved at udarbejde en rapport, som forventes offentliggjort ved årsskiftet 2000/2001. Rapporten anbefaler bl.a. initiativer vedrørende forebyggelse af knogleskørhed.

Jeg er også glad for at konstatere, at forslagsstillerne er enige i regeringens prioriteringer, når det gælder valg af forebyggelsesmetoder og indsatser i øvrigt. Her lægger forslaget nemlig vægt på målrettet information, især til risikogrupper, styrkelse af de praktiserende lægers rolle i forebyggelsen og brug af IT-baserede kvalitetsprogrammer, som bl.a. sikrer effektive behandlinger og hensigtsmæssige patientforløb.

Beslutningsforslaget foreslår en målrettet information over for befolkningen, fortrinsvis gennem kampagnevirksomhed f.eks. pjecer, tv-spots, Internet, hjertedage og lignende. Jeg vil gerne benytte lejligheden til at fastslå, at sundhedsmyndighederne selvfølgelig skal sørge for, at fagpersoner og befolkning får formidlet viden om væsentlige sundhedsrisici. Viden er jo en forudsætning for, at den enkelte kan vælge sundt eller usundt, og Sundhedsministeriet foranlediger, udarbejder og udsender derfor også materiale rettet mod sundhedspersonale og mod borgerne. Det kan være vejledninger og retningslinjer for god forebyggelsespraksis i forbindelse med f.eks. osteoporose, målrettede oplysningspjecer om astma og allergi til forældre eller vejledninger til diabetespatienter. Jeg vil godt opfordre Tingets medlemmer til at kigge ind på f.eks. Sundhedsstyrelsens hjemmeside for at se, hvor meget materiale, som faktisk allerede er tilgængeligt i dag.

Forebyggelse via sundhedspersonale er et væsentligt redskab i beslutningsforslaget såvel som i folkesundhedsprogrammet. Det gælder særlig en styrkelse af de praktiserende lægers mulighed for at udøve individuel forebyggelse, og også her vi godt i gang. Siden 1995 har den praktiserende læge kunnet tilbyde sin patient en forebyggelseskonsultation, når lægen i forbindelse med et sygebesøg eller en konsultation bliver opmærksom på forhold, der gør forebyg-

gelse i form af rådgivning og samtaler relevant. Med overenskomsten fra 1999 udvidede man amternes mulighed for at iværksætte forebyggende ydelser hos de praktiserende læger. Det er således i dag muligt at honorere de praktiserende lægers deltagelse i forsøg på forebyggelsesområdet samt i de forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

En væsentlig nyskabelse er overenskomstens forebyggelsesindsats over for alvorlige hjertesygdomme. I dag får patienter med disse hjertesygdomme eller patienter med risiko for at udvikle hjertesygdom tilbud om særlige forebyggelseskonsultationer hos egen læge, og baggrunden for dette nye tilbud er bl.a. Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning til lægerne om forebyggelse af hjertesygdomme, Sundhedsstyrelsens vejledning om kost og Tobaksskaderådets materiale om ryggestop. Dette forebyggelsesprogram er således et godt eksempel på, hvad en fælles indsats fra amter, ministerier, råd og faglige organisationer kan føre til.

Også forebyggelse på sygehuse praktiseres allerede. Godt 40 sygehuse er i dag med i det organiserede netværk for forebyggende sygehuse. Erfaringerne herfra viser, at forebyggelsen kan blive en naturlig del af sygehusenes opgaver på linje med undersøgelse, behandling og pleje, og her håber vi på et stort engagement i hele sygehusvæsenet. Den nødvendige dokumentation for forebyggelsens gavnlige virkning er til stede og skal naturligvis bruges aktivt over for patienterne.

Når det gælder udviklingen af IT inden for sundhedssektoren, er der også i dag mange initiativer i gang, både lokalt og centralt. Fra centralt hold udsendte Sundhedsministeriet i 1999 den nationale strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002, og strategien angiver en række indsatsområder, der sikrer en koordineret IT-udvikling og bakker op om de sundhedspolitiske målsætninger, herunder bedre patientinformation og sammenhæng i patientforløbet. Strategien indeholder kliniske indikatorer, kvalitetsdatabaser, forløbsbaseret patientregistrering, elektroniske patientjournaler og lignende – alt sammen instrumenter, som vil forbedre grundlaget for at vurdere og dokumentere kvaliteten i sundhedsvæsenet, som det også foreslås i beslutningsforslaget.

Beslutningsforslaget initiativer rummer således en god beskrivelse af en række af de initiativer, der enten allerede er taget eller er lagt ind i fremtidige initiativer og følger således ganske

godt op på folkesundhedsprogrammet. Når regeringen alligevel ikke anbefaler at støtte forslaget om at udarbejde konkrete strategiplaner for fire sygdomme, skyldes det, at der ikke er behov for flere planer med samme indhold.

Forslaget om strategiplaner for de fire sygdomme lægger op til et indhold, som indsatsen for en meget stor dels vedkommende allerede i dag omfatter, og som er beskrevet i eksisterende planer og initiativer, både centrale og lokale. Jeg vil gerne pointere, at der allerede er mange initiativer i gang i amter og kommuner, blandt sundhedsvæsenets faglige selskaber og organisationer og i patientforeningerne, både hvad angår det forebyggende arbejde som følge af folkesundhedsprogrammet, og hvad angår den generelle kvalitetssikring i sundhedsvæsenet.

Der er tale om et meget stort og værdifuldt arbejde, som i dag er godt på vej, og jeg finder det derfor meget uheldigt at bruge kræfter på at gentage centrale dagsordener for disse aktørers arbejde, fordi det kan forsinke den regionale og lokale indsats. I stedet bør vi fra centralt hold netop understøtte den stadige udvikling og professionalisering af det lokale forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, og det er regeringens opfattelse, at det gør vi bedst ved at omorganisere og samle den centrale forebyggende indsats i et nyt slagkraftigt center.

Jeg vil gerne anerkende partiernes engagement i forebyggelse og give tilsagn om at udvikle et måleprogram, så resultatet af forebyggelsesindsatsen over tid kan dokumenteres. Den opgave skal netop det nye dokumentationscenter, der bliver en del af Center for Folkesundhed i Sundhedsstyrelsen, løse.

Sandy Brinck (S):

Ja, det er ikke altid, man lige kan finde en grimasse, der kan passe. Sådan havde jeg det, da jeg læste det her beslutningsforslag, og jeg synes faktisk ikke, det er blevet meget lettere, efter at vi for nogle få timer siden havde behandlingen af lovforslaget om røgfri miljøer, for da sagde Venstres ordfører, at der alligevel er grænser for, hvad man skal lovgive om. Og det skal jeg love for.

Jeg synes nu nok, at man har misforstået Folketingets rolle noget, når man fra forslagsstillernes side lægger op til, at Folketinget skal forholde sig til, om en given folder skal husstandsomdeles eller ligge på apotekerne, eller hvorvidt den privatpraktiserende læge skal have online-

adgang til den lige så private lægeforenings hjemmeside.

Flere eksempler kunne nævnes, og uanset hvor debatten sådan rent indholdsmæssigt lander i dag, vil jeg godt til indledning slå fast, at formen er helt, helt misforstået. Fra socialdemokratisk side vil vi altså ikke være med til at pålægge regeringen at fremsætte lovgivningsinitiativer i en sådan detaljeringsgrad.

Ser vi på indholdet, skal jeg ikke gentage ministerens gennemgang, som jo tydeligt viste, at der allerede er mange tiltag i gang både over for de konkrete sygdomsgrupper, som beslutningsforslaget trækker frem, og også langt bredere.

Men i forlængelse heraf vil jeg godt tillade mig at undre mig over, at beslutningsforslaget begrundes i en kritik af regeringens folkesundhedsprogram, som forslagsstillerne kalder for overordnet, bredt og løst. Den kritik er vi uenig i, hvilket ministerens gennemgang jo fint begrundede.

Folkesundhedsprogrammet opstiller faktisk to overordnede målbare og ambitiøse målsætninger, nemlig at gennemsnitslevetiden skal op, og den sociale ulighed i sundhed skal ned.

Folkesundhedsprogrammet er set med socialdemokratiske øjne en politisk vision, som klart kræver konkret opfølgning, men folkesundhedsprogrammet er ikke mere løst, end at det indeholder 17 delmål, målgrupperne og problemstillingerne er klart defineret. Og som sagt: Mange konkrete tiltag er i gang. Vi ønsker at tilrettelægge indsatsen med udgangspunkt i mennesker og ikke i diagnoser og systemer.

Man kunne jo spørge forslagsstillerne: Hvorfor lige de her diagnoser? Hvis vi bare tager forkert kost og for lidt motion, overvægt, ja, så kan det give sig udslag i diabetes. Det kan også give sig udslag i hjertesygdomme, slagtilfælde, slidgigt eller andre funktionshæmmende sygdomme – hvilken sygdom er jo individuelt.

Derfor ønsker vi udgangspunktet i det enkelte menneske med en indsats lokalt og ikke diagnoser med centrale dekreter. Her tror jeg måske, vi er ved det, der adskiller os fra forslagsstillerne, nemlig tilgangsvinklen til folkesundhed.

Nationale strategier for lige nøjagtig de fire nævnte sygdomme kunne være en konkret opfølgning, men beslutningsforslagets egne bemærkninger viser jo meget flot, at flere af de her folkesygdomme har samme årsagssammenhæng, nemlig en usund livsstil og livssituation.

Fra socialdemokratisk side støtter vi, at man tager fat om nældens rod, nemlig livsstil og livssituation. Det er ikke den nemmeste opgave at stille sig selv, men det er klart den mest virksomme.

Summa summarum, vi vælger at være ambitiøse, og regeringen er på visse punkter lidt foran beslutningsforslaget, og vi har et helt andet udgangspunkt end forslagsstillerne, nemlig mennesker frem for diagnoser, og på den baggrund afviser vi det fremsatte beslutningsforslag.

Henriette Kjær (KF):

Det er bedre at forebygge end at helbrede, det ved vi alle, og heldigvis er alle Folketingets partier enige i dette synspunkt. Det er utrolig glædeligt, for det burde kunne skabe grobund for en massiv og effektiv indsats på området.

I dette beslutningsforslag, som vi er medforslagsstiller til, lægges der op til at gøre en betydelig indsats i forhold til det, vi desværre kan kalde nogle store folkesygdomme. Mange mennesker bliver ramt af knogleskørhed, hjerte-kar-sygdomme, astma, allergi og aldersdiabetes.

Derfor vil det være en menneskelig gevinst, men så sandelig også en samfundsmæssig gevinst, hvis vi kunne minimere omfanget af de pågældende sygdomme samt minimere omfanget af de menneskelige lidelser.

Vi synes derfor, det er en god og fornuftig strategi, at man opprioriterer den forebyggende indsats over for befolkningen som helhed, men bestemt også, at man målretter indsatsen efter folk i risikogrupperne, altså bevidst søger de mennesker, der har en stor risiko for at blive ramt af en bestemt lidelse.

Vi ved, at man lokalt inden for udvalgte lidelser har opnået utrolig gode resultater, og at det nytter at gøre en ekstra indsats. Så er det, at jeg godt kunne ønske mig, at sådan nogle resultater blev indsendt til en databank nationalt og de gode erfaringer nåede ud til hele landet. Sådan kan man på hvert enkelt område sikre sig en god forebyggelse.

Og hvis man så også får et godt samspil med de praktiserende læger, så er meget nået. Det vil eventuelt kræve efteruddannelse på nogle områder, ligesom den enkelte patient kommer til at benytte sig mere af den praktiserende læge, end vedkommende gør i dag. Det vil så betyde, at det kommer til at koste nogle flere penge. Det Konservative Folkeparti har da også i sit oplæg

til finanslov afsat 60 mio. kr. til at styrke forebyggelsen.

Vi har kigget lidt på den engelske model, hvor man har sat sig nogle helbredsmaal for udvalgte folkesygdomme. Det kunne man også benytte sig af i den her forbindelse, hvor ideen er, at man inden for en årrække sætter sig et mål om at nedbringe omfanget af en given sygdom. Så ministerens tilsagn om at lave et målprogram er superpositivt set ud fra vores vinkel.

Men der er behov for at sætte alt det her i system, og at man nationalt indsamler informationerne og laver nogle gode handlingsplaner – selvfølgelig i et frugtbart samarbejde med amter og kommuner, for de kommunale led skal ikke opfatte de nationale handlingsplaner som noget, de får presset ned over hovedet. De skal have indflydelse på planerne og skal forelægges alle de positive gevinster, man kan opnå ved dette.

Men vi synes altså, at der er behov for, at man får lidt mere struktur på det, end der er i regeringens folkesundhedsprogram, og kunne vi blive enige om det, så alle kunne ende med at blive glade, så ville meget være nået.

Anni Svanholt (SF):

I SF kan vi være helt enige i, at de sygdomme, der her er nævnt, skal forebygges, for der er tale om folkesygdomme, men vi er meget uenige i strategien for forebyggelse af disse sygdomme. Vi mener, at disse folkesygdomme skal forebygges gennem en meget bred forebyggelsesindsats.

Og sundhed skabes ikke i sundhedssektoren. Det er levevilkårene og livsstilen, som er helt afgørende for vores sundhed, men alt for ofte handler debatten, beslutninger og indsatsen udelukkende om forskellige former for behandling og tidlig diagnosticering i stedet for om årsagen til sygdom, livsstil og dårlige levevilkår.

Det grundlæggende initiativ for at forbedre levevilkårene ligger i fordelingspolitikken, arbejdsmarkedspolitikken, boligpolitikken, socialpolitikken, uddannelsespolitikken og arbejdsmiljøpolitikken. Samtidig med det skal der også ske en påvirkning af den usunde og sygdomsfremkaldende livsstil og arbejdsmiljøet.

Det er således af afgørende betydning, at der sættes på et systematisk arbejde for at styrke folks levevilkår, som dermed kan sætte dem i stand til at vælge et sundt liv.

I SF ønsker vi, at folkesundheden kommer helt i top på den politiske dagsorden, og det er

derfor, vi har taget det med i SF's finanslovudspil og ønsker rigtig mange penge til det område. Der skal være en sammenhængende national handlingsplan og strategi, der sikrer en god koordinering af indsatsen både centralt og lokalt, og så skal vi have en folkelig deltagelse. Og så skal der selvfølgelig også afsættes de nødvendige penge både centralt og lokalt.

Vi synes, vi skal sætte fokus på det sunde frem for det syge. De sunde valg i dagligdagen skal være det centrale i styrkelsen af folkesundheden. Maden, vi spiser hver eneste dag, er helt afgørende for vores sundhed. Derfor må vi stille krav om sunde fødevarer, der indeholder de nødvendige stoffer for vores krop, og rent drikkevand er selvfølgelig også et fundamentalt krav, og at vi kan indånde frisk og ren luft.

Det handler i det hele taget om at styrke viden om, hvordan man bevarer sin sundhed og hindrer sygdomsfremkaldende faktorer. Her skal der gøres en indsats gennem sundhedsplejerskerne, i hjemmene, i daginstitutionerne, skolerne, ungdomsklubber m.m., altså en meget bred indsats.

Derudover er det vigtigt, at der også er mulighed for at få hjælp og støtte til at gennemføre f.eks. ændringer af livsstil, hvis der opstår helbredsmaessige problemer, eller hvis man har lyst til at ændre sin livsstil.

Der er i det hele taget brug for at gøre det primære sundhedssystem meget bredere, så det er muligt at tackle sundhedsmæssige problemer meget tidligt efter mindsteindgrebsprincippet til gavn for den enkelte og også samfundsøkonomien.

Jeg kunne tænke mig nogle sundhedscentre, hvor der var forskellige sundhedspersoner, også alternative behandlere, der havde til opgave at fokusere på den enkeltes ressourcer med henblik på at styrke handlekraften frem for at fokusere på det syge.

Ud fra denne tankegang er jeg derfor heller ikke tilhænger af, f.eks. at så mange kvinder som muligt skal scannes for at tjekke, om der er risiko for knogleskørhed.

Jeg synes ikke, kvinder i almindelighed skal sygeliggøres ved scanning for diverse sygdomme. Jeg vil hellere bruge samfundets ressourcer på at styrke folkesundheden generelt og samtidig give gode muligheder for, at de kvinder og mænd, der har en egentlig risiko, kan få en diagnose og tilbud om relevant behandling.

Altså, det handler om at sætte fokus på det sunde frem for det syge, og med disse bemærk-

ninger er det klart, at vi ikke kan støtte dette beslutningsforslag.

Birthe Skaarup (DF):

Dansk Folkeparti er medforslagsstiller til dette beslutningsforslag, og det er vi naturligvis på baggrund af, at vi mener, det er yderst nødvendigt at sætte ind med en særlig målrettet indsats for at forebygge en række af de sygdomme, som rammer store dele af befolkningen.

I regeringens udspil til folkesundhedsprogram over en 10-årig periode er der mange gode intentioner om at forbedre danskernes sundhedstilstand, men efter vor opfattelse er de ikke beskrevet målrettet nok.

Vi ønsker en helhjertet opprioritering af den forebyggende indsats over for befolkningen i al almindelighed, men også over for risikogrupper. Alt for mange i 30-50-års-alderen dør meget tidligt, ofte af svær sygdom.

Middellevetiden har en kedelig bundrekord i Danmark, og derfor ønsker vi i Dansk Folkeparti en endnu bedre strategi over for eksempelvis de fire sygdommes vedkommende, som er omtalt i forslaget.

Vi er ikke i tvivl om, at en national økonomisk indsats vil give rigtig store gevinster først og fremmest for den enkelte person, men også for samfundsøkonomien med hensyn til sygedagpenge, sygehusvæsenet og også i almindelighed for virksomhederne, for arbejdspladserne.

Det er som sagt vigtigt at gribe fat i disse fire syndere, der er med til at give Danmark denne kedelige bundplads med hensyn til gennemsnitslevetiden i EU, men selvfølgelig skal det ske i tæt samarbejde med amter og kommuner. For at føre det ud i livet må der opstilles nogle klare mål med efterfølgende målbare evalueringer.

Knogleskørhed rammer også mænd, men specielt kvinder. Der er måske noget med, at vi må indrette vores hjem anderledes. Man skal lære løfteteknik. Man skal sørge for sund mad med de rigtige vitaminer og kalkindhold samt motion. Det kan forbedre livskvaliteten og være med til at hindre følgesygdomme som ben- og knoglebrud, og det er vitterligt, når der først er sket et brud, at man mange gange ved denne sygdom får stillet diagnosen knogleskørhed.

Hjerte-kar-sygdomme – her ved vi, at de sunde madvaner, motion, rygning påvirker denne sygdom i både positiv og negativ retning. Men operative indgreb mod denne sygdom er et af

de områder, hvor man bruger rigtig mange ressourcer.

Overfølsomhedssygdomme har vi set mange mennesker lide af og specielt her i de senere år. Det er efterhånden hver fjerde her i landet, som er overfølsom over for et eller andet. Det kan være madvarer eller pollen, og det kan udløse både eksem, snue og astmatiske sygdomme.

Aldersdiabetes ved vi også at der er stadig flere i befolkningen der får. Det er en af hovedhjørnestenene, som vi også må finde nogle problemløsninger på. Det er en sygdom, som ender kedeligt både med blindhed og amputationer.

Men med denne her nationale strategiplan skal og bør der inddrages mange instanser, som der også er redegjort for i forslaget. Det er således, at vi må have indkredset og få forebygget godt, og denne indsats og strategi skal skrues sammen og sættes på skinner, og det må så være med til at sætte dybe og store spor i befolkningen, så vi kan få minimeret de fire omtalte folkesygdomme effektivt.

Derfor er vi medforslagsstillere til dette beslutningsforslag.

Yvonne Herløv Andersen (CD):

Jeg synes, at man fra CD's side kan sige, at det er et godt og gennemarbejdet forslag. Der er gjort meget ud af det. Det er ikke altid, der er det med beslutningsforslag, men her ligger der et godt stykke arbejde bag ved det. Der ligger vel også sådan en vis utålmodighed, vil jeg tro, for vi er alle sammen meget optaget af forebyggelse.

Nu er det sådan med store programmer, at det nogle gange kan være meget vanskeligt at se præcise tiltag, det er som regel altid de større overskrifter, og det er der rigtig mange gode grunde til.

Men de fire sygdomme, der er valgt her, er jo de sygdomme, som i al almindelighed ikke optager os så meget i debatten, og samtidig er det nogle meget tunge sygdomme både økonomisk og med hensyn til livskvalitet for den enkelte, der får dem. Derfor er der god grund til at interessere sig præcis for det.

Samtidig er der jo det at sige til det, at når det drejer sig om den primære forebyggelse, så forebygges jo de fleste sygdomme, før vi er blevet syge, på samme måde. Det er så det, der kommer ind i det: Hvorfor siger man ikke bare det? Den sekundære og den tertiære i hvert enkelt program kan jeg godt forstå, men særlig omkring den primære er det sådan, at den primære

jo forebygges bredt – det samme for samtlige store folkesygdomme.

Så kan man selvfølgelig stå og harcelere lidt over Venstres mærkværdige holdning med hensyn til røg, altså tobak, og så sammenligne med flødeost, som jeg hørte en dag i pressen. Det er jo sjældent, at folk ruller tyve med flødeost.

Men i hvert fald hænger det ikke sammen for Venstre, vil jeg sige. Hvis man vil folkesundhed, så kan man ikke trække røg ud. Det kan man altså ikke.

Det er altså røg, det er motion, det er fedme, og det er kost. Vi kender dem jo alle sammen, og det er de samme. Så det er meget bredt, og der skal sættes ind over det hele, ikke bare på de her fire sider.

Men især programmerne, der ligger for, hvordan man følger op på det med den sekundære og den tertiære, synes jeg da, at der er meget god grund til at sætte sig til at diskutere.

Samtidig ligger det sådan, at jeg lyttede til, hvad ministeren sagde til svar, og der kan jeg se, at der kommer noget omkring osteoporose til årsskiftet. Jeg synes også, at det trænges meget, for det har været et stort problem, og det er et stadig stigende problem.

Og der kan man sige, at jeg er lidt uenig med fru Anni Svanholt om screeningsprogrammer. Jeg vil gerne have screeningsprogrammer, for jeg tror, at det er en god vej at gå: at hjælpe folk, før de kommer til at fejle noget. Jeg vil i øvrigt sige, at de har lavet et godt stykke arbejde nede på Kommunehospitalet med hensyn til osteoporose og screeninger, det har de gjort godt. Det ville jeg gerne se noget mere af, ligesom jeg også var varm fortaler for en screening for brystkræft.

Så kan jeg se, at Teknologirådet her den 9. november kommer med en plan for allergi. Allergi er et af vore store områder, og samtidig er det også meget uklart, hvorfor der på internationalt plan er den der meget store stigning. Det var derfor, jeg tidligere i dag også sagde, at jeg er bekymret for at nedlægge specialt allergologi. Jeg synes tværtimod, at man skulle styrke det, og her synes jeg også, at der er god grund til inden for allergi at kigge på det. Men lad os så også se, hvad det er, Teknologirådet kommer med.

Jeg vil meget gerne fra CD's side være med til at give et bedre afsæt også økonomisk, men også presse mere på, også for de sygdomme, som ikke er så interessante, og det er de fire

sygdomme her i dag. Så det vil jeg godt være med til.

Men økonomisk set synes jeg, at vi skulle give det der forebyggelsesprogram en ordentlig saltvandsindsprøjtning, og det kunne vi gøre her omkring finansloven, og så kunne vi slå på, at det her er et af de vigtigste områder, vi overhovedet kommer i nærheden af, når det drejer sig om sundhedspolitik, og så få lagt nogle penge ovenpå.

Det vil nok komme til at knibe, men ved fælles hjælp går det vel.

Inger Marie Bruun-Vierø (RV):

Jeg tror, at vi alle er meget optagede af forebyggelse. Jeg tror, vi er nået dertil, hvor vi siger, at vi kan blive ved med at fylde penge ned i det store hul, og at det er en opgave, vi aldrig bliver færdige med, medmindre vi begynder at tage fat på den forebyggende side. Jeg tror også, at vi alle sammen er utålmodige efter at komme i gang.

Jeg vil koncentrere mig om det beslutningsforslag, der ligger her. Forslaget her rammer lige ned i en af de væsentlige sundhedspolitiske udfordringer i dag, nemlig de store folkesygdomme.

Forslagets tilgang til de udvalgte områder ser rigtig ud. Det er gennem langsigtede strategier og den systematisk oplysende og forebyggende indsats, at vi på lang sigt kan give befolkningen i Danmark et bedre og længere liv, og det er jo det, vi gerne vil.

Sådan et forslag, hvor man tænker langsigtet, satser på bestemte områder, inddrager patientforeningerne, udnytter kommunikationsteknologien og tænker indsatsen ind i alle leder af sundhedssystemet. Det er jo mønsteret på, hvordan fremtidens sundhedspolitik kan føres.

I Det Radikale Venstre ser vi dette forslag som et tegn på, at den borgerlige opposition oprigtigt ønsker et medansvar for landets sundhedspolitik, også forebyggelsesdelen.

Der er mange gode takter i forslaget, der ligger i forlængelse af regeringens folkesundhedsprogram, jf. ministerens redegørelse – som særligt satsningsområde. Men det egner sig efter Det Radikale Venstres opfattelse mere til at blive taget med som et særligt satsningsområde i de årlige forhandlinger med amterne, og i så fald skal der penge med som smøringmiddel.

Derfor kan Det Radikale Venstre ikke støtte forslaget, som det ligger her, hvor det handler

om at fremsætte et lovforslag. Initiativet bør i givet fald sættes ind i en større sammenhæng.

Frank Aaen (EL):

Enhedslisten er fuldstændig enig i, at dér, hvor der er brug for at gøre en ekstra indsats, er i forebyggelsen, og der er da også mange positive hensigter i det forslag, der er lagt frem, men, men, men.

Det er da en utrolig mængde af pjecer, der foreslås. Det er da en utrolig fokus, der er på sundhedsvæsenet, som man støder ind i, når det er så sent i forhold til forebyggelse. Der fokuseres jo overhovedet ikke på de faktorer i samfundet, som truer folkesundheden. Der fokuseres slet ikke på de faktorer, som gør, at astma og allergi eksploderer i øjeblikket. Sådant er prognosen her: Om 15 år har vi alle sammen allergi eller astma, hvis det fortsætter, som det gør nu. Der vil jeg sige, at er man optaget af at ville forebygge f.eks. overfølsomhedssygdomme, astma, allergi, så er det altså ikke kurser og pjecer, så er det altså fjernelse af uønskede stoffer, af det væld af kemikalier, som puttes i vores mad, i sæbe, shampoo, creme, maling, byggematerialer, i tusindvis af kemikalier, hvor vi ikke kender effekten på vores sundhed.

Der er 70 stoffer i Danmark, som vi bruger mere end 100 t af om året. Vi ved ikke, hvor mange af de stoffer, vi bruger i de mængder, der skaber allergi, men der er mistanke mod en meget stor del af dem. Det er Teknologirådet også i fuld gang med at afdække.

Hvis man vil sørge for, at børnene ikke får så mange overfølsomhedssygdomme, så må man holde op med at proppe så mange børn i lokalerne i daginstitutionerne, for vi ved, at det, at man laver propfyldte børnehaver, er med til at gøre børnene mere syge og overfølsomme. Så er det dét, man må gribe ind over for.

Hvis det er sådan, at man er bekymret over støvmider, så må man holde op med at udlicitere rengøringen i en grad, så selv om rengøringsassistenterne slider, så de bliver nedslidt, så er der alligevel beskidt bagefter. Det er den slags ting, der er brug for.

Hvis man er bekymret over befolkningens kostvaner, vil man så være med til at sætte gang i, at vi igen begynder at bispise børn og unge i daginstitutioner og skoler? Det er jo i den tid, hvor kostvanerne dannes, og hvor man etablerer, hvad man synes, man godt kan lide, og hvad man ikke kan lide. Det er jo dér, man har mulighed for at påvirke de unge til, at sund

mad godt kan smage godt og være spændende mad, og det kunne vi gøre ved igen at sige, at man får sin mad nede i vuggestuen, børnehaven og i skolen, hvor vi er i stand til også at sikre en ordentlig kvalitet.

Hvis man er bekymret over de mange hjertesygdomme, så må man jo stoppe den udvikling, hvor vi tager nogle fag som buschauffør, rengøringsassistenter og andre, hvor vi igennem udlicitering pisker dem op i et arbejdstempo, der stresser dem, og som vi også ved er med til at skabe sygdom. Og derfor: Alle de gode intentioner. Når jeg ser på bundlinjen, så er det snak, for man vil ikke være med, når det er sådan, at det drejer sig om konkret handling, for så hører vi jo ikke noget. Så går man den modsatte vej.

Nu nævnte fru Herløv Andersen den handlingsplan, der vil komme mod astma og allergi. Jeg kunne da godt tænke mig at få at vide, om vi kan være sikre på, at Venstre vil være med til at putte penge i det. Det koster. Det kræver forbud mod industrien. Forbud mod stoffer, vi ikke vil have, koster. Vil Venstre være med til det? Se, det er dér, hvor det afgørende kommer: Vil man noget, eller vil man bare holde alle de pæne taler?

Nu ved vi jo, at det er Venstre, der skal runde af for forslagsstillerne, så derfor vil jeg også stille Venstre spørgsmålet: Hvor skal pengene komme fra? Selvfølgelig her beskedne forslag – med det antal kurser og pjecer, der er lagt op til – vil jo koste penge. Hvor har man tænkt sig, at pengene skulle komme fra? Jeg tror ikke, det er andet end snak.

Jens Ove Kjeldsen (KRF):

Jeg tror lige i starten, jeg kunne tænke mig at give en lille kommentar til hr. Frank Aaen. Vi vil i hvert fald ikke være med til, at man skal bispise børn og unge i skoler og institutioner og dermed tage ansvaret fra forældrene. Vi har et samfund, hvor vi mere og mere tager ansvaret fra folk. Og jeg tror, at det at have ansvar er med til at give livskvalitet og livsindhold. Og vi kan også se på: Hvilke sygdomme har vi flest af? Det er måske de psykiske lidelser. Så det er måske en anden vej, vi skal gå dér.

Ellers vil jeg sige, at da regeringen fremlagde sit Folkesundhedsprogram 1999-2008, var der mange, der klappede i hænderne over de positive tanker og gode visioner, som programmet giver udtryk for. Men efterhånden som de gode intentioner skal omdannes til handling, så skorter det på konkrete tiltag. Hvis ikke der er en

generel opbakning til folkesundhedsprogrammet, risikerer vi, at sygdomme som hjerte-kar-sygdomme og knogleskørhed vil ramme endnu flere danskere i årene fremover. Vi opnår udelukkende en positiv virkning, hvis vi arbejder på en hurtig og effektiv og konkret realisering af folkesundhedsprogrammet og den forebyggende indsats, det indbefatter.

Et område, hvor jeg anser det for afgørende at sætte ekstra ind med forebyggelse, er på det struktururområde, der er etableret i folkesundhedsprogrammet. Det er vigtigt at styrke samarbejdet mellem stat, amt og kommune for derigennem at opbygge en stærk indsats. Her kan jeg også tilslutte mig den radikale ordførers synspunkt vedrørende også at afsætte midler i forhold til amterne for dermed at markere en indsats.

Overordnet bør den viden, der eksisterer i sundhedsvæsenet, være en kollektiv viden, som bliver kanaliseret ud til støtte for kommuner og amter. Det skal bl.a. sikres gennem den tosidige nationale strategi, som forslaget også indeholder, og der vil jeg især lægge vægt på den primære del af den tosidighed.

Hvis vi tager de økonomiske briller på, vil forebyggelse på lang sigt være en besparelse på sundhedsområdet sammenlignet med en kortsigtet handlingsorienteret indsats. Hvis vi ser på statistikkerne, kan vi jo se, at medicinforbruget inden for de sidste 5 år er steget med 20 pct., og udgifterne på medicinområdet er steget med 35 pct. Udgifterne til medicin er oppe på 9 mia. kr. Og det er jo – kan man sige – lappeløsning i den sidste ende. Vi kunne sætte mere ind på forebyggelse. Vi kan sige, at ud over det med medicinen så har vi også ekstra udgifter på sygehuse, vi har fravær fra arbejdspladser, vi har tabt livskvalitet. Så der er god grund til at øge indsatsen her.

Ser vi på det konkrete forslag, som vi er fem partier, der står bag, så vil jeg godt fremhæve, hvad det er, Kristeligt Folkeparti lægger særlig vægt på i forslaget. Der står to punkter under strategiplaner, og der er det især det første punkt, hvor der står opprioritering af den forebyggende indsats i befolkningen som helhed og især den del af befolkningen, som lider af de nævnte sygdomme. Vi lægger meget vægt på den direkte forebyggende indsats, før sygdommen forekommer, og der kan vi jo pege på et eksempel som rådgivningscentret i Viborg, som er en god ting, som burde findes i alle amter. Vi kan også pege på, at vi undgår tobaksrygning,

hvor mennesker færdes, og der kan vi jo så sige, at dér er vi ikke helt enige med dem, der har fremsat forslag her. Men jeg mener, at det er en naturlig del af det. Og vi kan støtte, at der sættes ind på at påvirke livsstil, som også Socialdemokratiet var inde på, for også at sikre et godt arbejdsmiljø.

Med de positive tilkendegivelser, der i virkeligheden har været her i dag, vil dette forslag kunne samle bred opbakning her i Folketinget. Når vi grundlæggende er enige, bør vi finde sammen om fælles løsninger for at tage konkrete initiativer i forbindelse med forebyggelse.

Tom Behnke (FRI):

Som det fremgår af beslutningsforslaget, er Frihed 2000 medforslagsstillere af forslaget her.

Forslaget her er jo ikke et forslag, der skal træde i stedet for regeringens handlingsplan. Jeg synes næsten, at man har kunnet høre på regeringens ordfører og på ministeren, at det er, som om man er lidt fornærmede, at man er lidt bange for, at det her skal træde i stedet for regeringens handlingsplan. Det er der jo slet ikke tale om.

Det, der er tale om med beslutningsforslaget her, som vi jo altså er ordførere fra fem partier, der har sat os sammen om at få konkretiseret, er netop, at det skal være et supplement til regeringens handlingsplan, som vi så i øvrigt stort set er enige i. Det er et supplement til den, og det er en konkretisering af regeringens handlingsplan. Og det er nødvendigt.

Det var også det, vi diskuterede, da vi diskuterede regeringens handlingsplan: at den for så vidt overordnet set var ganske udmærket, men den manglede ligesom noget mere bid. Der skulle noget mere, om jeg så må sige, kød på bordet. Der skal nogle konkrete ting til, for at vi kan komme videre.

De øvrige medforslagsstillere, som jo altså tæller både Venstre og De Konservative, Dansk Folkeparti og Kristeligt Folkeparti, har jo på ganske glimrende vis redegjort for, hvad forslaget går ud på, og argumenteret for forslaget, og hvorfor det er nødvendigt at få det vedtaget. Og her sidst på dagen skal jeg ikke trætte Tinget med at stå og gentage alt, hvad mine medforslagsstillere har sagt, men blot sige, at vi i Frihed 2000 naturligvis er for det her beslutningsforslag.

Og så lige en appel til sidst: Man skal ikke glemme at lade folk leve, mens de gør det.

Den fg. formand (Grete Schødts):

Hr. Preben Rudiengaard som ordfører for forslagsstillerne.

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil da gerne have lov til at sige tak for den overvejende positive modtagelse, dette forslag har fået.

Når vi valgt disse fire store folkesygdomme, så er det på grund af, at det involverer ca. 2 millioner mennesker i det her land. Det er mennesker – det vil jeg gerne præcisere, for det kommer jeg ind på senere – som har mange gener i deres dagligdag.

Vi mener også, at det er en lille investering. Der er i hvert fald i vores finanslovsforslag, og det er til hr. Frank Aaen, sat 50 mio. kr. af til at implementere et sådant forslag, som vil være en meget stor gevinst ikke blot menneskeligt, men også samfundsøkonomisk.

Vi vil også her med det her forslag begynde at kunne måle, hvilket har været tiltrængt i mange år, hvordan vores forebyggelsesindsats i landet fungerer. Vi kan evaluere forebyggelsesindsatsen.

Vi får også her et lokalt engagement. Det er ikke noget med formynderi, som jeg hørte nogle komme med. Her lægger vi op til, at amtskommuner og primærkommuner er nogle aktive, dynamiske deltagere i dette projekt, og ikke mindst, som jeg synes er noget regeringen ikke har taget særlig højtideligt, er der engagementet af vores patientforeninger. De er også med i det her.

Jeg vil gerne præcisere, at det her drejer sig om en kombineret primær og sekundær forebyggelse. Vi stiller også krav til en bedre forebyggende indsats i almen praksis i sygehusvæsenet, og derfor valgte vi disse fire store sygdomme.

Jeg vil gerne sige til sundhedsministeren, at sundhedsministeren jo må erkende, at alle de programmer, som jeg også husker jeg selv har skullet være med til at implementere ude i miljøerne, nemlig »Sundhed for alle år 2000«, jo ikke blev til ret meget. Det er ikke sundhedsministerens skyld. Det må jeg sige. Det har været siddende regeringers skyld, at den måde, vi har lavet forebyggende indsats, har været hen i vejret. Det blev »Sundhed for alle 2000 i år« eller »Sundhed for alle om 2000 år«. Så det har ikke haft nogen effekt, fordi det har været meget løst formuleret.

Jeg er også meget glad for at høre, at sundhedsministeren går ind og taler meget positivt om de praktiserende læger og de programmer, som ministeriet er i gang med.

Jeg vil gerne præcisere, at Venstre vil gå helhertet ind i regeringens folkesundhedsprogram i forhold til de primære forebyggende indsatsområder. Det sagde jeg også dengang, jeg var ordfører på det område. Derfor så bliver jeg dybt deprimeret, når jeg oplever, at fru Sandy Brinck ikke har forstået en brink af det hele, og det skyldes helt klart, at fru Brinck ligesom ikke skelner mellem det, der hedder primær forebyggelse, og det, der hedder sekundær forebyggelse.

Se, om sekundær forebyggelse vil jeg gerne fortælle, at den er rettet mod mennesker, der har fået en lidelse, hvor man via en forebyggende indsats prøver at lette deres dagligdag og gøre dem bedre i deres daglige tilværelse. Og man kan snakke meget om alle de her livsstilsygdomme, og dem er jeg enig i at vi skal forebygge i fremtiden, og alle de der indsatsområder, men vi skylder altså også de ca. 2 millioner mennesker i det her land, som har pådraget sig sygdomme, at de får en ordentlig tilværelse i dagligdagen, og det kan vi gøre med denne forstærkede indsats her.

Fru Sandy Brinck siger også, at det er mennesket frem for diagnosen. Jamen mennesket kommer altid først, men en gang imellem er det altså nødvendigt at sætte en diagnose på for at finde ud af, hvad folk fejler, og at folk også kan få at vide, hvad de fejler. Det hører til almindelig god kutyme.

Så jeg vil sige, at i det indlæg, der blev præsenteret, er der altså begrebsforvirring hos fru Sandy Brinck med hensyn til det helt basale forhold, der hedder primær og sekundær forebyggelse.

Vi skal selvfølgelig heller ikke scannes for alting. Jeg mener ikke, vi skal scanne for alting. Det kan godt være, jeg vil gå lidt med fru Yvonne Herløv Andersen omkring det, at vi skal screene, måske få det lidt mere under kontrol, og hvad der ellers kan være af etiske problemstillinger, men når jeg snakker om knogleskørhed, så skal vi jo scanne de mennesker, som har fået brud, og dér er det så vigtigt, at vi får dem scannet for at se deres knogletæthed i vævet.

Fru Anni Svanholt, som jeg må sige næsten det samme til, som jeg sagde til fru Sandy Brinck, snakkede meget om livsstil og levevilkår, og vi er ganske enige i disse ting, men ar-

gumentationen hænger altså ikke sammen i forhold til vores forslag her. Og derfor må jeg sige, at jeg er ked af, at fru Anni Svanholt ikke har forstået de dybereliggende intentioner i det, vi er kommet med. Vi vil gerne sikre, at disse mennesker får en bedre tilværelse i deres dagligdag.

Fru Yvonne Herløv Andersen har jo tidligere været sundhedsminister, og derfor kan jeg jo sige, at jeg godt kan forstå, at fru Yvonne Herløv Andersen fortæller mig, at jeg er utålmodig. Det må en tidligere sundhedsminister også være, når vi ikke har fået implementeret vores forebyggende tiltag. Jeg har arbejdet med det i mange år; som tidligere sundhedsminister har man også dette. Derfor er det vigtigt for os, at vi ligesom sætter fokus på noget og sætter tingene i gang.

Så fik vi jo dette og hint om Venstre og røgen, som var et af de tidligere forslag i dag, og der vil jeg helt klart præcisere, at jeg ikke var ordfører på det forslag, men jeg vil meget gerne følge vores ordfører på området op: at vi selvfølgelig ikke vil have, at folk skal ryge. Vi ved godt, at det skader, men det er frit, og folk kan selv vælge – men det er metoden ude i dagligdagen, og derfor skal jeg ikke gentage diskussionen her. Selvfølgelig ved vi godt, at rygning kan fremkalde forskellige skavanker osv., men det er en metode, og der var vi da enige med hr. Frank Aaen i noget af det, der hedder metode og holdninger osv.

Til fru Inger Marie Bruun-Vierø må jeg sige, at hun roste meget vores program. Det vil jeg sige tusind tak for. Det skal ses i en større sammenhæng. Jeg håber, at De Radikale så også kan se sammenhængen med, at vi i vores finanslovsforslag har sat 50 mio. kr. af til implementering ude i amterne af disse nationale forebyggelsesstrategier. Så jeg håber med det argument, at jeg har fået Det Radikale Venstre med i familien, så vi kan arbejde videre med beslutningsforslaget, således at vi kan få et flertal for det, når vi når så langt.

Og til hr. Frank Aaen: Jamen jeg vil gerne sige, at Venstre, og det har jeg givet udtryk for, gerne vil være med til at arbejde for at bedre levilkårene for befolkningen. Vi har forskellige indfaldsvinkler til disse ting. Hr. Frank Aaen spurgte, hvor pengene skal komme fra. Jeg har sagt, at vi har afsat 50 mio. kr. på finansloven. Hr. Frank Aaen kunne godt læse vores finanslovsoplæg.

Jeg ved jo også godt, at noget af det, hr. Frank Aaen vil komme med, er, at der er taget lidt fra udviklingsbistanden, hvor vi jo har argumenteret i vores finanslovsforslag for at give dem til sundhedssektoren, både til den behandlende og den forebyggende sundhedssektor. Det er bl.a. der, vi kan få pengene fra, idet vi ikke ønsker, at en del af vores penge til udviklingsbistand skal gå til bananstater, som er totalt udemokratiske. Det er dér, vi kan finde dem. Til gengæld skærer vi heller ikke ned, det er gennem den almindelige prisudvikling, som har været i nogle år, at vi vil finde de 1,5 mia. kr. plus de 50 mio. kr., som vi vil bruge på det her område.

Men jeg vil i øvrigt sige tak for en positiv holdning, især tak til Det Radikale Venstre, fordi jeg kan mærke, at man er meget positivt stemt, og jeg håber så, at vi i udvalgsarbejdet kan få bragt tingene på plads.

(Kort bemærkning).

Sandy Brinck (S):

Nu ved jeg ikke, hvem det er, der har misforstået noget. Så vidt jeg kan tælle, så er der i hvert fald til det, hr. Preben Rudiengaard kalder en overvejende positiv stemning, et flertal imod.

Og apropos misforståelser: Jeg kan forstå på forslagsstillerne, at man mener, der skal være et generelt tilskud til sådan noget som bisfosforner frem for den individuelle vurdering, der foregår i dag. Det synes jeg er en voldsom misforståelse af vores rolle som folketingsmedlemmer. Mener man virkelig sådan generelt, at vi her i Folketingssalen skal tage stilling til, hvad det er for en slags medicin, der skal have tilskud? Jeg er ikke i tvivl: Fra socialdemokratisk side mener vi faktisk, at sådan en faglig vurdering skal ligge blandt eksperter, sådan som den gør i dag i Medicintilskudsnævnet.

Og så vil jeg afslutningsvis i denne omgang sige: Jeg må tage det som udtryk for, at Venstre arbejder aktivt i finanslovsforhandlingerne for at få sat flere penge af til forebyggelse. Det glæder mig at høre.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Jeg kender udmærket Venstres finanslovsforslag, men det kan man jo ikke bruge i forhold til det her forslag. Kristeligt Folkeparti er da ikke med til at tage pengene fra de allerfattigste i verden. Heldigvis er der anstændige borgerlige partier i Danmark, som prioriterer dem i verden, der har

det allerværst. Så hvor skal pengene komme fra? De kommer jo ikke derfra.

Så må jeg sige, at jeg savnede svar fra Venstres ordfører på de andre ting, jeg var inde på, nemlig om man er indstillet på at gribe ind over for de ufattelige mængder af kemikalier, vi dynge til med dagligt. Vil man være med til at forbyde noget af det? Vil man være med til at ud fase det? Vil man være med til at sørge for, at der bliver ordentlige arbejdsvilkår for rengøringsassistenter og buschauffører? Vil man være med til at sørge for, at der bliver bedre pladsforhold i daginstitutionerne? Det er jo det, der er brug for. Det her er jo lapperier i forhold til dér, hvor sygdommene skabes.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Til fru Sandy Brinck, som siger, vi er så langt nede i detaljen, at vi begynder at sidde og snakke om, hvad Medicintilskudsnavnet skal give, vil jeg bare sige, at hvis fru Sandy Brinck husker tilbage, så var det i den tidligere sundhedsministers tid, at tilskuddet, som blev ændret til generelt klausuleret tilskud på midler til at nedsætte kolesteroleet i blodet, blev ophævet. Det var jo efter aftale med ministeren. Og vi lægger selvfølgelig op til, at ministeren kan arbejde videre med det, så vi også får de samme ordninger.

Det er jo fuldstændig vanvittigt, at for en person, der skal have disse ting, skal vi lave en ansøgning, som går til Lægemedelstyrelsen, hvor man sidder og stempler på det der, og jeg har næsten aldrig oplevet, at der er nogen, der ikke får stemplet, men vi laver et ekstra bureaukratisk system.

På kolesterolområdet var det således, at de praktiserende læger fik lavet et referenceprogram. De lever op til det. Jeg har fuld tiltro til, at de praktiserende læger også er i stand til at administrere det. Det er den tanke, vi har med, at de kan, uden at man skal ind og søge tilskud til alverdens ting. Vi må have tillid til, at vores dygtige medarbejdere i sundhedsvæsenet kan klare det her.

Til hr. Frank Aaen vil jeg sige at med hensyn til Kristeligt Folkeparti og finansiering, så er de medforslagsstillere, og det må Kristeligt Folkeparti fortælle hr. Frank Aaen. Jeg kan bare sige, at Venstre har afsat de fornødne midler.

Vi vil også gerne fra Venstres side være med til – det vil jeg gerne sige – at kemikalier, som er totalt skadende og alt muligt og evalueret som

totalt skadelige, selvfølgelig skal fjernes. Vi er jo ikke anarkister på det her område. Så jeg vil da sige, at det er da en vigtig ting, at vi får gjort det.

Til gengæld må jeg sige, at med hensyn til de andre forhold omkring tilrettelæggelse af arbejdsmiljø osv. dér er det arbejdsmarkedets parter osv., og derfor er det ikke noget, Venstre agter at lovgive om. Det er ikke noget af det, der tilfalder mig at kommentere i dag, dertil har vi andre mennesker i dette samfund, nemlig arbejdsmarkedets parter og bl.a. kommunerne i forbindelse med deres planlægning på børneområdet, der også skal varetages osv. Vi skal ikke lovgive helt ud i detaljen.

(Kort bemærkning).

Sandy Brinck (S):

Jamen jeg er dybt imponeret. Nu er jeg selvfølgelig heller ikke læge, men det imponerer mig voldsomt, at forslagsstillerne kan være så sikre på et enkelt præparats virkning, når man i faglige kredse er i tvivl. Men o.k., det må man jo have tjek på.

Men jeg kan ikke dy mig, for når forslagsstillerne skriver, at det bør afdækkes, om sund livsstil og forebyggelse er tilstrækkeligt indarbejdet i folkeskolen og i ungdomsuddannelserne, tror jeg faktisk, at vi alle sammen kender svaret, når vi ser alle de livsrelaterede sygdomme, folk kæmper med i dag. Svaret er nej. Der bliver ikke gjort nok, og derfor behandlede Tinget jo tidligere i dag et forslag om forbud mod røg for børn og unge, og det var Venstre imod. Hvordan hænger det sammen?

Og undskyld mig, men er det ikke en lillebitte smule løst, bredt og luftigt blot at ønske en afdækning af noget, vi alle sammen kan se med det blotte øje? Jeg synes ikke, kritikken af regeringens folkesundhedsprogram er korrekt. Jeg mener, det er Venstre og forslagsstillerne i øvrigt, der formulerer sig løst og bredt.

(Kort bemærkning).

Frank Aaen (EL):

Det er velkendt, at partiet Venstre gør alt, hvad det kan for at gennemtvinge mere og mere udlicitering, og det er velkendt, at lige præcis udliciteringer har været med til at skabe nedslidning og alle mulige andre former for skader for sundheden.

Og så står man ynkeligt heroppe og siger, at det er arbejdsmarkedets parters skyld. Altså helt ærligt: Hvis partier har en klar linje om at

ville fremme mere og mere udlicitering, må de da stå ved den, inklusive konsekvenserne af at føre den politik, og ikke bare sige, at det er i øvrigt arbejdsmarkedets parter, der har skylden for, at det går, som det går.

Så til det med de farlige stoffer: Jeg vil bare gøre opmærksom på, at når vi har behandlet den slags forslag her i Folketinget, har man gang på gang henholdt sig til EU eller har afstået fra at gribe ind. Heller ikke her er det handling, der præger Venstre, når vi f.eks. fra Enhedslistens side har fremsat beslutningsforslag om straks at udfase i tusindvis af kemikalieprodukter.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg skal ikke forlænge debatten, for så vil jeg næsten komme til det, der hedder gentagelsens time. Men til fru Sandy Brinck må jeg sige, at hun lytter med det øre, som hun nu ønsker at lytte med.

Jeg går ind for, og det gør Venstres gruppe også, at der skal være primær forebyggelse, også i uddannelsen, folk skal have tingene at vide, og der skal være god oplysning, osv. Jeg har i øvrigt rost regeringens folkesundhedsprogram, men jeg synes bare ikke, det er koncist nok. Det er det, jeg siger, og det, vi går efter.

Til det med røgen må jeg helt klart sige, at på dette sene tidspunkt agter jeg ikke at gentage det, jeg allerede har sagt. Det må da være sivet ind, hvad vores holdning er på dette område.

Så til hr. Frank Aaen: Det er jo også en gammel travet, der kommer ind med, om jeg kan huske, hvad vi har sagt tidligere, osv. Jamen jeg ved da godt, at der er nogle i kommunerne, der ønsker udlicitering. Jeg er selv kommunalbestyrelsesmedlem og viceborgmester i en kommune, og jeg går da også ind for udlicitering. Og ligefrem at koalitere sammenhængen mellem

nedslidt arbejdsmiljø og udlicitering er altså en udokumenteret og uvidenskabelig påstand, må jeg sige.

Jeg ved godt, at hvis man udliciterer uden at have tænkt sig om, kan det godt ske. Men vi kan også se udliciteringer, hvor folk blomstrer op, og det er derfor, jeg mener, at påstanden er videnskabeligt udokumenteret, hvis man koaliterer på denne måde. Men den debat synes jeg vi kan tage op på et senere tidspunkt, den har vi nemlig haft mange gange før.

Hermed sluttede forhandlingen, og forslaget overgik derefter til anden (sidste) behandling.

Afstemning

Den fg. formand (Grete Schødt):

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (Op- hold). Det er vedtaget.

Meddelelser fra formanden

Den fg. formand (Grete Schødt):

Der er ikke mere på dagsordenen.

Folketingets næste møde afholdes i morgen, fredag den 27. oktober 2000, kl. 10.00.

Angående dagsordenen skal jeg henvise til den dagsorden, der er opslået i salen.

Mødet hævet kl. 18.15
