

Den første sag på dagsordenen var:

1 A) Fortsættelse af forespørgsel nr. F 4 [afstemning]:

Forespørgsel til skatteministeren [om beskatning af multinationale selskabers indtægter].

Af Morten Homann (SF) og Pernille Rosenkrantz-Theil (EL) m.fl.

(Forespørgslen anmeldt 2/10 2002. Fremme af forespørgslen vedtaget 8/10 2002. Første del af forespørgslen (forhandlingen) foretaget 24/10 2002. Forslag til vedtagelse nr. V 4 af Jens Peter Vernersen (S), Morten Homann (SF), Anders Samuelsen (RV) og Pernille Rosenkrantz-Theil (EL). Forslag til vedtagelse nr. V 5 af Peter Christensen (V), Else Theill Sørensen (KF) og Mikkel Dencker (DF). Taget tilbage. Forslag til vedtagelse nr. V 6 af Peter Christensen (V), Else Theill Sørensen (KF) og Mikkel Dencker (DF)).

Sammen med denne sag foretoges:

1 B) Fortsættelse af forespørgsel nr. F 17 [afstemning]:

Forespørgsel til skatteministeren [om multinationale selskabers skattebetaling].

Af Jacob Buksti (S) og Anders Samuelsen (RV). (Forespørgslen anmeldt 8/10 2002. Fremme af forespørgslen vedtaget 22/10 2002. Første del af forespørgslen (forhandlingen) foretaget 24/10 2002. Forslag til vedtagelse nr. V 4 af Jens Peter Vernersen (S), Morten Homann (SF), Anders Samuelsen (RV) og Pernille Rosenkrantz-Theil (EL). Forslag til vedtagelse nr. V 5 af Peter Christensen (V), Else Theill Sørensen (KF) og Mikkel Dencker (DF). Taget tilbage. Forslag til vedtagelse nr. V 6 af Peter Christensen (V), Else Theill Sørensen (KF) og Mikkel Dencker (DF)).

Formanden:

Forhandlingen er afsluttet, og vi går derfor straks til afstemning.

Afstemning

Forslag til vedtagelse nr. V 6 af Peter Christensen (V), Else Theill Sørensen (KF) og Mikkel Dencker (DF) (se tidligere møde) vedtoges med 61 stemmer (V, DF, KF og KRF) mod 53 (S, SF, RV og EL).

Hermed var følgende forslag bortfaldet:

Forslag til vedtagelse nr. V 4 af Jens Peter Vernersen (S), Morten Homann (SF), Anders Samuelsen (RV) og Pernille Rosenkrantz-Theil (EL).

Hermed sluttede forespørgslen.

Den næste sag på dagsordenen var:

2) Anden behandling af lovforslag nr. L 1: Forslag til finanslov for finansåret 2003.

Af finansministeren (Thor Pedersen).

(Fremsat 1/10 2002. Første behandling 3/10 2002. Betænkning 23/10 2002).

Der var ikke stillet ændringsforslag.

Lovforslaget sattes til forhandling.

Ingen bad om ordet.

Lovforslaget overgik derefter til tredje behandling.

Afstemning

Formanden:

Jeg foreslår, at lovforslaget henvises til fornyet behandling i Finansudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg det som vedtaget. (*Op-hold*). Det er vedtaget.

Kl. 10.05

Den næste sag på dagsordenen var:

3) Forespørgsel nr. F 8:

Forespørgsel til indenrigs- og sundhedsministeren:

»Hvilke konkrete tiltag agter regeringen at iværksætte for at forebygge de store folkesygdomme?«

Af Kamal Qureshi (SF), Aage Frandsen (SF) og Lene Garsdal (SF).

(Forespørgslen anmeldt 3/10 2002. Fremme af forespørgslen vedtaget 9/10 2002).

Begrundelse

Kamal Qureshi (SF):

Jeg vil i første omgang bruge tiden herfra til at pege på, at vi i Danmark står med store forebyggelsesmæssige opgaver foran os, som jeg synes, det er vigtigt, at vi forholder os til.

Der har i lang tid i høj grad været fokus på behandling og ventelister både under den tidligere valgkamp og efterfølgende. Jeg vil reelt egentlig med den her forespørgsel bede Folketinget om at prøve at kigge på den anden side af spektret: Hvordan får vi udført en sundhedspolitik på en sådan måde, at vi tænker mere langsigtet og begynder at kigge på, hvordan vi investeringsmæssigt kan sikre os, at vi ikke kommer til at blive ved med at stå med de samme problemer, som vi står med i dag?

Hvordan undgår vi, at der er så mange mennesker, som får hofteskader? Hvordan undgår vi, at der er så mange personer, der får slidt deres knæ i en alt for tidlig alder? Mange af de ting hænger jo sammen med overvægt. Vi ser også en eksplosion i sukkersyge. Jeg vil gerne komme ind på det lidt mere detaljeret, når jeg skal fremlægge min ordførertale.

Men reelt er det her ikke en øvelse fra min side i at sige, at regeringen er dum, og at regeringen ikke har gjort det godt nok og alt muligt andet, men reelt et oplæg til, at vi som partier her i Folketinget bruger den her stund i vores fortravlede hverdag til ligesom at kigge på forebyggelsen og gøre os nogle tanker omkring: Kan vi her give hinanden nogle håndslag på, at det er et område, vi gerne vil kigge på, og et område, vi gerne vil prøve at prioritere i vores fremtidige folketingsarbejde?

Jeg tror reelt, at vi herinde alle sammen har en interesse i at gøre det. Og hvis vi på et eller andet plan i dag kan forpligte hinanden på det, uden at det bliver et eller andet slagsmål om ord imellem partierne, så vil jeg i hvert fælde, at formålet med forespørgslen er opnået.

Tak for ordet i denne omgang.

Besvarelse

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Hvis sigtet med forespørgslen er at få et håndslag fra regeringen på, at vi prioriterer forebyggelsesarbejde, så kan jeg allerede her på dette stadie af forespørgslen tilkendegive, at formålet

er opfyldt, for et sådant håndslag vil jeg naturligvis meget gerne give. Og hr. Kamal Qureshi og SF skal ikke have utak for at have rejst denne vigtige debat.

For lidt over en måned siden fremlagde regeringen sundhedsprogrammet »Sund hele livet«. Programmet redegør for, hvordan vi på forebyggelsesområdet står over for store udfordringer. Lad mig nævne de to største:

For det første skal vi videreføre indsatsen i forhold til de væsentligste sundhedsproblemer for befolkningen, f.eks. rygning, alkohol, forkert kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt, men også dårligt arbejdsmiljø. Og for det andet skal vi udvikle indsatsen mod de store folkesygdomme, og her taler vi jo om aldersdiabetes, forebyggelige kræftformer, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser og overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger.

De to opgaver eller udfordringer er i virkeligheden meget tæt forbundne, ja, man kan sige, at de i virkeligheden udgør to sider af samme sag. For en indsats mod f.eks. svær overvægt er jo samtidig en indsats mod aldersdiabetes, hjerte-kar-sygdomme og muskel- og skeletlidelser, slidgigt. Og en indsats mod rygning er samtidig en indsats mod bl.a. kræft og hjertekarsygdomme, dvs. nogle af de store folkesygdomme.

Kl. 10.10

Men forebyggelse handler ikke alene om at forebygge sygdom. Det drejer sig også om at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, eller om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer.

Det sidste er et af de vigtige nye perspektiver i »Sund hele Livet«. Programmet sætter fokus på otte store folkesygdomme. Her skal der ske en udvikling af den forebyggende indsats for mange med en eller flere folkesygdomme, for at de kan leve et liv med den bedst mulige livskvalitet. Den indsats skal dels sigte mod at sætte den enkelte patient i stand til bedst muligt at tage vare på sig selv, dels omfatte en relevant kontrol, behandling og genoptræning for at genopbygge eller udskyde yderligere helbredsskader, dvs. patientrådgivning, støtte, genoptræning, rehabilitering, kontrol og opfølgning.

Der er et kolossalt potentiale for at udvikle den forebyggende indsats, både den primære forebyggelse, f.eks. på motionsområdet, og den patientrettede forebyggelse, f.eks. patientrådgivning og undervisning af hjertepatienter.

Det handler om, at sundheden bliver tænkt ind i samfundets mange forskellige aktiviteter, i daginstitutioner, i skolevæsenet, i uddannelsessektoren, i sundhedsvæsenet, på arbejdspladsen, i ældreomsorgen osv.

Hver dag går ca. 550.000 børn i daginstitution. 600.000 børn går i skole. Ca. 90 pct. af befolkningen er hvert år i kontakt med deres praktiserende læge. Jeg nævner blot disse tal for at illustrere de store muligheder for det forebyggende arbejde, der ligger i, at sundhedsaspektet bliver tænkt med ind i vores dagligdags aktiviteter.

Hvis der i højere grad bliver fokuseret systematisk på sundhed bl.a. i disse sammenhænge, så vil det betyde et væsentligt skridt frem for det forebyggende arbejde. Lad mig bare give et eksempel: Antallet af overvægtige stiger markant i disse år, bl.a. på grund af den teknologiske udvikling og de mindre krav, vi stiller til vores fysiske aktivitet. Det gør det nødvendigt, at vi skal blive bedre til at tænke motion ind i hverdagen. Og her skal vi passe på ikke at stirre os blinde på bare én løsning.

Tag nu f.eks. skolebørnene og hele debatten om fagtrængsel i folkeskolen. Det kunne være, at der var et perspektiv i at gå en anden vej med enkle skridt, som at børn i daginstitutioner skal være ude i mindst en time eller halvanden i hverdagen, at skolebørnene skal ud og røre sig i frikvartererne, at arbejde målbevidst for at få børnene til at gå eller cykle i skole frem for at sidde på bagsædet af far og mors bil, at tænke motion og bevægelse ind i flere fag og skolefritidsordninger. Der ligger jo et væsentligt større perspektiv i det, end hvis vi bare bygger ovenpå med fag, vi dedikerer det her område. Og sådan kunne man nævne en række eksempler.

Der er meget at opnå ved, at sundhedsvæsenet, for at tage et andet eksempel, tænker patientens tilværelse og sundhed efter sygehusopholdet ind i behandlingen i form af f.eks. hjerterehabilitering. Altså et integreret efterbehandlingsprogram, som kombinerer fysisk træning, støtte til kostmægning, støtte til rygeafvænnelse, psykosocial støtte, optimering af en medicinsk efterbehandling, systematisk kontrol og opfølgning.

Internationale studier har vist, at hjerterehabilitering har betydelige sundhedsmæssige effekter i form af reduktion af genindlæggelse på 20 pct. samt forbedring af patienternes funktionsniveau og helbredsrelaterede livskvalitet. Jeg nævner blot det her for at antyde, hvilket potentiale der ligger i at tænke forebyggelsesaspektet

ind de steder, hvor vi i forvejen er i kontakt med folk, hvad enten det er i eller uden for sundhedssektoren.

Alt peger jo på en fortsat og stærk stigning i antallet af patienter med en af de store folkesygdomme. Det stiller os alle sammen, sundhedsvæsenet, socialvæsenet over for kolossale udfordringer. Det kan man underbygge med nogle tal:

Godt 100.000 danskere har i dag fået stillet diagnosen aldersdiabetes, og det skønnes, at 100.000-200.000 går rundt med sygdommen uden at vide det.

Forstadier til aldersdiabetes ses hos stadig yngre mennesker. Ja, nu taler vi også om børn ned i 9-10-årsalderen.

Udgifterne til den medicinske behandling af hjertepatienter er i kraftig stigning.

Omkring 300.000 danskere lider af knogleskørhed. Muskel- og skeletlidelser, diskusprolaps, ondt i ryggen, gigt m.v. er nogle af de hyppigste årsager til sygefravær og lige efter psykiske lidelser den hyppigste årsag til helbredsbehandling.

Antallet af astma- og høfebertilfælde er tilsvarende fordoblet på 10-15 år.

Omkring 200.000 danskere har rygerlunger, og vi må desværre forudse, at antallet af kvinder med rygerlunger vil stige. Sygehusstatistikken viser, at kvindernes forbrug af sengedage på grund af rygerlunger er fordoblet inden for de seneste 10 år.

Kl. 10.15

Så derfor er der jo en ting, der står lysende klart, nemlig at vi ikke bare kan lade udviklingen fortsætte og sætte vores lid til, at vi kan behandle os ud af alle problemerne, for det kan vi ikke. En fortsat vækst i antallet af langvarigt eller kronisk syge vil medføre et betydeligt træk på sundhedsvæsenets ressourcer, og en fortsat stigning i andelen af danskere med kroniske eller langvarige sygdomme vil betyde et generelt velfærds- og livskvalitetstab.

Derfor skal vi gøre noget, og på mange områder er der da heldigvis også viden om effektive metoder til at forebygge folkesygdommene. Der er sikker viden om, at en læges helt enkle rådgivning til sin patient om det sundhedsskadelige ved rygning f.eks. har betydelig effekt på rygeophør. Fysisk inaktivitet har en klar sammenhæng med aldersdiabetes, hjertesygdomme, knogleskørhed, og endnu vigtigere: Forøget fysisk aktivitet kan forebygge videreudviklingen af sygdommene, hvis de er indtrådt.

Fysisk aktivitet og variation i arbejdet er også den vigtigste indsats mod muskel- og skeletlidelserne og har positiv virkning på knogleskørhed og endog psykiske lidelser.

Overfølsomhedssygdommene kan nok kun i nogen grad forebygges, men vi ved, at amning betyder meget for den fremtidige risiko, og vi ved, at boligens indeklima er meget afgørende for forløbet af allergisk astma.

Der er en rød tråd i de eksempler, jeg tager frem her, nemlig: At gøre noget ved det har meget lidt med sundhedsvæsenets behandlingsindsats at gøre og meget med befolkningens holdning til egen indsats og meget med de sundhedsprofessionelles holdning til rådgivning og støtte at gøre.

Men der er også behov for at udvikle nye metoder indsatsmæssigt, organisatorisk osv. i forhold til de store folkesygdomme. Vores sundhedsvæsen er i meget høj grad gearret og organiseret efter akut opstået sygdom eller skade, og heroverfor står, at der bliver flere og flere ældre med de svageligheder og sygdomme, som følger med; at jo bedre sygdomsbehandlingen bliver, jo flere overlever og overlever altså også med kroniske lidelser; og en stadig sværere situation for rekruttering af personale til sundhedssektoren, også på grund af befolkningens aldersforskydning.

Det kræver et skifte. De begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet må ikke drænes af principielt forebyggelige sygdomme. Den nødvendige kontakt mellem sundhedsvæsenet og personer med kronisk sygdom må ske, så de sundhedsprofessionelles ressourcer udnyttes mere effektivt. Det forudsætter mere rationelt tilrettede rutiner, der også indebærer, at patienten, familien og de lokale netværk, herunder det frivillige arbejde, inddrages og sættes i stand til at blive inddraget ved patientuddannelse, ved andre uddannelsesformer, ved gode informationsgange osv. Det betyder omlægning af ressourceanvendelsen mellem sektorer og mellem det offentlige og det private.

Helt kontant og konkret kræver udfordringen i hvert fald tre ting.

For det første større vægt på egenindsats og støtte, ved at familie og netværk, skole og arbejdspladser tager et medansvar for de primære forebyggende aktiviteter, f.eks. aktiviteter mod rygning, aktiviteter for fysisk aktivitet, for sundere kost og for ulykkesforebyggelse.

For det andet større vægt på primær forebyggelse på alle niveauer af sundhedsvæsenets arbejde i kontakten med befolkningen.

Og for det tredje større vægt på dannelse af nye samarbejdsformer og netværk i forhold til de enkelte folkesygdomme, netværk, hvori skal indgå professionelle sundhedspersoner. Men det er samtidig et krav, at der skal ske en ressourcebevidst anvendelse af sundhedspersonalet, f.eks. via nye personalekompetencer, nye personalegrupper, samarbejdsformer, samarbejdsmetoder.

Et centralt spørgsmål er, hvordan man bedst støtter den enkelte patient til at etablere nye kostvaner, ændre motionsvaner og ikke mindst at opretholde troen på, at et liv med kronisk sygdom kan forbedres, og at disse forbedringer kan bevares.

Et tilbagevendende emne i denne debat om forebyggelse er jo, hvem der betaler, og hvem der får gevinsten. I nogle sammenhænge hævdes det, at det er kommunerne, der afholder de fleste udgifter, mens det er amterne som sygehusejere, der løber med alle besparelserne. I andre situationer er det måske det omvendte, der gør sig gældende.

Jeg tror, at den enkelte borger sådan set er helt ligeglad, og at det for den enkelte borger forekommer at være en uvedkommende diskussion, om det er den ene eller anden kasse, som betaler for forebyggelse, om det er den ene eller anden kasse, som sparer ved forebyggelse. I sidste ende betaler vi jo alle sammen til alle kasser: stat, amt og kommune.

Jeg vil tage et par eksempler frem på det. Det er f.eks. amterne, der står for og betaler for størstedelen af alkoholbehandlingen her i landet, mens besparelsen falder hos kommunerne i form af færre udgifter til sygedagpenge, bi-standshjælp og eventuelt tvangsfjernelser.

Kl. 10.20

Et andet eksempel er de forebyggende hjemmebesøg hos ældre. Den kommunale opgave betales af kommunerne. En analyse viser, at der er store effekter af det, f.eks. også målt på reduktion i antallet af hospitalsindlæggelser. Det er altså amterne, der får gevinsten.

Når jeg nævner de to modsatte eksempler, er det, fordi jeg synes, det kunne være rigtig interessant i forhold til disse folkesygdomme at få analyseret forholdet mellem udgifter og besparelser i form af pengestrømsanalyser på forebyggelsesområdet, sådan at vi får lidt mere evidens ind i hele den diskussion om, at forebyg-

gelse kan betale sig. Jeg er slet ikke i tvivl om, at det kan, men det kunne være spændende at prøve at se disse sammenhænge på en struktureret måde.

Som sagt sætter »Sund hele livet« fokus på otte store folkesygdomme. Indsatsen i forhold til de otte folkesygdomme skal stå på to ben – det er altid godt, så bevarer man balancen – dels primær forebyggelse, dels den patientrettede forebyggelse i form af patientrådgivning, patientstøtte m.v. Regeringen vil i den kommende tid for hver af de otte sygdomme sætte gang i en strategiproces, som skal danne grundlag for en fortsat vurdering, justering og udvikling af indsatsen og dens kvalitet.

Strategiprocesen skal konkret fungere som et løbende afsæt til udarbejdelse af konkrete handlingsplaner på specifikke områder, iværksættelse af konkrete initiativer, tilvejebringelse og inddragelse af den nødvendige dokumentation m.v. og er dermed altså også tænkt som en proces, der fastholder det politiske fokus på de otte folkesygdomme.

Jeg kunne bruge aldersdiabetes for at illustrere nogle af elementerne i et sådant strategiarbejde. Aldersdiabetes er jo en sygdom i vækst. Den er tæt forbundet med vor livsstil, nemlig fysisk inaktivitet og kostsammensætning og de deraf følgende overvægtsproblemer.

Antallet af danskere med aldersdiabetes er kraftigt stigende, og aldersdiabetes, som måske skulle hedde livsstilsdiabetes, forekommer i stadig yngre aldersgrupper. En nylig offentliggjort undersøgelse fra Odense viser f.eks., at ca. 10 pct. af de 9-årige børn har forstadier til diabetes i form af forhøjet blodtryk og forhøjet kolesteroltal.

I fokus for indsatsen mod aldersdiabetes står fysisk inaktivitet og forkert kost. Sundhedsprogrammets mål for kost og fysisk aktivitet beskrives således den betydelige indsats, der allerede finder sted, og opstiller udfordringer på området. Vi skal sikre sundere kostvaner, motivere børn og visse grupper af ældre, have en bedre sammenhæng i motionstilbuddene i børnenes hverdag, fysisk aktivitet som led i behandlingen, nye samarbejdsformer med det civile samfund, bl.a. idrætsforeninger og nye målgrupper.

Og som et helt centralt initiativ på dette område har Sundhedsstyrelsen iværksat arbejdet med et oplæg til en national strategi vedrørende svær overvægt. Oplægget forventes at foreligge i begyndelsen af det nye år.

Konkret vil regeringen desuden iværksætte en flerårig indsats vedrørende fysisk aktivitet. Sundhedsstyrelsen vil i den forbindelse gennemføre en oplysningskampagne om motionsrådene: en halv time om dagen for os, der er voksne, og en time om dagen for børn. Fødevareredirektoratet har allerede iværksat projektet »Alt om kost – smag for livet«, et projekt, der har til hensigt at fremme etablering af madordninger på skoler og institutioner.

Det andet led i en diabetesstrategi vil være forebyggelse af komplikationer og senskader hos dem, der har fået sygdommen. Det drejer sig om egenomsorg, patientrådgivning, støtte og rehabilitering. Der er tale om et livslangt forløb med en vekselvirkning mellem egentligt behandlingstiltag og patienternes egne handlinger i hverdagen.

Derfor skal egenomsorg have en helt central placering i behandlingen. Det er vigtigt at arbejde med nye roller for patient og behandler. Det centrale er at arbejde med nye undervisningsformer, organisationsformer og samarbejdsformer.

Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering forventes i slutningen af indeværende år at udsende en rapport om opsporing, diagnostik og behandling af aldersdiabetes, en MTV-rapport, der vil blive centralt omdrejningspunkt for det løbende strategiarbejde vedrørende aldersdiabetes.

Tiden tillader ikke at gå mere ind i dette, men jeg nævner bare disse ting som et eksempel på den systematik, hvormed vi skal arbejde med disse folkesygdomme. Og hovedkonklusionen er jo her, at der bruges vældig mange ressourcer, både målt i kroner og altså også målt på professionelt arbejdskraft i alle sektorer, hvor der er samvær i dette samfund. Derfor er der meget at hente, hvis vi sætter tingene i system og indtænker dette aspekt i alle livets forhold.

Kl. 10.25

Jeg ser meget frem til denne debat, som jeg, ligesom hr. Kamal Qureshi var inde på, ikke betragter som nogen stor ideologisk eller partipolitisk debat, men i virkeligheden som et fælles forehavende, hvor vi har brug for at inspirere hinanden. For vi står med en opgave, der er så stor her, at uanset om vi opjusterer de puljer, vi har til rådighed for egentlig forebyggelse i Sundhedsstyrelsen, med 5 pct. eller 10 pct. eller et andet beløb, så løser det ikke selvstændigt problemet. Vi løser kun problemet, hvis vi indtænker dette aspekt i det behandlende sundhedsvæsen og i det offentlige samfund i øvrigt.

Forhandling

Kamal Qureshi (SF):

Jeg vil gerne takke ministeren for den positive indgang til debatten.

En meget stor del af ministerens tale var lidt som det, jeg også oplevede under studiet hos nogle af professorerne. Det er reelt set den sidste del af det, vi som politikere bliver nødt til at forholde os til. Det er ikke kun den deskriptive beskrivelse af situationen, men også, hvad vi herinde fra Folketinget gør.

Det er jo rigtigt, hvad sundhedsformanden oppe fra Nordjyllands Amt, som er SF'er, sagde. Han sagde, at det, som regeringen kalder for partnerskabsaftaler, er det, som vi i Nordjylland kalder for samarbejde. Så det hjælper sådan set ikke så meget, hvis man sætter nogle smarte ord på noget af det, som allerede eksisterer eller foregår, men vi bliver nødt til at se, om vi kan gøre tingene på en anden måde.

Jeg er helt med på, at man fra regeringens side har prioriteret ventelister og behandlingen og har afsat en meget stor pulje penge specifikt rettet mod den elektive del af behandlingen, altså den del af behandlingen, som man herindefra har øremærket penge til. Så har man i øvrigt overladt det til amterne at tage sig af de andre opgaver, der er i sundhedsvæsenet.

Jeg synes et eller andet sted, at noget af det virker som en kortsigtet løsning, fordi, som ministeren selv er inde på, det ikke tager hensyn til de gevældige problemer, vi i dag står over for.

Jeg vil også lige bruge lejligheden til talmæssigt at skitsere nogle af problemstillingerne.

Vi ved, at hver anden voksen mand og hver tredje kvinde i Danmark er overvægtig, 10 pct. af os er svært overvægtige. Vi ved, at der er sket en stigning på ca. 300 pct. i antallet af overvægtige børn gennem de sidste 25 år. Det er nogle tal, som ministeren jo også godt er klar over, og som Sundhedsstyrelsen og andre instanser, der arbejder med de her ting, er klar over.

Vi kender også alle sammen historier om unge mænd, som ikke kan klare helbredstesten til session grundet overvægt eller problemer med bevægeapparatet. Vi ved også, at antallet af sukkersyge blandt unge er i kraftig vækst. Alle de informationer har vi reelt set i forvejen, og vi ved også, at det hænger sammen med dårlig kost og for lidt motion.

Hvis vi nu skal forholde os til den del af diskussionen, som er politisk, det vil sige, hvordan vi arbejder med tingene herinde, så synes jeg,

det er et problem, at regeringen f.eks. har fjernet tilskuddet til kostpuljer i skolerne, som var et forsøg på at tilbyde børnene sund kost en gang daglig, sådan at de frem for chips og cola kunne få kartoffelsuppe med frisk brød. Den kostpulje var noget af det første, regeringen skar væk.

Jeg ved godt, at den rådgivningsindsats, som regeringen efterfølgende har sat i værk for at rådgive skolerne om bedre kost og information om bedre kost, blev modtaget ret godt, og at den fungerer ret godt. Men vi har stadig væk det problem, at der altså er nogle børn, som simpelt hen ikke får det ene måltid sunde mad daglig, så de simpelt hen ikke lærer, hvad det vil sige at spise sund mad.

Jeg synes, at regeringen i det mindste har været ærlig. De har indrømmet, at de har skåret i regeringsbevillingerne til forebyggelse, selv om der i forvejen ikke var for meget.

Der er afsat 1,5 mia. kr. til behandling af slidte hofte og knæ og det på trods af, at al faktisk viden viser, at vægtreduktion forebygger slidte hofte og knæ.

Jeg har her i mit papir skrevet, at jeg skulle læse op af noget af det, der viser denne sammenhæng med vægtreduktion, men det ved jeg ministeren i forvejen ved, og det har han detaljeret redegjort for.

Samtidig har vi også det problem, at vi hvert år fylder mange landsbyer op med danskere, som er døde på grund af rygning. Alligevel vælger regeringen at sætte mange penge af til bypassoperationer og andre reparerende tiltag, men ikke vil støtte tiltag, som kunne motivere mere til at holde op med at ryge. Udsigten til en ekstra charterferie, ved at man skiftede fra tobak til billig eller oven i købet gratis nikotinpræparater, kunne måske gøre det muligt for flere børn at få nogle flere år med deres bedsteforældre.

Kl. 10.30

Regeringens politik svarer til, at bilfabrikanterne blev ved med at sælge biler, som rustede, som gamle Skodaer gjorde før i tiden, og efterfølgende tjente penge på pladearbejde, men i øvrigt ikke ville rustbehandle bilerne, så de kunne få nogle flere år uden rustproblemer.

Det synes jeg reelt er noget af den prioritering, som jeg synes regeringen med sin linje har lagt op til. Jeg siger ikke, at den tidligere regering var meget bedre på det her område. Men jeg synes, vi har brug for ligesom at prøve at vende kortene en gang til og se: Kan vi gøre det på en anden måde, som netop kunne gøre, at bi-

lerne ikke rustede, frem for at vi behandlede dem med pladearbejde efterfølgende?

Jeg har også fået at vide, at i regeringens aftale med amterne om amternes forpligtelser er der en udførlig beskrivelse af deres forpligtelser i forhold til at sikre behandling til borgerne. Men der står mig bekendt ikke forfærdelig meget om forebyggelse eller sundhedsfremme, altså amternes forpligtelser på det område.

Der kunne jeg godt tænke mig, at man pålagde amterne et tættere samarbejde med kommunerne, når det handler om sundhedsplejersketilbud og lignende, noget af det, som ministeren selv var inde på, så amterne og kommunerne kunne sikre en mere sammenhængende forebyggelse, et mere sammenhængende patientforløb, noget, som i dag allerede er virkelighed oppe i Nordjyllands Amt.

Jeg håber, vi kan tage en videre drøftelse af, hvordan vi griber det an.

Formanden:

Så går vi videre i ordførerrækken.

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil gerne sige til hr. Kamal Qureshi, at jeg er meget glad for den tone, der er lagt frem her i starten af debatten, for vores overordnede mål må være, at vi prøver at sikre, at vi gør det så godt for vores borgere som overhovedet muligt på det sundhedsmæssige område.

Når vi ser på dansk sundhedspolitik gennem de sidste 30 år, må jeg sige, at den har været gennemsyret af én ting, nemlig symptombehandling. Det er diagnostik, det er behandling, og det er pleje, som har været kerneordene. Jeg må også erkende, at forebyggelsen har været stedbarnet. Og hvorfor nu det? Fordi forebyggelse er så svært at måle effekten af. Det er således, at vi har et problem med metoder til forebyggelse og beskrivelse af alle de indikatorer, som skal med, når vi snakker om forebyggelse. Derfor er det svært.

Så er der også den holdning i dele af befolkningen, at det er bedre at æde og drikke og te sig, som man vil, så kan man jo bare blive indlagt på sygehus, og så kan man bare blive behandlet for det her og nu.

Så må jeg sige, at i det faglige forum er der meget lidt prestige i forebyggelse frem for behandling. Vi har prøvet forskellige projekter. Vi har prøvet »Sundhed for alle år 2000«. Det blev ikke til mere end sundhed for alle om 2.000 år.

Så havde vi VKR-regeringens forebyggelseprogram for 1989, og den tidligere regering havde deres folkesundhedsprogram 1999-2008.

Alle disse programmer har fokuseret på risikofaktorer, kost, fysisk aktivitet, rygning, miljøpåvirkning, har fokuseret på målgrupper, nemlig børn, unge, gravide, og på forebyggelsesmiljøer. Fokus har været rettet mod det, som man i det lægelige fagsprog kalder den primære forebyggelse. Det kan vi være helt enige om.

Da jeg stod heroppe og kom med bemærkning til den tidligere regerings program, var jeg helt enig i, at den primære forebyggelse er fantastisk vigtig. Nu har vi så regeringens nye program »Sund hele livet«.

Men vi er gået videre, for vi ved nemlig godt, at det, som vi også skal satse på, er de otte store folkesygdomme, og jeg kan tillade mig at regne sammen og sige, at det er ca. 2 mio. mennesker i kongeriget Danmark, som er berørt af en eller anden folkesygdom i deres dagligdag, som hindrer, at de kan få, hvad de selv mener skal være den rigtige livskvalitet.

Jeg er også bange for, som sundhedsministeren var inde på, hvad der sker i de kommende år med en tiltagende gruppe af ældre. Vi ved godt, at der kommer sygdomme, når vi bliver ældre; vi får flere med alderssukkersyge, vi får flere med forskellige hjerte-kar-sygdomme, osv. Jeg vil sige, at det er vigtigt for os, at vi fokuserer på disse folkesygdomme. Vi skal udvikle strategiplaner, og vi skal implementere dem.

Kl. 10.35

Vi har ikke penge til alting. Derfor skal vi nu prøve at lave nogle strategiplaner, således at vi kan satse på alderssukkersyge f.eks. Vi skal satse på osteoporose. Vi skal have systemerne til at arbejde sammen. Vi skal sørge for, at lægerne får referenceprogrammer. Vi skal også sørge for, at den gruppe af mennesker, som har brug for medicin, også får den rette pille i den rette mund, men stadig væk med fokus på personens eget personlige ansvar, livsstilen, det, der hedder kost, motion, viden om symptomer, og så skal vi have alle de ressourcer, vi bruger i den offentlige sektor, til at arbejde sammen.

Så derfor skal vi lave referenceprogrammer og strategiplaner. Det må være den måde, hvorpå vi sikrer, at befolkningen får en ordentlig livskvalitet, som de selv bestemmer. Jeg skal som politiker være med til at sikre, at levevilkårene er i orden, og så må folk også selv have en indflydelse på deres egen personlige livsstil.

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

På baggrund af de sidste ord om, at levevilkårene skal være i orden, vil jeg gerne spørge Venstres ordfører, hvordan der så i det udspil, der er fra regeringens side, er set på, på hvilken måde man kan forbedre levevilkårene. Alle undersøgelser viser jo, at der er en tæt sammenhæng mellem sundhed og så, hvordan man socialt er stillet.

Der er en tæt sammenhæng mellem uddannelse og sygdom. De, der ikke har nogen uddannelse, har en langt højere grad af sygdom end andre med uddannelse. Vi kan se på det sociale landkort over Danmark, hvordan sundheden er fordelt: De velstillede og de med uddannelse er sunde, og de socialt dårligt stillede bærer hovedparten af alle sygdommene; det gælder også for børnene. På hvilken måde vil man rette op på det fra regeringens side?

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Både sundhedsministeren og hr. Preben Rudiengaard talte utrolig meget om egenomsorg, og det er jeg da bestemt ikke uenig i. Altså vi har da alle selv et ansvar, og der er vel ikke så forfærdelig mange i Danmark, der ikke er klar over, at bl.a. rygning er farligt.

Men det, jeg godt vil spørge lidt mere om – for det var noget, både ministeren og hr. Preben Rudiengaard var meget inde på – er diabetesområdet. Der var mange flotte ord, og jeg fik også at vide, at der kom en handlingsplan. Så derfor vil jeg gerne spørge: Indeholder den handlingsplan så nogle konkrete initiativer?

Altså der er ingen i Sundhedsudvalget, der ikke er klar over, at vi i løbet af ét år kunne spare utrolig mange penge på at indføre bl.a. øjenscreening og sårbehandling hos diabetikere, så de penge, vi i dag betaler for pleje, ville vi meget hurtigt få ind, plus at vi ville give de mennesker en bedre livskvalitet. Jeg har endnu ikke set nogen tiltag fra regeringen, hvor man kommer ud med noget ren konkret; derimod er der flotte ord og mange diffuse ting. Så det vil jeg godt bede om at man kunne løfte sløret lidt for.

(Kort bemærkning).

Naser Khader (RV):

Jeg synes, det er en fin statusrapport, selv om jeg savner nogle konkrete initiativer.

Jeg synes også, det er glimrende, at regeringen som noget nyt markerer et klart fokus på fy-

sisk aktivitet som en del af det forebyggende arbejde eller indsats ud over de dér sædvanlige fokusområder.

Men hvordan hænger dette sammen, at man vil fokusere på fysisk aktivitet, samtidig med at regeringen nedlægger Idrætspolitisk Idéprogram, som netop har til formål at aktivere de danskere, der ikke dyrker idræt? Det er faktisk et program, der bliver nedlagt her ved årets udgang, og som har haft nogle gode resultater. Evalueringsrapporterne viser, at de har haft nogle gode resultater i forhold til at aktivere pensionister, der normalt ikke dyrker idræt, indvandrere og flygtninge m.v., som regeringen også nævner i rapporten.

Kl. 10.40

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Til fru Pernille Falcon vil jeg sige, at jeg er da ganske klar over – nu er jeg jo selv speciallæge i samfundsmedicin – at der er en overdødelighed blandt visse grupper, om hvilke vi kan sige, at de har en dårligere uddannelse osv. Men hvis man ser på oplægget, og det håber jeg at fru Pernille Falcon har læst igennem, så har vi jo fokus også på netop den sociale ulighed.

Og det vil sige, at når vi nu får systemet til at fungere for patienten, f.eks. nede hos den praktiserende læge, så skal der bruges lidt mere tid til rådgivning og vejledning. Det er jo dér, vi forventer en ordentlig dialog. Det får vi altså ikke på alle mulige andre måder med store forkromede ting. Vi får et sundhedsvæsen, der fungerer, såfremt man får en ordentlig dialog mellem patient og læge.

Til fru Lone Møller vil jeg sige, at hvis fru Lone Møller havde hørt efter, hvad ministeren sagde, ville hun have hørt, at der i strategiplanen bl.a. vedrørende aldersdiabetes er lagt op til noget om øjne, noget om sår. Det er en del af strategiplanen, den skal udmøntes, og vi afventer en MTV-vurdering af det, inden den bliver implementeret.

Til hr. Naser Khader må jeg sige vedrørende alle de her forkromede ting, vi sidder og laver herinde: Jeg er selv borgmester i Ribe, og jeg har lavet en Idræts-SFO for at få vores unge mennesker til det dér, og for de ældre laver vi forskellige steder, hvor de kan samles. Det er mit ansvar som lokalpolitiker at sørge for de ting, og der laver vi det tæt på borgerne, i et tæt samarbejde med borgerne.

Det har sjældent nogen effekt, at der sidder nogle høje teoretikere centralt herinde og tror, at de skal afgøre, hvad borgerne vil have. Borgerne vil have effekten derude, hvor borgerne lever, og det er for mig at se den måde, vi skal køre det på.

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

Jeg vil gerne høre Venstres ordfører, om man med svaret mener, at sundhedsproblemet skal løses via dialog. Altså mig bekendt får børnene ikke madpakker med i skole via dialog, de får ikke kost i børnehaverne via dialog, de får ikke et bedre liv, de får ikke bedre sociale kår via dialog med den praktiserende læge.

Jeg vil bare høre, om det er Venstres opfattelse, at det her problem skal løses via dialog, eller om der også rent faktisk skal penge og handlinger bag de fine ord, sådan at børnene begynder at kunne få mad i skolerne, mad i daginstitutionerne, sådan at man gør noget for at oprette den sociale skævhed, som jo også er det, der er grundlaget for deres fremtidige sundhed.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Det, der bragte mig op, var, da Venstres ordfører snakkede om, at ulighed i sundhed var noget med at tage sig mere tid til dialog nede i lægepraksis, og da kunne jeg ikke rigtig lade være med at tænke: Det er lægen, der taler nu.

Det er også det, som jeg synes meget også er udtrykket for Venstres politik, at det her med forebyggelse og folkesundhed handler om at forebygge sygdomme. Der er meget lidt fokus på, hvordan vi skaber sundhedsfremme og sikrer, at folk faktisk er sunde og ved godt helbred, fordi det sikrer en bedre livskvalitet, frem for at man er fri for sygdomme. Man kigger hellere i statistikkerne, tæller op og siger: Nå, der er så mange, der er døde af det her; der må vi hellere gå ind og forebygge.

En klog mand har engang sagt, at politik faktisk er den store lægegering. Det er den, der lægger rammerne for, hvordan folk har mulighed for at vokse op, osv., og i den forbindelse vil jeg da godt høre, om Venstre ikke har andre bud på, hvordan man kan nedbringe den sociale ulighed, der gør, at man også får en ulighed i sundheden.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jeg er da glad for at høre, at politik er den store lægegering. Så kan det da godt være, jeg ikke spilder min tid for meget herinde.

Jeg vil godt sige, at nu synes jeg lige, vi startede så godt, men så bliver jeg ligesom nødt til at stille Venstres ordfører et spørgsmål. Nu mener Venstres ordfører, at vi reelt skal lave tingene decentralt. Det er jo ikke ligefrem de bud, vi tidligere har hørt fra regeringen, hvor regeringen har sagt, at på en række områder gør man det ikke godt nok decentralt, derfor skal vi lave centrale tiltag.

Kl. 10.45

Nu bliver der jo nævnt, at man mener, at en af de måder, man kan komme videre på, er ved, at de praktiserende læger tager samtaler med patienterne om forebyggelse. Det synes jeg lyder fint nok, men jeg går ud fra, at man vil gøre det, sådan at det bliver bedre, end det er på nuværende tidspunkt.

Så vil jeg meget gerne spørge Venstres ordfører helt konkret: Hvordan vil Venstres ordfører sikre, at de praktiserende læger bliver bedre til at tage de samtaler end de er på nuværende tidspunkt, for jeg går ud fra, at vi ikke bare står herinde og kommer med løse anbefalinger af, at alle folk skal være søde ved hinanden? Altså vi taler vel også konkret politik herinde.

Formanden:

Tak.

Kamal Qureshi (SF):

Nå, der var ikke nogen lampe, der lyste.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Til fru Falcon vil jeg sige, at det der med, at det absolut skal være det offentlige, der nu skal komme med madpakken osv., mener jeg er fuldstændig hen i vejret.

Der, hvor jeg gerne vil hen, er, at vores daginstitutioner tager en dialog med de forældre, hvis børn passes derude, om det, der hedder sund mad, således at det får denne her effekt. Jeg har forbudt nede i min kommune, at vi overhovedet skal begynde på, at det er kommunen, der skal betale. Hvis de ude i daginstitutionerne med forældrebestyrelsen og forældrene får en ordentlig dialog, så smitter det af på en helt anden måde, og det er det, jeg forstår ved, at det får en effekt, både for forældre, ledere af daginstitutioner

ner, børnene osv., i stedet for det her formynderi, at systemet kommer og tager ansvaret fra dig. Det var et svar på det.

Til fru Sophie Hæstorp Andersen vil jeg sige, at selvfølgelig skal lægerne snakke med deres patienter, og de skal også have tid til at snakke med dem. I øjeblikket snakker de kun 7 minutter med dem, vi skal have meget mere tid til nogle eksistentielle samtaler. Derfor skal der være tid til dialog, men det skal være således, at lægen er rådgiver og aldrig må tage det personlige ansvar fra patienten. Det er jo ikke lægens ansvar, det er patienten, der har ansvaret. På den måde er jeg sikker på, at vi kan få en ordentlig dialog.

Så vil jeg sige til hr. Kamal Qureshi, at vi skal lave nogle overordnede strategier for forebyggelse af sygdomme, altså f.eks. for osteoporose, og så skal de udmøntes ude i amterne. Det er derud, de skal. Vi skal lægge nogle ideer op.

Hos os har vi lige lavet motion på recept. Det er et initiativ, man har taget i Ribe Amt. Det har ikke noget med os herinde at gøre. Det sprudler dynamisk ude mellem amt og kommuner. Det er den måde, forebyggelsen skal laves på. Jeg er overbevist om, at vi får ingen forebyggelse ved bare at stå og råbe herinde fra talerstolen. Det skal være derude, hvor folk lever.

(Kort bemærkning):

Lone Møller (S):

Hr. Preben Rudiengaard er bekymret for min hørelse, det var sundhedsministeren også forleden dag. Jeg kan oplyse, at jeg hører faktisk ganske udmærket.

Jeg hørte, at der blev talt om øjenscreening i forbindelse med diabetesbehandling, men jeg hørte også, at den blev koblet sammen med en MTV-rapport. Nu har jeg jo været her tilpas mange år, så jeg ved, at hvis det er buddet på, at vi kan gå ind og indføre noget, som rent faktisk er dokumenteret, kan det vare længe. Det er fremlagt i Sundhedsudvalget, der er valide tal, der er lavet en undersøgelse, som klart dokumenterer, at det her kan vi spare frygtelig mange penge på og give folk en bedre behandling.

Hørte jeg så, at det, der er regeringens bud, er, at der skal gå en 2, 3, 4, 5 år, inden vi får nogle rapporter, så vi kan iværksætte noget, vi ved allerede er dokumenteret?

Så vil jeg godt lige i forlængelse af hr. Preben Rudiengaards svar her spørge: Det der med mere tid til patienterne og til rådgivning og til dialog er jo fint nok, men er det ensbetydende med, at regeringen så også, f.eks. i forbindelse

med diabetesbehandling, vil sikre, at samtlige praktiserende læger får en efteruddannelse? I dag har vi jo bestemt ingen garanti for, at de praktiserende læger ved, hvordan man rådgiver diabetikere, så kan diabetikerne sidde der nok så længe, men det hjælper jo ikke meget.

(Kort bemærkning):

Naser Khader (RV):

Jeg vil gerne tilbage til mit spørgsmål om fysisk aktivitet, som jo er meget centralt i denne her diskussion.

Mit spørgsmål til Venstres ordfører var ikke om Venstres ordførers kommunes sundhedspolitik og initiativer i forhold til fysisk aktivitet, men om en statslig idrætspolitik, der retter sig mod hele befolkningen. Det kræver nemlig, at vi skaber initiativer, der kan gå på tværs, og det er det, der er meget centralt i Idrætspolitisk Idéprogram, der netop er et program, der støtter projekter, der skaber samarbejde mellem boligforeninger, spejderorganisationer, idrætsklubber, forældreforeninger osv., projekter, der har været i stand til at tiltrække grupper, der normalt ikke udfører de der fysiske aktiviteter.

Kl. 10.50

Idrætspolitisk Idéprogram's opgave har ikke været og skal ikke være at overtage kommunernes opgave i forhold til idræt. Meningen har været at finde nogle nye veje, der senere kan overtages af kommunerne og de organiserede foreninger.

(Kort bemærkning):

Pernille Falcon (EL):

Når vi ved, at fordelingen af sundheden følger det sociale landkort, at den er socialt bestemt, hvordan kan man så tro fra Venstres ordførers side, at de socialt dårligst stillede får en bedre sundhed, når man forringer deres økonomi, sådan som man har gjort det ved de sidste tiltag både i arbejdsmarkedsreformen og i forhold til indvandrere og flygtninge?

(Kort bemærkning):

Preben Rudiengaard (V):

Til fru Lone Møller, hvor hun nu end befinder sig, vil jeg sige, at vi er jo begge i den alder, hvor man kan have det, der hedder en presbyacosis eller lettere nedsat hørelse, og jeg ved jo godt, at fru Lone Møller en gang imellem gerne vil høre det, hun selv mener.

Under alle omstændigheder må jeg sige, at øjenscreening er en del af det program, men jeg

vil ikke være med til, at vi begynder at sætte store skibe i søen, uden at de er ordentligt MTV-vurderet og også, at de økonomiske effekter er vurderet, ellers kunne vi lige så godt have siddet i Sundhedsudvalget og vendt og drejet det. Det er vigtigt, at vi har det vurderet, inden vi sætter skibet i søen.

Så er jeg enig i efteruddannelse, efteruddannelse, efteruddannelse, ikke kun af læger, også af sygeplejersker og alle mulige andre.

Til hr. Naser Khader vil jeg sige, at jeg er da meget interesseret i, at vi kan få en overordnet, struktureret idrætspolitik, som kan smitte af derude, så det kan vi måske godt snakke om, fordi for mig at se er det vigtigt at få de frivillige organisationer meget med på banen.

Til fru Pernille Falcon om det her med fordelingen af sundhed igen, og nu er den reduceret: Man kan jo ikke direkte analogisere fra, at man måske ikke har så mange penge, og så til, at man får et hjertetilfælde. Den argumentation har jeg diskuteret med Frank Aaen og andre i årevis, og det er den samme travet, der bliver slæbt frem her. Vi vil gerne øge forældresvaret med en ordentlig dialog og også sammen med de medarbejdere, vi har ude i kommunerne, og det er den vej, vi skal, så vi kan ikke bare relatere de to ting til hinanden.

Den travet har jeg diskuteret til bevidstløshed, og den synes jeg ikke jeg vil bruge så meget tid på mere.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jeg går ud fra, at når vi diskuterer herinde, er det vel ikke, fordi vi skal drage land og rige rundt som vækkelsesprædikanter og fortælle folk, hvordan de skal ændre deres liv. Så er det vel, fordi vi gerne vil iværksætte nogle konkrete tiltag.

Derfor spurgte jeg tidligere Venstres ordfører: Når nu Venstres ordfører mener, at vi skal få de praktiserende læger til at blive bedre til at snakke forebyggelse med deres patienter, hvordan vil regeringen så gøre det helt konkret? Hvilke tiltag vil regeringen iværksætte for at sikre, at de praktiserende læger bliver bedre til at gøre det? Vil man gøre det i forbindelse med amtsaftalerne, vil man gøre det på andre måder, eller vil man bare sige, at nu synes man altså, at de praktiserende læger skal blive bedre og være søde og rare over for deres patienter? Jeg håber ikke, det er det, regeringen lægger op til.

Det samme gælder, når Venstres ordfører snakker om, at de i daginstitutioner skal blive bedre til snakke om forebyggelse og kost og andet. Hvordan skal det konkret gøres? Er det Venstres hensigt, at man i forbindelse med nogle aftaler vil lægge op til, at der bliver afsat midler til, at de medarbejdere, der er ansat, bruger tid på det? Vil man have, at kommunerne skal sende nogle folk ud til at gøre det? Hvordan vil man helt konkret sætte de tanker i værk.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Jeg vil også gerne bore lidt i det der. Forstod jeg det rigtigt, at hr. Preben Rudiengaard var villig til, at regeringen afsatte midler til en obligatorisk efteruddannelse – jeg hørte, hr. Preben Rudiengaard sagde uddannelse, uddannelse og uddannelse af lægerne – i forbindelse med at rådgive om diabetesbehandling?

Hr. Preben Rudiengaard sagde, at han ikke ville være med til at sætte skibe i søen, før der lå nogle MTV-rapporter, og i det øjeblik, det var dokumenteret, var det jo noget helt andet.

Kl. 10.55

Skal jeg tage det som udtryk for, at regeringen så, hvis jeg fremsætter et forslag i Folketinget om f.eks. at give ekstra tilskud til kiropraktisk behandling, som jo klart er dokumenteret i en MTV-rapport virker, bestemt vil støtte det? Hvis det er tilfældet laver jeg et beslutningsforslag i næste uge, og så vil jeg gerne se regeringen støt det.

Ellers er det jo bare at udsætte problemet at sige, at vi skal have undersøgt i en MTV-rapport, om det hjælper på diabetesområdet, og når den så kommer, vil man bare sige: Haha, vi vil ikke have noget at gøre med det alligevel, selv om den ligger der.

(Kort bemærkning).

Naser Khader (RV):

Jeg er da glad for, at Venstres ordfører støtter en statslig, overordnet idrætspolitik. Støtter Venstres ordfører en fortsættelse af Idrætspolitisk Idéprogram, eller er der andre initiativer på området?

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Til hr. Kamal Qureshi vil jeg sige, at vi jo begge er enige om, at et af de største problemer i sundhedsvæsenet er, at læge og patient en gang imel-

lem taler forbi hinanden. Derfor får vi også så mange klager.

Hvordan får vi gjort det bedre? Efteruddannelse af lægerne? Jamen det kan da godt være, at sundhedsministeren over for amterne i næste overenskomstforhandling skulle prikke amterne på skuldrene og sige: I skulle tage nogle ting ind i de overenskomstforhandlinger med de praktiserende læger. Jeg skal ikke blande mig i overenskomsten, men det er en mulighed.

Noget, der ikke koster penge, er eksempelvis, at lægernes eget videnskabelige selskab, Dansk selskab for almen medicin, begyndte at lave referenceprogrammer, hvor man ligesom kunne sige, at det er den vej, vi skal køre. Så der er mange muligheder.

Med hensyn til daginstitutioner: Jamen institutionslederne sammen med vore sundhedsplejersker ude i kommunerne kan begynde at lave de der ting sammen med forældrebestyrelsen for at øge forældreansvaret. Jeg vil ikke være med til den holdning, at det er systemet, der skal fortælle, hvordan børnene skal spise.

Til fru Lone Møller vil jeg sige, og det er jo næsten det samme, som jeg svarede hr. Kamal Qureshi på, om den der med MTV og kiropraktisk behandling, at i dag snakker vi forebyggelse. Den kiropraktiske behandling er også en symptombehandling af noget, der er opstået. Derfor vil jeg hellere, at vi i dag diskuterer forebyggelse og de strategiplaner, vi skal have på det forebyggende område, i stedet for, at vi skal lave MTV og beslutningsforslag på enkeltstager. Nu skal vi jo ikke forfalde til at udvande forebyggelsesdebatten, vil jeg sige til fru Lone Møller.

Til hr. Naser Khader vil jeg sige, at jeg vil gerne tage det her videre med til de idrætspolitiske folk, jeg kender, for det kunne måske være en frugtbar dialog, vi kunne få sammen. Jeg har ikke noget indtryk af, hvad det kan koste i penge. Det har andre mere forstand på, end jeg har.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jeg bliver ligesom nødt til at få hold på tingene.

Altså Venstres ordfører går jeg ud fra er her som Venstres ordfører. Det betyder, at hvis det er, at Venstres ordfører mener, at Venstre i det næste års amtsaftaler skal bede amterne om at lægge vægt på uddannelse, så mener jeg, at så skal det siges. Så er det vel ikke et eller andet spørgsmål om, at Venstres ordfører skal sige, at

nu ved han ikke, hvad sundhedsministeren har tænkt sig at sige.

Det, vi efterlyser i øjeblikket, er jo lidt regeringsintentioner på det her område, og så går jeg altså ud fra, at vi ikke står her og diskuterer, hvad Dansk selskab for almen medicin skal gøre. Det nytter altså ikke, at vi siger, at Dansk selskab for almen medicin og lægerne skulle gå sammen og opprioritere deres uddannelse. Vi er her for at diskutere, hvad vi som politikere på Christiansborg har af opgaver, og hvad det er, at vi skal gøre herinde.

Hvad andre skal gøre udeomkring i amterne, kan vi sagtens have en mening om, men det er vel ikke det, vi skal diskutere her. Så synes jeg det bare bliver varm luft. Vi bliver altså nødt til at være lidt mere konkrete: Hvad har regeringen tænkt sig at gøre, når det er, Venstres ordfører siger, at Venstre gerne vil have daginstitutionerne til at snakke om de her ting? Hvad kan man gøre? Hvad vil man gøre med de praktiserende læger? Konkret!

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Jeg synes, det er lige frækt nok, at Venstres ordfører nu står og siger, at vi ikke skal udvide forebyggelsesdebatten til at diskutere, hvordan man kan lave konkrete tiltag, der forebygger, at sygdomme, man en gang har fået, ikke udvikler sig og bliver noget, der bliver et endnu større problem fremover.

Kl. 11.00

Det var rent faktisk det, sundhedsministeren sagde, da han kom med sine redegørelser til Folketinget: forebyggelse er ikke kun at forebygge, at sygdomme opstår, det er netop også at forebygge, at sygdomme udvikler sig til at blive et så alvorligt problem for det enkelte menneske, at de måske rent faktisk bliver livstruende eller ødelægger den overordnede livskvalitet for den pågældende.

En anden diskussion, der også går i ring, er den om kosten til børnene. Det er en god idé, at børnene får bedre kost, men vi skal ikke gøre noget ved det; det må man gøre ude i amterne. Men hvorfor tager regeringen så ikke konsekvensen og nedlægger det rejseteam, der lige nu drager rundt og rådgiver om bedre kost ude i daginstitutionerne? Det burde da være den logiske konsekvens.

Socialdemokratiet ønsker at genoprette børnekostpuljen i tilknytning til det rejsehold, der er lavet fra fødevareministerens side. Det vil vi,

fordi det er en stor succes, men der mangler nogle penge.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Til hr. Kamal Qureshi vil jeg sige: Jamen jeg vil da gerne snakke med min gode bekendt sundhedsministeren om måske at få de ting på plads i overenskomsten, netop som del af vores strategiplan om efteruddannelse af lægerne.

Men jeg må så også sige, at hvis hr. Kamal Qureshi kan huske diskussionen om kolesterol-sænkende midler, hvor vi var hunderædde for, at den ville skride ud, bad vi om, at der blev lavet referenceprogrammer. Det viste sig, at lægerne kunne holde det faglige niveau, og det er det, jeg mener: vi kan ikke lave det, uden at vi også ansvarliggør de aktører, der skal være med. Og hr. Kamal Qureshi, som jo i øvrigt også er læge, burde selv vide, at referenceprogrammer er vigtige i denne sammenhæng.

Hvis fru Sophie Hæstorp Andersen havde hørt efter, havde hun hørt, at jeg sagde, at det jo netop er folkesygdomme, som er det nye moment i forebyggelsen – netop de folkesygdomme, som vi kun kan behandle ved en sekundær og en tertiær profylakse. Det sagde jeg, så jeg ved altså ikke, hvordan hørelsen har været i den sammenhæng.

Med hensyn til bedre kost og det rejseteam er det fint, at vi har det, for det er nemlig rådgivende og vejledende og skal sætte inspiration i gang uden at overtage ansvaret. Det er det, vi gerne vil. Denne kostpulje mener jeg er en ansvarsforflygtigelse; det er min holdning. Man giver bare maden, men man får ikke dialogen i gang, uden at man har rejseteamet som rådgiver og igangsætter af processen derude.

Og lad så være med det formynderi, at det er os, der skal smøre madpakken og også fortælle, hvad der skal ind i munden. Det er rejseteamet, der skal gøre det, og vi skal bruge pædagogerne til at snakke med forældrene. Det er den måde, udviklingen sker på, ikke med den pakke ind i vat, som vi har oplevet i årevis.

Formanden:

Fru Sophie Hæstorp Andersen for en kort bemærkning, den sidste i denne omgang.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Tertiær profylakse – det er et godt, dansk udtryk, som alle folk kender!

Med hensyn til at tage ansvaret fra folk og tage den store diskussion synes jeg dels, det er interessant; at når vi rent faktisk har noget, nemlig kiropraktik, der veldokumenteret hjælper med til at nedsætte antallet af sygedage for mennesker, der allerede har fået at vide, at de har en sygdom, som betyder, at bevægeapparatet eller noget andet giver problemer, siger man: Nej, det vil vi ikke, for det er ikke rigtig forebyggelse.

Med hensyn til børnekostpuljen og sund mad til børnene gik Socialdemokratiet allerede i starten af 1900-tallet ind for, at der skulle være sund mad i skolerne. Hvis vi dengang havde sagt: Det eneste, der skal til, er, at regeringen laver et rådgivende udvalg, der rejser rundt mellem landsbyskolerne og rådgiver om, hvordan de fattige bønderns børn og børnene inde i byerne kan få bedre mad, og så går det hele nok af sig selv – ja, så havde vi jo nok ikke siddet her i dag og været så sunde, som vi nu engang er.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jamen jeg vil sige igen, at jeg tror, der er et forståelsesproblem hos fru Sophie Hæstorp Andersen.

Angående kiropraktikken har jeg ikke noget imod, at man får det enkelte knæk i ryggen hos kiropraktoren og så får løst sit akutte problem. Men vi skal altså have mere fysisk aktivitet, for det er den måde, man forebygger på. Hvis det kun er symptombehandling, vil jeg ikke være med, for at sige det lige ud, og jeg synes, opfattelseevnen har snurret lidt for meget rundt i karrusellen på det område.

Kl. 11.05

Så må jeg sige om kosten, at i gamle dage, da jeg gik i skole, fik vi fattigmad, som det hed. Der kom en madpakke ind, den så forfærdelig ud, der var ingen, der ville spise den, og den blev smidt hen i hjørnet. Det er ikke den måde, vi skal gøre det på. Næ, vi skal have en dialog, hvor vi giver en ordentlig rådgivning. Det er den vej, vi skal, og det er en del af regeringens forebyggelsesprogram »Sund hele livet«. Jeg ser rimelig sund ud, og jeg fik ikke nogen madpakke som barn.

Formanden:

Fru Sophie Hæstorp Andersen som ordfører.

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Den enkelte borger kan have en tanke, en bekymring og måske en smerte. Han går til lægen

med tvivlen og bekymringen, får svaret på testen og er uforstående: Hvorfor lige mig, hvorfor lige nu? Kunne jeg have gjort nogen ting anderledes, kunne det her have været forebygget, og hvad nu? Hvad kan jeg forholde mig til? Skal jeg leve, eller skal jeg dø, og på hvilke vilkår? Sat på spidsen er det jo dét, sundhedspolitik drejer sig om: om os selv og om dem, vi elsker og er tæt på i den somme tider sværeste situation, vi kan stå i som mennesker.

Socialdemokraterne ser det som vores opgave at varetage patienternes og de pårørendes interesser i den svære situation, det er, når sygdom rammer vore nære. Vi ser det også som vores opgave at søge at forebygge, at man kommer i den situation, det er at være ramt af en livstruende sygdom eller bare en sygdom, der nedsætter ens livskvalitet betragteligt. Men det handler også om at fremme livskvaliteten hos danskerne generelt ved fremme af sundhed frem for kun sygdomsforebyggelse, som jeg synes, vi har en tendens til at tale meget om, når vi taler om folkesundhed og folkesygdomme. Vi glemmer ofte noget, der i virkeligheden er ganske basalt, nemlig at et godt helbred er afgørende for, at man også har det godt med sig selv og sine omgivelser. Det handler ikke bare om flere leveår, det handler også om bedre liv i årene, uanset om man er ung eller gammel, og uanset hvilken baggrund man kommer fra.

Derfor skal forebyggelse og fremme af sundhed efter Socialdemokraternes opfattelse altid stå centralt i den danske sundhedspolitik. Oplysning og eventuel økonomisk støtte til at forebygge en livsstilssygdom, som f.eks. stress eller lungekræft, og holde sig ved godt helbred, uanset om man lige har lagt smørgerne på hylden – sådanne tilbud skal til stadighed udbygges og udvikles.

Selv om det kan lyde som pral, kan jeg altså ikke lade være med at sige, at for første gang i 20 år fik danskerne rent faktisk flere år at leve i, mens der var en socialdemokratisk ledet regering. Det siger jeg selvfølgelig med et glimt i øjet, for jeg ved godt, at det tager lang tid at komme dertil; det gør man ikke på kun 8 år. Men jeg synes, det med al tydelighed viser, at det faktisk nytter at sætte folkesundhed på dagsordenen og investere i forebyggelse af sygdomme og fremme af helbred og dermed livskvalitet.

Vi ved godt, at vi skal motionere, spise sundt, drikke lidt mindre alkohol og holde op med at ryge; mange af os forsøger også, nogle af os end-

da med succes, mens andre lige skal have en hjælpende hånd. Her har Sund By-butikinitiativerne ofte vist sig at være den hjælpende hånd, der kan gøre, at folk kommer i gang.

Men hvad med børnene og de unge? Når det gælder den næste generation, går udviklingen lige nu i den forkerte retning. Andelen af unge danskere, der ryger, er jo faktisk vokset i løbet af 1990'erne. Det seneste konkrete tiltag har været rygeforbud på de danske folkeskoler, men det bliver desværre ikke helt overholdt overalt, er det klare indtryk, man får.

Det er klart, at de unge er mere optaget af deres liv her og nu end af sygdomme, de måske risikerer at få i en fjern fremtid, og det er jo svært at se 20 år ud i fremtiden, når man er 15 år. Noget må der til, og det er så her, folkesundhedsprogrammet kommer ind i billedet. Det er i dette program og dets efterfølger, samfundet understikker pejlemærkerne for, hvorledes man rækker en hånd ud til os danskere, så vi kan tage os lidt sammen.

Det glæder mig, at man har lavet en opdatering af folkesundhedsprogrammet, men jeg mener, at vi skal være meget mere konkrete. Partnerskaber er ikke nok, hvis man ikke i det mindste kommer med nogle bud på, hvor partnerskaberne med fordel kunne inddrages på nuværende tidspunkt.

Kl. 11.10

Andelen af den danske befolkning, som har stillesiddende arbejde, vokser og vokser, og Socialdemokratiet vil senere i dag komme med et forslag til, hvordan man kan hjælpe folk med overvægt, der ønsker at komme af med kiloene, ved at give et tilskud til diætister. Men det er klart, som sundhedsministeren sagde, at meget af sundhedsproblematikken ligger også uden for sundhedsområdet. Bedre cykelstier, så folk bevæger sig mere, måske forsøg med at lægge parkeringspladserne længere væk fra arbejdspladserne – det har jeg hørt at man gør i Holland – fokus på, om vi er fysisk aktive i dagligdagen, bedre kost til børnene i skolerne og overvejelser om, hvordan vi får idrætspolitikken helt ud på ungdomsuddannelser, folkeskoler og arbejdspladser og til de ældre.

Socialdemokraterne vil gerne være med til at finde nye ideer til, hvordan vi danskere, unge som gamle, kan få rørt os mere. Vi vil meget gerne benytte forespørgslen i dag til at opfordre indenrigs- og sundhedsministeren til at invitere alle partier til indledende drøftelser om, hvordan vi kan gøre det endnu bedre, når det gælder

om at få sat fut i danskerne, så vi får rørt os noget mere.

Omkostningerne ved at lade være er ikke kun økonomiske; de er først og fremmest menneskelige, og det, jeg sagde før, er der faktisk en læge, der har sagt engang: Politik er i virkeligheden lægegerning på et meget højere plan. Jeg så gerne, at regeringen og sundhedsministeren så den overordnede sammenhæng på området og kunne gå ud og sige: Vi vil ikke acceptere nedskæringer på trafikområdet, for det er jo også ødelæggende for sundheden m.m.

Birthe Skaarup (DF):

Jeg vil gerne sige tak for, at man rejser forespørgslen her i dag. Vi synes, det er et meget godt emne at sætte fokus på, netop fordi en stor del af befolkningen bliver ramt af sygdomme, som betyder store tab af livskvalitet.

Dansk Folkeparti er også optaget af forebyggelse, og vi mener, det er her, vi bør sætte ind i fremtiden. Fakta er, at der nu er kommet otte folkesygdomme ind i denne gruppe, før var det kun fire. Men flere og flere rammes af andre ting, der så kommer ind under folkesygdomme, og selv om vores middellevetid er blevet højere, er det, som om kvaliteten ikke rigtig følger med.

Der er nedsat et nationalråd for folkesundhed, som er kommet med forebyggelsesstrategier over for disse otte folkesygdomme, og hvordan får vi så det til at gå op i en større enhed? Det er sådan, at psykiske lidelser nu også er blevet noget af en folkesygdom, og dem skal vi selvfølgelig tage hånd om. Men det er også fakta, at vi ryger og drikker for meget, vi motionerer ikke nok, og vi spiser åbenbart den forkerte mad. Men når dovenskab, alkohol og forkert madkultur sætter en kæp i hjulet for at få et bedre liv uden disse folkesygdomme, er spørgsmålet: Hvordan kommer vi videre?

Kræftsygdomme rammer ca. 30.000 om året, og halvdelen dør. 24.000 dør hvert år af hjertekar-sygdomme, flere og flere rammes af aldersdiabetes i en yngre alder end tidligere, så der er bestemt noget at tage på. Hver fjerde voksne har haft en eller anden overfølsomheds sygdom, hver femte har astma, høfeber eller allergisk snue, og det er en fordobling siden 1987, for ikke at tale om børneeksem, hvor der er næsten fire gange så mange tilfælde som for 40 år siden.

Og når hver sjette voksne dansker har muskel- og skeletlidelser som ryg sygdomme og slidgigt – ja, så spørger man sig selv: Hvad er det, der er gået galt? Der er snart ikke det men-

neske, man taler med, uden at de har ondt et eller andet sted i musklerne eller skelettet, og disse lidelser er de næsthøypigste årsager til helbredsbetinget førtidspension. Så er der jo også knogleskørhed, som rammer 300.000 mennesker, og vi kender den barske virkelighed, idet mange personer, især folk oppe i årene, får brud på lår, ryg og håndled, og hver femte, der indlægges med hoftebrud, dør faktisk på grund af følgesygdomme.

Kl. 11.15

Rygerlunger er også en af de nye folkesygdomme, og 15.000 indlægges pr. år på grund af kronisk lungesygdom, men jag og stress, som andre også været inde på, rammer også befolkningen med psykiske lidelser og andre følelsesmæssige problemer til følge.

Disse udsagn er fakta og den barske virkelighed i dagens Danmark. Men hvad gøres der så? Ja, regeringen har nu barslet med rapporten »Sund hele livet«, og en status for folkesundhedsarbejdet er fulgt med, hvori indgår den tidligere regerings tiårsprogram fra 1999, som inddrog 10 ministerier. Det havde faktisk samme hensigt som den nuværende regerings, nemlig at komme med strategier og starte en proces for at forbedre danskernes sundhedstilstand, og det er som sagt bestemt nødvendigt, jævnfør det, jeg tidligere har omtalt.

Der er nogle klare faktorer, som det er nødvendigt, vi skal forholde os til. Jeg tror måske, at vi næsten er enige om at ryge færre cigaretter, spise mindre fedt, motionere mere, minimere overvægten og minimere alkoholforbruget, men også at vi skal have mere forebyggelse.

Et andet område, vi også bør forholde os til, er den sociale ulighed med hensyn til sundhed. Her skal der ydes en ekstra indsats, idet de dårligst stillede danskere er langt mere syge og dør langt tidligere end dem, der er bedre stillet. Men arveligheden og generne spiller også ind i sygdomsbilledet.

Der er ikke nogen tvivl om for mig og Dansk Folkeparti, at vi må have en beskyttelses- og forebyggelsesstrategi også over for ungdommen. De bliver i meget høj grad påvirket af de kommercielle medier med alkohol, piercing, røg, junkfood. Her bør som sagt også iværksættes en målrettet forebyggelse, for det er i den tidlige ungdom, de gode eller dårlige vaner anlægges.

Ministeren var inde på flere ting, bl.a. omkring sårbehandling og øjenscreening i forbindelse med diabetes, og jeg ønsker da også, at vi

nu, i de strategier og pengestrømsanalyser, som ministeren forelagde, inddrager de organisationer, der går så kraftigt ind og har så mange gode råd.

Også forskningen, fremtiden skal vi se på. Jeg kan ikke lade være med at tænke på, at man nu har indviet et it-center i Århus, der faktisk går ind og ser på, hvordan problemet med sårbehandling i fremtiden også kan løses. Et ret interessant projekt, som jeg vil bede ministeren sætte sig lidt ind i og forholde sig til.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Det er blot et spørgsmål til fru Birthe Skaarup. Forstod jeg det sådan, at fru Birthe Skaarups parti klart ville støtte, hvis der kom et forslag, hvor vi hurtigst muligt fik afsat midler til at få indført øjenscreening og lavet sårbehandling for diabetikere som et led i en national forebyggelsesplan?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Selve øjenscreeningen er utrolig vigtig, for vi kan nå at redde rigtig mange fra at blive blinde i fremtiden. Jeg ved, at man allerede har indført det i nogle amter. Og da ministeren kom med det udsagn, at vi skulle have en pengestrømsanalyse for at se på, om pengene, vi har afsat til forebyggelse, bliver brugt godt nok, så vil vi i Dansk Folkeparti tilslutte os det.

Jeg regner med, når ministeren står her og siger, at vi både skal gå ind og se på analyserne og processen, strategierne, og når ministeren også omtalte netop det her område, at det så også vil blive indeholdt i sådan en proces.

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Ja, fru Birthe Skaarup er meget dygtig til at tale udenom. Fru Birthe Skaarup ved jo godt, at uanset hvordan vi kigger på pengestrømmen, så skal der ekstra forebyggelsesmidler til at indføre obligatorisk øjenscreening og sårbehandling og efteruddannelse af de praktiserende læger, så de kan rådgive diabetikerne.

Det er også dokumenteret – det er fru Birthe Skaarup under ingen omstændigheder uviden om, for hun har siddet i Sundhedsudvalget og har fået tallene forelagt, de er valide – at vi inden for et år klart vil få pengene igen, plus at vi, som fru Birthe Skaarup siger, vil forbedre livsvilkårene for rigtig mange.

Derfor spørger jeg: Er fru Birthe Skaarups parti indstillet på at afsætte midler til at indføre obligatorisk sårbehandling og øjenscreening til forebyggelse af diabetesbehandlingen i Danmark? Og jeg snakker ikke om 5 år, jeg snakker om inden for en tidstermin på i hvert fald højst et halvt til et helt år.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Det er jo positivt her i dag at høre, at Dansk Folkeparti dels bekymrer sig om den sociale ulighed i sundhed, dels ønsker at være med til at se på en pengestrømsanalyse af, hvordan pengene kan bruges bedst, og hvordan man måske får mest sundhed – kan man sige – mest forebyggelse for pengene.

Det, der kunne være lidt interessant at høre, er så, om Dansk Folkeparti også vil tage konsekvenserne af det, som jeg hører sundhedsministeren sige mange gange, nemlig at målrette midlerne bedre, måske til netop de folk, der er socialt dårligt stillede. Det kunne jo være ved, at man i fremtiden ikke støtter tiltag, hvor f.eks. alle over én kam får tilbudt gratis influenzavaccinationer, selv om folk selv har tid og råd til at få det gjort og også får det gjort, men måske så lader være med det i fremtiden. Eller ved at gøre mere for at målrette midlerne til de mennesker, der virkelig har behov, fremfor til dem, der godt kan finde ud af i forvejen at tage ansvar for deres eget liv.

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

Jeg vil gerne høre fru Birthe Skaarup, om der efter Dansk Folkepartis opfattelse også er tilstrækkelige økonomiske muligheder i amter og kommuner til at løfte folkesundheden efter de seneste nedskæringer, bl.a. har nedskæringen i Københavns Amt med 300 mio. kr. kostet meget dyrt i forhold til sundhedsfremmende tiltag, og der er også sket voldsomme reduktioner af voksenuddannelsen.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Til fru Lone Møller: Jeg sagde, og nu må fru Lone Møller så høre efter, at sundhedsministeren har sagt, at man vil gå ind i det her. Man vil kigge på sårbehandling, og man vil kigge på øjenscreening. Om det bliver om et halvt eller et helt år, det ved jeg ikke, men det er da klart, det er et af de områder, der bør fokuseres på.

Vi har jo set, at Diabetesforeningen har lavet et handlingsprogram om, hvor meget vi kan spare. Det er jo netop det, sundhedsministeren sagde omkring pengestrømmen, at man laver en analyse af, om vi bruger pengene forkert.

Så til fru Sophie Hæstorp Andersen vedrørende social ulighed og forebyggelse, og om pengene bliver brugt rigtigt: Jamen jeg tror da ikke, at fru Sophie Hæstorp Andersen kan sætte spørgsmålstejn ved, hvad Dansk Folkeparti har gjort, medens vi havde mulighed for det.

Socialdemokratiet har siddet i 9 år, og alle ting skal lige pludselig gås igennem, alle ting skal vedtages. Man har haft 9 år til at lave alt det her, som man nu kommer og anklager os andre for, at vi ikke her og nu og med det samme siger ja til.

Så til fru Pernille Falcon om der er tilstrækkelige midler i amter og kommuner: Jamen det er jo op til amter og kommuner, hvad de vil prioritere. Som jeg tidligere sagde, er der jo allerede amter og kommuner, der netop har prioriteret. Det er jo også deres muligheder, at de selv kan gå ind og sige, hvor de vil lægge deres midler.

Men det er da klart, at hvis man laver en analyse her og man via Amdsrådsforeningen pålægger, at det er en god idé at gå ind på netop de her områder, så kan det jo godt være, at amterne vil prøve at lytte til det.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengard (V):

Det er kun et ganske kort spørgsmål til fru Birthe Skaarup, da jeg hørte fru Lone Møller stille spørgsmålet om obligatorisk sårbehandling, og da fru Birthe Skaarup jo er formand for Folketingets Sundhedsudvalg: Er fru Birthe Skaarup ikke af den forventning, at der altid sker en obligatorisk sårbehandling af diabetessår, når man er i kontakt med sundhedsvæsenet? Ellers må der da være noget galt på området, som vi bør se på lovgivningsmæssigt. Det er spørgsmålet til fru Birthe Skaarup.

Kl. 11.25

(Kort bemærkning).

Lone Møller (S):

Der er åbenbart en opfattelse af, at min hørelse er særdeles dårlig. Jeg hører fuldstændig, hvad der bliver sagt. Men jeg kunne måske spørge, om fru Birthe Skaarup så ikke burde få undersøgt sin hørelse.

Jeg spurgte, om fru Birthe Skaarup og hendes parti var indstillet på at afsætte midler til diabe-

tesforebyggelse og -behandling. Så kan det ikke nytte noget, at fru Birthe Skaarup står og siger, at vi skal følge pengestrømmen og se, om vi kan give midlerne bedre, for fru Birthe Skaarup ved jo udmærket godt, at de samlede forebyggelsespenge ikke engang ville dække det, det ville koste at iværksætte det. Til gengæld ville vi få penge tifold igen inden for et år.

Så det er jo noget forfærdelig sludder og vrøvl, når fru Birthe Skaarup står heroppe og siger, at vi skal følge pengene. Der skal ekstra penge til at iværksætte det, og det er det, jeg spørger om: Er fru Birthe Skaarup indstillet på dét?

Så kan det godt være, at hr. Preben Rudiengard som læge mener, at alle læger indfører sårbehandling, men så burde han måske gå ud i det virkelige liv og prøve at se lidt på, hvordan det foregår, for sådan foregår det ikke. Det ved hr. Preben Rudiengard også godt.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Ja, står man over for en stor udfordring og et meget kompliceret problem, så er det helt sikkert, at der altid findes én løsning, og det er altid den forkerte. Hele humlen er jo netop, at når man nu står over for en diskussion, hvor vi faktisk har udpeget otte store folkesygdomme, der skal gøres særlige indsats over for med hensyn til forebyggelse og sikring af livskvalitet og det ene og det andet, ja, så er der jo ikke ét svar, men mange svar.

Derfor giver jeg ikke meget for den her evige maskine: Socialdemokratiet havde 9 år, hvorfor render alle danskere så ikke rundt og er livsglade osv., osv., og jeg tror heller ikke, at det er sådan ude hos vælgerne. Jeg tror godt, de kan gennemskue, at det er ren retorik.

Men jeg synes stadig væk, det er interessant, om Dansk Folkeparti vil være med til at målrette midlerne mere, sådan at vi gør mere ud af at se på de mennesker, hvor vi ser, at der er denne her sociale ulighed i sundhed.

Der synes jeg, det er interessant, at man jo valgte at bruge 70 mio. kr. til at give influenza-vaccination til alle. Man valgte ikke at målrette midlerne til nogle bestemte mennesker, der var mere udsatte end andre, nej, man valgte at give til alle. Vi kan sammenligne det med et center for voldtægts ofre, som måske koster 8 mio. kr. om året. Det er ikke noget, man prioriterer, og det er måske lidt følgen af det hele. Og vi må godt sammenligne lidt.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Hr. Preben Rudiengaard spurgte til den obligatoriske sårbehandling, og det er klart, at folk selvfølgelig får sårbehandling, hvis de har et sår på grund af diabetes. Det er jo bare sådan almindelig retorik, at selvfølgelig får de det.

Men spørgsmålet er, om man kan gå ind på et tidligere tidspunkt. Det er så det, fru Lone Møller skruer sig op over, og det da er forfærdeligt, at Dansk Folkeparti ikke kan forstå, hvad det er, der bliver sagt. Selvfølgelig kan vi forstå, hvad der bliver sagt. Jeg mener ikke selv, at jeg har aldersbetinget nedsættelse af min hørelse endnu.

Det, jeg prøver på at forklare, er, at ministeren kommer med nogle udsagn om, at man skal se på den pengeanalyse, der er i gang inden for det forebyggende arbejde. Bliver pengene brugt forkert? Det kan godt være, at de bliver brugt forkert, men jeg er da udmærket klar over, at hvis man laver en sårbehandlingsklinik, hvor folk kan gå hen, lige så snart der er et lille sår, så kan vi måske foregribe begivenhedernes gang. Vi ser for mange, der får amputeret især ben, men jeg regner da med, at ministeren sidder og lytter til det her. Jeg regner også med, at ministeren går ind i de organisationer, der har gjort os opmærksom på problemet.

Så til Sophie Hæstorp Andersen omkring ...

Formanden:

Fru Sophie Hæstorp Andersen.

Birthe Skaarup (DF):

Fru Sophie Hæstorp Andersen om det, at Socialdemokratiet på 9 år ikke har formået at skabe alle disse ting, så vi fik livsglade mennesker. Havde fru Sophie Hæstorp Andersen regnet med, at den nye regering – med hjælp fra Dansk Folkeparti indimellem – kunne nå at skabe alle de her livsglade mennesker? Jeg håber da, at vi får mange glade mennesker i Danmark.

Kl. 11.30

Med hensyn til de målrettede midler bliver de her 70 mio. kr. til influenza nævnt igen og igen. Det var en god, målrettet indsats over for en del af befolkningen. Det er jo ikke alene de rige og de fattige, det handler om, det er også livskvalitet. Det er en livskvalitet, at vi ikke ser så mange ældre ligge på gangene her i det første kvartal af det nye år, fordi de netop har fået følgesygdomme til influenza. Og jeg kunne blive ved.

(Kort bemærkning).

Naser Khader (RV):

Jeg vil gerne tage fat i influenzavaccinen igen. Jeg synes, fru Birthe Skaarup ikke svarer Socialdemokratiets ordfører konkret.

Et konkret spørgsmål: Hvorfor skal fru Marianne Jelved og hr. Niels Helveg Petersen, når de fylder 65 år, kunne få gratis influenzavaccine? Jeg forstår godt, at man gerne vil give gratis influenzavaccine til folk, der kun har folkepension, men hvorfor gælder det alle dem, der fylder 65 år? Hvorfor ikke benytte de der ekstra midler til at mindske sundhedskløften mellem de dårligst stillede og bedst stillede? Fru Birthe Skaarup har erkendt, at der er den kløft. Hvorfor ikke bruge de midler til at mindske eller reducere denne kløft?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Ja, hvorfor skal fru Marianne Jelved og hr. Helveg Petersen have mulighed for det? Hvorfor skal fru Pia Kjærsgaard eller enhver anden her i det her land have mulighed for det? Det er, fordi vi synes, det er en god, målrettet indsats, en god, forebyggende indsats som faktisk er anbefalet af Teknologirådet som medicinsk behandling. Jeg kunne ikke nå at svare på det før, men ud fra det er jeg helt overbevist om, at man jo bare kan spørge til de økonomiske konsekvenser og se, hvad der bliver af mindre sygehusudgifter som følge af det her, og det er jo lige meget, om man hedder Marianne Jelved og skal indlægges på hospital. Her kunne man jo også gå ind og minimere sundhedsudgifterne, og det er noget af det, vi har været meget optaget af. Vi er meget optaget af et forebyggende arbejde, som jeg tidligere har været inde på.

(Kort bemærkning).

Naser Khader (RV):

Grunden til, at jeg nævnte konkrete navne, var bare for at sige, at de folk har råd til at betale for deres influenzavaccine. Folk, der har penge, direktører osv., har råd til det, når de bliver 65 år. Jeg forstår udmærket godt, at man gerne vil hjælpe dem, der ikke har råd, dem, der kun er på folkepension. Men hvorfor skal de, der har råd, have gratis influenzavaccine?

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jeg har kunnet konstatere, at influenzavaccinationen jo primært gives til de rørlige ældre, der er

i stand til at komme hen til de steder, hvor vaccinationen foretages, og ikke til dem, der rent faktisk har det største behov, dem, der ligger på plejehjemmene.

I forlængelse af det, hr. Naser Khader siger, er diskussionen jo ikke, hvorvidt det er dyrt, når man bliver indlagt på sygehus. Diskussionen er om, hvorvidt man selv har råd til at betale de 150-200 kr., vaccinen koster.

På samme måde var Dansk Folkeparti jo imod, at man gjorde det billigere for børnefamilier at kunne få medicin til deres børn. Det var Dansk Folkeparti imod. Jeg kan ikke se logikken, men jeg kan i hvert fald konstatere, at der er et bestemt vælgersegment, som Dansk Folkeparti vil give velfærdsgoder til, og så bruger man også sundhedspolitikken til at give velfærdsgoder til det vælgersegment. Det er fair nok, men jeg synes ikke, at det er rimeligt, at man så bruger forebyggelsesmæssige diskussioner til at betale vaccinationer til folk, som bor i strandvejsvilla og kører rundt i Porche.

Kl. 11.35

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Til både hr. Naser Khader og hr. Kamal Qureshi: Når man laver en forebyggelsesstrategi her i landet, så kan man jo ikke sige, at den kun gælder for den person og den person. Både de, der er rige og fattige, de, der kører i folkevogn og de, der kører i sportsvogn, har mulighed for at få en del af de danske sundhedsydelse til en forebyggende behandling, men også som almindelig offentlig ydelse inden for sundhedssektoren. Vi har i Dansk Folkeparti valgt at prioritere influenzavaccinationer, og det kan man så synes er en dårlig idé. I Dansk Folkeparti synes vi, det er en god idé, og vi ved, at der er mange, der er glade for det.

Så vil jeg godt sige omkring, hvem disse influenzavaccinationer skal gives til, at det jo der er sådan – det ved vi alle – at næsten alle har mulighed for at få dem. Det er jo ikke kun de rige og rørige, det handler om.

Jeg ved, at ministeren kan gå op og bekræfte, at man også ude i kommunerne kan lave nogle forholdsregler omkring det, og jeg går ud fra, at man fra ministeriets side allerede er i kontakt med de kommuner, der så kan gå ud på plejehjemmene med penge i hånden og lave disse influenzavaccinationer.

Det er også sådan, at der i bekendtgørelsen står, at yderligere 100 kr. følger med, altså 200

kr., hvis man skal besøge ældre i eget hjem, der ikke selv kan gå hen på et influenzavaccinationssted.

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

Jeg vil gerne spørge fru Birthe Skaarup, om Dansk Folkeparti vil medvirke til at mindske den sociale ulighed og dermed også den skæve fordeling af sundheden, på hvilken måde man vil medvirke til det, og om det også gælder et løft af folkesundheden for de dårligt stillede og for flygtninge/indvandrere.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Jeg vil lige spørge sådan til afklaring – det her er jo regeringens og Dansk Folkepartis eget forslag omkring de her influenzavaccinationer: Er det ikke rigtigt, at hvis man ikke har den rigtige alder, men i øvrigt er lungesyg og efter lægens anbefaling har behov for at få en influenzavaccination, hvis man f.eks. er 60 år, så skal man selv punge ud for at få den influenzavaccination, vel at mærke selv om der foreligger lægeordination for, at man faktisk burde få den, men at hvis man er over en bestemt alder eller kommer over i et bestemt vælgersegment, så kan man faktisk få den gratis, selv om man har pengene på bankkontoen og i øvrigt har råd til at betale den selv?

Er det rigtigt forstået, at det kun er alderskriteriet, der afgør, hvorvidt man betaler den vaccination selv, eller hvorvidt det er staten, der betaler den. Og mener fru Birthe Skaarup, at alderskriteriet alene er et hensigtsmæssigt udgangspunkt for, hvem der skal have gratis offentlige ydelser, og hvem der ikke skal?

(Kort bemærkning).

Naser Khader (RV):

Der er noget, jeg endnu ikke har forstået.

Tidligere i debatten sagde fru Birthe Skaarup, at vi skal lave målrettet pengestrømsanalyse, sådan at vi kan målrette indsatsen. Lidt senere under diskussionen om influenzavaccine siger fru Birthe Skaarup så, at det kan man ikke gøre. Fru Birthe Skaarup modsiger sig selv dér. Hvad mener fru Birthe Skaarup: Kan man eller kan man ikke målrette indsatsen?

Og igen: Vi har jo begrænsede ressourcer. Hvorfor ikke bruge de penge, som man gerne vil give til folk, der i forvejen har råd til influenza-vaccine, til folk, der er ressourcesvage i alle aldersgrupper, og ikke kun de ældre?

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Til fru Pernille Falcon om social ulighed, om hvad vi vil gøre ved det, og om vi vil være med til at gøre noget: Det gør vi jo hver dag. Det er jo noget af det, vi har prøvet på i alle de tiltag, vi har lavet i de forlig, vi har indgået i. Jeg tror, det står lysende klart for enhver, at det er her, vi er gået ind og har kigget på den svage del af befolkningen.

Kl. 11.40

Omkring det hr. Kamal Qureshi siger: Det er jo noget af det, vi i Dansk Folkeparti har valgt at sige, nemlig at når man er fyldt 65 år, så er der mulighed for en gratis influenzavaccination. Det er det, vi har valgt i første omgang, fordi vi synes, at det var her, aldersgrænsen skulle sættes.

Det er da klart, at vi da sagtens kunne gå ind og tale for dem, der er lungesygge, dem, der har et svagt immunforsvar osv., osv. Det kan jo være, det kommer i næste omgang, man ved jo aldrig. Men i første omgang har vi så valgt at sætte grænsen dér. Og immervæk er det jo et forslag, der kostede de 70 mio. kr., som vi regner med, at vi får tifold igen, ikke kun med hensyn til livskvalitet, men også med hensyn til de andre offentlige social- og sundhedsudgifter.

Så hr. Naser Khader: Hr. Naser Khader siger, at jeg modsiger mig selv – det synes jeg ikke at jeg gør – omkring pengestrømsanalyser. Det var jo noget, sundhedsministeren var inde på, at der skulle laves nogle pengestrømsanalyser omkring disse otte folkesygdomme, som vi nu har talt en del om allerede her i dag. Og der er det, vi har valgt at sige: Jamen det er en rigtig god idé, lad os se, hvad økonomien siger omkring det. Er det de rigtige, målrettede områder, vi går ind på, er det de rigtige processer og strategier, vi laver?

Jeg modsiger ikke mig selv, for det her, vi har fået ind med hensyn til influenzavaccinationer, som folketingspolitikkerne er så optagede af, så det er en ren fryd, er jo altså et eller andet med, at rønnebærrene er sure.

(Kort bemærkning).

Kamal Qureshi (SF):

Det er godt nok nogle dyre rønnebær til 70 mio. kr., men fred være med det.

Jeg kunne da godt tænke mig, hvis fru Birthe Skaarup kunne hjælpe mig med, hvordan jeg skal forklare, når jeg kommer uden for Christiansborg og snakker med folk, at en direktør i dag på vej til golfbanen kan få en gratis influen-

zavaccination betalt ved hjælp af Dansk Folkeparti og regeringen, mens en 64-årig arbejdsløs, som måske oven i købet er lungesyg, selv skal punge ud for den influenzavaccination, som han rent faktisk sundhedsfagligt har brug for.

Hvad er logikken i, at ham fra den ene gruppe, fordi der på hans fødselsattest står, at han er født et bestemt år, så skal have den her influenzavaccination, der godt kan være sundhedsfaglige kriterier for at få, gratis, mens ham fra den anden gruppe, som ikke lige er kommet over, men kun er 64 år og har sundhedsfaglige kriterier for at få den, selv skal punge ud til den, selv om han i øvrigt ikke har råd til den. Hvordan skal jeg kunne forklare det? Det vil jeg meget gerne have hjælp til.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Vi hørte så fra fru Birthe Skaarup, Dansk Folkepartis ordfører, at det jo ikke var usandsynligt, at man nu ville gå ind og også kræve gratis influenzavaccinationer til dem under 65 år, hvis de f.eks. var lungesygge eller nogle andre ting.

Så vil jeg spørge fru Birthe Skaarup: Bliver det ikke lidt svært bagefter at gå ud og kræve, at midler skal målrettes bedre, og at det er o.k., at vi nu målretter influenzavaccinationen til de mennesker, der virkelig har behov for det, og ikke kun til dem, der nødvendigvis lige er over 65 år? Bliver det ikke lidt svært at forklare vælgerne og befolkningen generelt, at først vil man give til alle, og bagefter vil man pludselig godt målrette alligevel?

Vi håber selvfølgelig på, at Dansk Folkeparti vil være med til at målrette midlerne bedre i fremtiden, for så tror vi også, at de sparsomme midler, vi har til forebyggelse, kan udnyttes på en langt bedre måde end til at gives væk til en lang række mennesker, der godt kan tage ansvar for deres eget liv.

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

Skal fru Birthe Skaarups svar forstås derhen, at man ved at nedsætte og forringe de sociale ydelser mindsker den sociale ulighed og mindsker sundhedskløften?

Kl. 11.45

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

Dyre rønnebær eller ej, aftalen er sådan. Dansk Folkeparti synes, det er en god aftale, en god,

forebyggende aftale omkring influenzavaccinationer, og det tror jeg måske andre også finder ud af.

Til fru Sophie Hæstorp Andersen: Jeg har ikke sagt, at vi går ind i andre grupper omkring det her. Jeg har sagt, at der var en mulighed for at gøre det.

Desværre hørte jeg ikke lige det sidste spørgsmål fra fru Pernille Falcon.

Formanden:

Skal vi høre det gentaget?

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

Ja, spørgsmålet var til fru Birthe Skaarup om det at nedsætte sociale ydelser og forringe dem, om det efter Dansk Folkepartis opfattelse mindsker den sociale ulighed, og om det mindsker den sundhedskløft, der findes i Danmark.

(Kort bemærkning).

Birthe Skaarup (DF):

At nedsætte nogle sociale ydelser til den svage del af befolkningen – det er jo klart, at det skaber nogle kløfter, men jeg ved ikke, hvad fru Pernille Falcon henviser til. Her den 17. oktober lavede vi efter Dansk Folkepartis mening et utrolig godt forlig omkring et retskrav på helbredstillæg med hensyn til fodpleje, med hensyn til briller, med hensyn til proteser. Hele tiden prøver Dansk Folkeparti at holde fast i det sociale, i at hjælpe de ældre, de svage i det her samfund. Og det vil vi blive ved med.

Jørgen S. Lundsgaard (KF):

Som bekendt har regeringen allerede i sit regeeringsgrundlag meldt ud, at der skal iværksættes strategier for de fire store folkesygdomme. Det var her diabetes, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed og overfølsomhed. Og de blev så i det overordnede sundhedsprogram »Sund hele livet« udvidet med kræftsygdomme, muskel- og skeletlidelser, psykiske lidelser og rygerlunger.

Vi må erkende, at størstedelen af disse sygdomme er livsstilssygdomme. Hvis vi ikke får ændret grundlaget for disse sygdomme, så må vi forudse en stadig stigning af kronisk, langvarigt syge, som i forbindelse med stadigt forbedrede behandlingsmuligheder vil blive en økonomisk tikkende bombe under vort sundhedssystem. Og samtidig vil det skabe yderligere mangel på sundhedspersonale.

Hvilke muligheder har vi så for at løse disse truende problemer? Ja, først og fremmest skal den danske befolkning lære at tage bedre vare på sig selv. Den skal bibringes viden og vilje til selvforsorg. Og hvis skaden er sket, skal sundhedssystemet opdage det så tidligt som muligt, således at sygdommen begrænses og kan holdes nede ved hjælp af livsstilsændring, selvforsorg og tæt kontakt med sundhedssystemet.

Det er positivt, at regeringen nu har valgt at igangsætte strategiarbejdet for aldersdiabetes, som desværre er i stærk vækst, men også har et stærkt forebyggelsespotentiale. Årsagerne til aldersdiabetes, som også kaldes livsstilsdiabetes, skal findes i fysisk inaktivitet og ændrede kostvaner med deraf følgende overvægtsproblemer. Og det særligt bekymrende er, at sygdommen optræder hos yngre og yngre mennesker, nu også børn.

Det er derfor vigtigt, at vi får igangsat et indikatorprogram, så vi finder mulighederne for at ændre denne livsstil allerede i skolealderen. Det er vigtigt, at vi får lavet en strategiplan samt for børn og unge skaber forståelse for, at dette at være og forblive rask er noget, man selv må tage aktivt del i hele livet. Det er ikke kun samfundets opgave.

Strategiplanen må derfor også motivere dem, som skaber de unges værdinormer og skaber partnerskaber mellem idrætsorganisationer, skoler, fødevarerproducenter og sundhedssektoren. Indsatsen skal være over en bred front for at virke, men så vil den ikke kun forebygge aldersdiabetes, men også hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed osv.

Kl. 11.50

Når sygdommen så desværre er indtrådt, må strategiprocesen medføre udarbejdelse af konkrete handlingsplaner, således at der opnås et beredskab, som sikrer tidlig diagnosticering, eventuel screening, ændring af kost- og motionsvaner, motiverende rådgivning og egen omsorg.

Et godt grundlag er de sidste 3 års indsats i Fyns Amt. Her er ved hjælp af fire koordinatore for fire diabetescentre skabt et intensivt, bredt samarbejde mellem specialister, praksiskon-sulenter, patienter og ambulatoier. Og vi har endnu til gode at se det egentlige resultat: bedre livskvalitet og forlænget levetid for patienten.

Vi mener i Det Konservative Folkeparti, at programmet har fået en god start, og vi ser frem til udformningen af indikatorprogrammer og strategiplaner for forebyggelse af aldersdiabetes

og også for de resterende syv folkesygdomme. Vi støtter derfor regeringens foreløbige tiltag på området.

(Kort bemærkning).

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Det er flot at høre, at den konservative ordfører går ind for, at man tager bedre vare på sig selv, man bibringes viden, og når skaden er sket, så skal man i gang med en livsstilsændring.

Jeg vil godt spørge den konservative ordfører, om han ikke kan nævne en række områder, hvor vi som enkeltpersoner faktisk ikke har indflydelse på, hvorvidt vi rammes af sygdom. Det kunne f.eks. være i spørgsmålet om trafikulykker. Og så vil jeg godt høre, hvordan ændrer man livsstil, efter at man har været udsat for en trafikulykke?

(Kort bemærkning).

Jørgen S. Lundsgaard (KF):

Jeg har selv været udsat for en trafikulykke, og jeg har selv diabetes. Og jeg vil da lige sige, at trafikulykken faktisk medførte, at jeg begyndte at køre på cykel i stedet for i bil. Med hensyn til diabetes må jeg sige, at jeg drastisk har ændret livsstil. Jeg mener ikke, at diabetes i mit tilfælde skyldes mig selv.

Selvfølgelig er der mange uforskyldte sygdomme, og dem skal vi altså også tage os godt af.

Formanden:

Hr. Naser Khader som ordfører. Det bliver nok den sidste ordfører før middagspausen.

Naser Khader (RV):

Forebyggelse af de store folkesygdomme har en høj prioritet, siger regeringen i sin statusrapport. Og som noget nyt markerer regeringen et klart fokus på fysisk aktivitet som del af den forebyggende indsats ud over de sædvanlige fokusområder: tobak, alkohol, overvægt og ulykker. Det mener vi i Det Radikale Venstre er fremragende.

Generelt kan Det Radikale Venstre støtte de udmærkede hensigtsklæringer, som regeringens mål er fyldt med.

Diagnosen er jo ganske klar. De store folkesygdomme bunder i faktorer, der er relateret til livsstil, og det er i høj grad en udvikling, vi bliver nødt til at forebygge os ud af.

Behandling er ikke nok. Og der er jo rigeligt at tage fat på. For selv om sundhedstilstanden

og middellevetiden i store træk er gået op, stiger medicinforbruget også støt.

Samtidig må vi dog også understrege, at der er brug for, at regeringen kommer med flere konkrete tiltag.

Hensigtsklæringerne kan vi jo ikke være uenige i, men vi mangler flere konkrete ting, og vi efterlyser en konsekvens i regeringens politik, for erklæringerne stemmer dårligt overens med de besparelser og den politik, som regeringen samtidig har gennemført.

Børnekostpuljen blev nedlagt på trods af, at den tilbød sund mad til børn fra de dårligst stillede familier. Børnekostpuljen var et tilbud, der kunne bryde med den sociale ulighed, som eksisterer på sundhedsområdet, og den kunne dæmme op for den dårlige kost blandt skolebørn. At spare den væk er meget ironisk, når regeringen understreger behov for sund mad for skolen både som platform og som et ønske om at bryde med den sociale arv.

Kl. 11.55

I forhold til projekt »Sund Mad« kan det jo også undre, at regeringen valgte at nedlægge Måltidets Hus.

Det Radikale Venstre er enig med regeringen i, at mere motion er en glimrende vej frem, men så kan det jo godt virke besynderligt, at regeringen ikke tilfører området flere penge. Tværtimod har regeringen nedlagt eksempelvis Idrætspolitisk Idéprogram.

Idrætspolitisk Idéprogram har dannet rammerne for en række alternative idrætsinitiativer, der kunne få nogle andre grupper i tale. Evalueringerne tyder på, at det lykkedes. Tilbuddene, der henvendte sig til familien som en helhed, til ældre, til indvandrere, blev gennemført med gode resultater, resultater, der underbygger, at vi må tænke alternativt, hvis vi vil henvende os til dem, der i øjeblikket ikke benytter idrætsforeningerne, og at det sagtens kan lade sig gøre.

Så meget desto større er Det Radikale Venstres forundring over regeringens prioritering. Det virker også uforståeligt, at regeringen gennemfører besparelser på Rådet for Større Færdselssikkerhed og fjerner puljer til kampagner for bedre færdselssikkerhed, samtidig med at regeringen fremhæver, at det er væsentligt at bekæmpe trafikulykker, fordi det i sagens natur er med til at højne folkesundheden.

Generelt må man nok også sætte spørgsmålstegn ved sundhedsministerens udmelding i Jyllands-Posten den 4. juni 2002, at forebyggelse ikke kun er et spørgsmål om penge. Det er det

naturligvis ikke kun, men det virker da ironisk, at regeringen decideret skærer ned på forebyggelsen, bl.a. via besparelse på Center for Forebyggelse. I stedet tilfører regeringen sygehusene 1,5 mia. kr. til de elektive behandlinger, en pose penge, som end ikke kan blive brugt på grund af de store og urealistiske krav, som pengene følges af, hvilket Det Radikale Venstre også påpegede i januar.

Det Radikale Venstre kan med andre ord kun støtte ønsket om at få konkretiseret regeringens handlingsplaner på området.

Formanden:

Jeg skal her udsætte mødet. Det genoptages i dag kl. 13.00.

Mødet udsat kl. 11.58

Mødet genoptaget kl. 13.00

Forhandlingen genoptoges

Pernille Falcon (EL):

Jeg vil først takke SF for at rejse debatten om forebyggelse af de store folkesygdomme. Debatten har kastet lys på det store gab, der er mellem regeringens fine ord og så den faktiske indsats. Der er desværre ikke meget i debatten, der tyder på, at regeringen har planer om at iværksætte konkrete forebyggelsesinitiativer, uanset at det er relevante emner, der er fokuseret på i regeringens plan »Sund hele livet«.

Som det er fremgået af debatten, er det op til kommuner og amter at løfte indsatsen i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. Det er de selv samme kommuner og amter, der af regeringen er blevet skåret ned, og som klager over dårlig økonomi. Regeringen har tvunget amter og kommuner til at gennemføre store besparelser på kernevelfærdsområderne, så hvis de fine ord ikke følges op af flere penge, er der ikke meget, der tyder på, at der vil ske et reelt løft.

Det er samtidig blevet meget tydeligt, at regeringen ikke anerkender, at sundheden er ulige fordelt, og at der er en tæt sammenhæng med de sociale vilkår, og det på trods af at alle undersøgelser og erfaringer viser dette.

Jeg vil blot nævne et enkelt eksempel som illustration: Min egen kommune, Hvidovre, er en

af de kommuner i Københavns Amt, hvor befolkningen er relativt dårligt uddannet set i forhold til resten af amtet. Vi er et af de områder, der har den ringeste uddannelsesbaggrund og den ringeste sundhedstilstand. Fordelingen af sundheden følger klart amtets sociale landkort. Det samme gælder internt i kommunen, hvor det er tydeligt, at de fattigste og de dårligst uddannede har den ringeste sundhedstilstand.

For børnene er der en tæt sammenhæng mellem børnenes trivsel, sociale baggrund og deres fremtidige sundhedstilstand. Det har vi metervis af rapporter, der illustrerer.

Her synes jeg, det er beskæmmende at høre ordføreren fra Venstre pege fingre af de sociale grupper, der har behov for, at det offentlige også løfter sit sociale ansvar. Der bliver taget afstand fra initiativer, der kan være med til at løfte folkesundheden, også for de socialt dårligst stillede. Regeringen vælger i stedet at skære ned på de sociale ydelser til de dårligst stillede, herunder indvandrere og flygtninge.

I forhold til behov for sund mad i daginstitutioner og skoler, bliver der gjort grin med de forældre, der hverken har det økonomiske, uddannelsesmæssige eller sociale overskud til at løfte opgaven.

Regeringens politik er betydelig mere sygdomsfremmende end sundhedsskabende og forebyggende. Stramningerne for arbejdsløse og nedskæringerne i kontanthjælp og introduktionsydelse til flygtninge og indvandrere forøger uligheden i sundheden. Vi ved det fra undersøgelser. Bl.a. viste en undersøgelse foretaget af det svenske Red Barnet for nylig, at en tredjedel af børnene i Malmø lever under fattigdomsgrænsen. Det chokerede de fleste svenske politikere. Jeg vil tro, at en lignende undersøgelse herhjemme ville kunne illustrere det samme. Mange danske familier på overførselsindkomst eller i lavindkomstjob lever under fattigdomsgrænsen.

Vi ved, at mange af de store folkesygdomme kan forebygges ved en ændret livsstil; kost, motion, røg og alkohol spiller en stor rolle. Vi ved bl.a. også fra svenske undersøgelser, at stress og udbrændthed forøger risikoen for bl.a. hjertekar-lidelser, diabetes 2 og psykiske sygdomme. Når dagligdagen er uoverskuelig og man ikke føler sig som herre i sit eget liv, er der hverken penge eller overskud til at gøre noget for sin egen sundhed.

Besparelser på f.eks. folkeoplysningen med højere brugerbetaling som konsekvens gør det

sværere for mange at deltage i motionsaktiviteter. Det danske sundhedsvæsen er fyldt med brugerbetaling, og det betyder, at der ikke er lige adgang til bl.a. fysioterapi, tandbehandling og medicin.

I december er Sundhedsministeriet sammen med Københavns Kommune arrangør af en konference om reducere af uligheden i sundhed blandt børn og unge. Det ville klæde regeringen, hvis alle de pæne ord i planer og konferenceindbydelser blev omsat til konkret handling. Så hvis regeringen mener noget med intentionerne i folkesundhedsplanen, skal det følges op af konkret handling og økonomi til at realisere den.

Kl. 13.05

Tove Videbæk (KRF):

Hvorfor er det nu lige, at regeringen ifølge forespørgslen skal iværksætte konkrete tiltag »for at forebygge de store folkesygdomme«? Det er der naturligvis mange forskelligartede svar på. Dels er der de rent medmenneskelige, dels er der de samfundsøkonomiske.

Vedrørende den her forebyggelse er der forskellige større patientforeninger, der har sendt os mange gode forslag til, hvad der kan gøres helt konkret, og også hvad det koster. F.eks. har vi fået henvendelse fra Gigtforeningen, der konstaterer, at ca. 800.000 danskere har daglige gigt-smerter, 1-2 pct. af arbejdsstyrken i Danmark er daglig uarbejdsdygtig på grund af lænde-ryg-smerter, mindst 13 pct. af alle besøg hos de praktiserende læger skyldes lidelser i muskler eller led, og gigtsygdommene koster tilsammen samfundet 25 mia. kr. om året.

Gigtforeningen fastslår, at der på nogle områder kan gøres meget for at nedbringe disse omkostninger. F.eks. bør vi gå i gang med i højere grad at bruge biologiske mediciner på det her område i Danmark, man mangler apparatur til scanning, genoptræningen skal forbedres, og forskningsindsatsen bør forøges.

En anden stor folkesygdom er diabetes, som har været lidt på tale i dag. Også Diabetesforeningen, som repræsenterer 130.000 diabetikere, har fremsendt forslag til os. De har opstillet en plan for, hvordan der kan investeres i hurtige besparelser inden for diabetesbehandlingen, som igen kan bruges på andre områder af behandlingen af både type 1- og type 2-diabetikere.

Sundhedsstyrelsen har allerede i 1994 peget på det samme, som Diabetesforeningen her gør,

men konkrete initiativer er man ikke kommet ret langt med. Længst er man kommet med forslagene på Fyn, hvor man over 5 år har vist, at man både kan forbedre behandlingsresultaterne og spare penge. Det drejer sig, som vi allerede har hørt det i dag, om at sikre, at alle diabetikere får øjnene kontrolleret årligt eller mindst hvert andet år, at der indføres tidlig visitation af begyndende fodsår, og at praksislægerne skal efteruddannes.

En tredje folkesygdom er knogleskørhed, som især rammer kvinder. Der er faktisk 35.000 nye kvinder, der rammes hvert år. Man kan sige, at det er en lidt overset folkesygdom. Lidelsen er symptomfri, indtil knoglerne brækker. Resultatet af dette er gigantudgifter ikke bare for amter, men også for kommuner. Alene hoftebrud koster tilsammen amter og kommuner 2 mia. kr. pr. år, en udgift, der kunne halveres. Det er den økonomiske side af sagen, og dertil kommer så smerten for dem, der rammes. Der er nogle, der sådan lidt humoristisk har sagt, at grunden til, at den ikke vækker den store opmærksomhed, nok er, at det er en decideret kvindesygdom, men det tror jeg nu ikke passer. Både WHO og EU har slået alarm. Epidemien vil eksplodere i de kommende årtier.

Sidst, men ikke mindst vil jeg nævne tobaksafhængighed, som også kan kaldes en folkesygdom. Vi ved, at tobakken dræber. Og tobakken er faktisk den største dræber i Danmark. Vi har haft en officiel tobakspolitik i Danmark, som gik ud på at mindske antallet af rygere, og også i det nuværende folkesundhedsprogram er der et mål om, at antallet af rygere skal falde markant. En række lande bruger cigaretafgifter som et middel til at nedbringe forbruget, men i Danmark har vi faktisk siden 1986 gjort det stik modsatte.

Så Kristeligt Folkeparti og jeg bakker op om regeringens folkesundhedsprogrammes intentioner, men vi siger absolut nej til lavere tobaksafgifter.

Til sidst vil jeg sige tak til SF for at rejse den her debat. Det er vigtigt, at vi i Danmark i langt højere grad satses på forebyggelse bredt. Vi ved, at i det lange løb betaler forebyggelse sig – ikke kun på det individuelle plan rent menneskeligt og familiemæssigt, men så sandelig også samfundsøkonomisk. Derfor vil vi også fra Kristeligt Folkeparti være med til at sætte turbo på det her område, og vi har da også i vort eget finanslovsforslag for 2003 afsat en hel del penge til det.

Den fg. formand (Grete Schødts):

Jeg var lidt rigelig hurtig før. Hr. Preben Rudiengaard havde faktisk bedt om en kort bemærkning til ordføreren fra Enhedslisten.

Kl. 13.10

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jeg vil gerne takke. Jeg synes ellers, jeg må være svær at overse med mit store bodymass-indeks for nu at blive i dagens terminologi.

Men jeg vil gerne spørge Pernille Falcon: Hvor har regeringen skåret ned på pengene til kommuner og amter på sundhedsområdet? Det vil jeg da gerne have svar på. Jeg mener, det her er et postulat.

Så vil jeg også spørge Pernille Falcon, om Pernille Falcon ikke mener, ...

Den fg. formand (Grete Schødts):

Fru ...

Preben Rudiengaard (V):

... at vi selv er i stand til at prioritere ude i amterne og ude i kommunerne.

Så vil jeg gerne spørge til sidst – det synes jeg var lidt groft – hvor jeg har gjort grin med de tunge, sociale grupper, herunder indvandrere og andre, i det, jeg har sagt i dag. Jeg plejer sjældent at gøre andre mennesker til grin.

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

Tak for spørgsmålet.

Regeringen har lagt et klart loft over udgifterne for amter og kommuner, og jeg kan da fortælle, at det bl.a. i Københavns Amt har betydet, at man skal spare 300 mio. kr., og det vil sige, at man dér har valget mellem at skære ned på sygehusene – ja, de er jo blevet skåret – og på psykiatriområdet. Man har også valgt at skære ned på voksenundervisningen, den undervisning, som faktisk skulle give de dårligt uddannede nogle bedre muligheder. Det er bare et enkelt eksempel.

Samtidig har loftet over kommunernes økonomi tvunget rigtig mange kommuner til at gå ud og lave meget store forringelser. Vi har jo set, at de amter, som har overskredet den budgetramme, som regeringen vil acceptere, er blevet straffet rent økonomisk.

Man kan se i udviklingen af befolkningstallet, at stigningen i antallet af skolebørn og ældre osv. er så stor, at man må skære både inden for

de enkelte områder og på en lang række andre områder, hvis økonomien overhovedet skal hænge sammen.

Jeg kan komme med stribevis af eksempler, men nu lyser den røde lampe.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Jamen så må jeg sige, at Pernille Falcon var heldig at få knockout på den røde lampe her, for jeg fik slet ikke svar på alt det, jeg spurgte om.

Men for lige at dyrke den der: Dette loft, som Pernille Falcon snakker om, ...

Den fg. formand (Grete Schødts):

Fru Pernille Falcon.

Preben Rudiengaard (V):

... er det højere i år, eller er det lavere i år, end det har været de tidligere år? Det vil jeg da gerne have et svar på.

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

Når kommunernes realvækst kun må stige med 0,7 pct., så er det lavere end tidligere år, og det er faktisk et kæmpestort problem. Det er et stort problem i mange kommuner, og det har også været det i mange amter. Man har måttet skære ned på utrolig mange områder.

I Københavns Amt har man f.eks. også måttet skære ned på gymnasierne, og Vestsjællands Amt har store økonomiske problemer; det kan være, det også er af andre grunde, men der er altså store problemer i hele landet i amter og kommuner. Det er meget få kommuner, der har haft mulighed for at smide penge op i luften.

Den fg. formand (Grete Schødts):

Hr. Preben Rudiengaard – tredje og sidste korte bemærkning.

(Kort bemærkning).

Preben Rudiengaard (V):

Hvis vi nu tager en kommune, hvor der er en stigning på op til 0,7 pct. i realvækst, hvordan kan det så være ensbetydende med, at man nedsætter et loft? Her er en stigning. Og jeg spørger bare, om denne her stigning er ensbetydende med, at man nedsætter loftet? Det er det, jeg ikke kan få til at passe. Jeg er dog immer væk matematisk student, men det kan godt være, jeg ikke har fået en ordentlig uddannelse på det her område.

(Kort bemærkning).

Pernille Falcon (EL):

Jeg tror faktisk, det er et generelt forståelsesproblem i regeringen, for når antallet af skolebørn stiger, når antallet af gymnasieelever stiger, når antallet af ældre stiger, når presset fra de syge stiger, og når presset i forhold til førtidspensioner stiger, ja, så er der ikke mulighed for at dække de behov uden at gå ind og lave nedskæringer enten på de områder eller på andre områder, og tit sker det i en kombination.

Det er jo, fordi man ikke anerkender, at man også skal regne udviklingen i befolkningstilvæksten ind, når man laver budgetter.

Den fg. formand (Grete Schødt):

Indenrigs- og sundhedsministeren. Ja, vi er faktisk kommet ordførerrækken igennem.

Kl. 13.15

Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Tak for det, og tak for en, synes jeg, god debat, som jo har været i den tone, som også blev lanceret af forespørgeren hr. Kamal Qureshi fra starten, nemlig en åben tone i debatten om, hvordan vi håndterer denne her udfordring bedst muligt.

Jeg synes, der har været sagt mange ting. Der er også mange ting, man kunne have lyst til at kommentere også i den mere polemiske ende af skalaen, men det skal jeg afholde mig fra, da egenskaben polemik ikke er en, jeg besidder i noget særligt omfang, og i stedet takke for debatten og sige til Folketingets politiske partier, at jeg tror, det er vigtigt, at vi fortsætter den drøftelse, vi har haft her i dag under de, kan man sige lidt ustrukturerede former, som sådan en forespørgselsdebat jo i sagens natur nødvendigvis må lægge op til.

Jeg tror på mange måder, det kunne være nyttigt, hvis vi i kølvandet på et opgør om de ting, der deler os, finanslovforhandlinger og alt muligt andet, på et tidspunkt fandt et rum, hvor vi kunne tage en drøftelse af nogle af de spørgsmål. For det er klart, at man kan se meget forskelligt på, hvad det er for et ressourceniveau, der skal til for at løfte denne her opgave, men jeg tror, at selv om man gør det, må alle erkende, at rene forebyggelsespenge sådan i, jeg havde nær sagt ortodoks, kampagnemæssig form alene jo ikke gør det her. Det fordrer simpelt hen, som jeg også sagde det i mit første indlæg, og som jeg synes det har været bekræftet af mange an-

dre, der har haft ordet, at vi i højere grad bliver i stand til at indtænke det her aspekt i alt andet, vi i øvrigt gør. Og det er en stor udfordring, som jeg synes det kunne være fornuftigt at vi kunne finde sammen i en drøftelse af.

Jeg står med det her ikke og lægger op til sådan det store forkromede forebyggelsesforlig eller andet, for jeg tror slet ikke, at emneområdet som sådan egner sig til det, men jeg synes, det kunne være nyttigt, hvis vi på et tidspunkt i kølvandet på det første strategipapir om diabetes, som jeg annoncerede i mit første indlæg, tog det, man vel uden for dette rum ville kalde en sludder over en kop kaffe om nogle af disse temaer. Det vil jeg i hvert fald meget gerne tage initiativ til.

Kamal Qureshi (SF):

Jeg vil da også gerne benytte lejligheden til at takke for en god debat og også takke for modtagelsen af debatten fra sundhedsministeren.

Jeg kan i hvert fald konstatere, at der er enighed fra alle sider i Folketinget om problemerne og problemernes omfang. Vi er også enige om, at der er behov for tiltag, men vi afventer handling fra regeringen.

Debatten i dag har jo ikke ligefrem bestået af store konkrete oplæg eller ideer fra regeringens side med hensyn til, hvad man konkret vil. O.k., det er fair nok; det kan jeg godt leve med, men der er jo altså ikke nogen tvivl om, at vi i dag på et eller andet plan har forpligtet hinanden på, at vi vil holde øje med det her område, og vi vil holde øje med regeringens handling og konkrete tiltag på området.

Jeg synes et eller andet sted, at der på nogle områder blev lagt op til, at man fra regeringens side prøver at fralægge sig ansvaret og sige, at alle tiltagene skal foregå ude i amterne, og at det er amterne, der har ansvaret for sundhedstiltag. Det synes jeg hænger meget dårligt sammen med, at regeringen jo på andre områder mener, at der skal laves nogle centrale tiltag, fordi amterne ikke er gode nok til at påtage sig nogle af de opgaver, som de med rette bør løfte. Derfor vil jeg da ligesom prøve at fastholde regeringen på, at det altså er regeringen, der på et eller andet plan har ansvaret for en del af den overordnede sundhedspolitiske prioritering.

Kl. 13.20

Jeg vil også gerne allerede her påpege – og det er næppe nogen hemmelighed for folk – at vi også fra SF's side vil lægge op til, at vi opprioriterer de unge. Vi har jo haft en diskussion af,

hvorvidt det er hensigtsmæssigt at give influenzavaccination til rige ældre; det har vi været rundt omkring meget. Men vi lægger i hvert fald op til, at vi bliver nødt til at kigge på de unge, og der har vi altså behov for en effektiv myndiggørelse af de unge, sådan at de har mulighed for at vælge en masse af de produkter fra, som er skadelige.

Jeg vil f.eks. trække et af dem frem, nemlig disse her ready to drink-sodavand, som giver indtryk af bare at være sodavand. De bliver markedsført som sodavand, de bliver stillet frem sammen med sodavand og slik, men de har en alkoholprocent, der nærmer sig guldøls. Det er et problem, fordi det på et eller andet plan ikke giver de unge en reel indsigt i, hvad det er for et valg, de træffer, når de drikker de her sodavand. I det øjeblik vi på et eller andet plan får de her produkter til at se ud som det, de er, er det jo fair nok, hvis der bliver truffet nogle valg, og så må vi så leve med, at nogle af valgene ikke altid er hensigtsmæssige.

Det samme gælder tobaksforbruget. Vi bliver også nødt til at gøre noget for at få tobaksforbruget ned.

Det sidste er, at der skal være bedre sammenhæng imellem de sundhedsfremmende og sundhedsforebyggende tiltag, der foregår ude i kommunerne og amterne, og det synes jeg også man fra regeringens og ministeriets side bør kigge på.

Jeg vil sige, at jeg egentlig er lidt ærgerlig over, at ministeren allerede fra starten afviser, at man kan lave de her forkromede sundhedsforebyggende eller sundhedsfremmende tiltag eller forlig herindefra. Jeg kan ikke forstå, hvorfor det er en så fremmed tanke, når man rent faktisk har gjort det på behandlingsområdet, hvor man er gået ind og netop har indgået et forlig, hvor man har afsat 1,5 mia. kr. til at gå ind specifikt og tage sig af et bestemt område. Så kunne man jo passende også sige: O.k., her er et område, hvor vi alle sammen er enige om, at der er brug for et løft. Lad os se, hvad der skal til. Skal der pumpes nogle penge i det i en kort periode for at få sat nogle ting i gang, som efterfølgende kan følges op med mere uforpligtende aftaler parterne imellem, og som ikke nødvendigvis inkluderer økonien?

Jeg er lidt ærgerlig over, at man afviser, at det kan komme på tale, for det er jo reelt set noget af det, man har gjort for nogle år tilbage på behandlingsområdet, hvor man sagde: Jamen det nytter ikke noget at sætte en masse penge af, for

det er det lange seje træk, det er uddannelser og alt muligt andet, der skal til. Og der har det jo vist sig, at kan man gå ind og pumpe nogle penge ind i et bestemt område, jamen så kan man gå ind og rette det område, men selvfølgelig med risiko for en skævvridning til skade for andre områder. Så jeg er egentlig lidt ked af, at der er en afvisning af den idé. Det kunne jeg egentlig godt tænke mig i hvert fald at følge op på selv og så se, om vi ikke måske, når tiden er moden til det, kunne tage en grundig drøftelse af det.

Hermed sluttede forespørgslen.

Den næste sag på dagsordenen var:

4) Første behandling af lovforslag nr. L 10: Forslag til lov om medicinsk udstyr.

Af indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen).

(Fremsat 3/10 2002).

Lovforslaget sættes til forhandling.

Forhandling

Kim Andersen (V):

Dette lovforslag fra indenrigs- og sundhedsministeren vil give mulighed for at stille krav til mellemhandlere og distributører af medicinsk udstyr. Det vil blive muligt at stille krav om, at medicinsk udstyr, som ikke lever op til de fastsatte krav om kvalitet og sikkerhed, ikke må forhandles eller for den sags skyld distribueres.

Dette ligger i forlængelse af de allerede eksisterende regler om, at fabrikanter af medicinsk udstyr kun må markedsføre udstyr, der lever op til de gældende krav. Forslaget fremsættes, fordi det bør være muligt at gribe ind over for mellemhandlere og distributører, som videresælger medicinsk udstyr, som ikke opfylder de stillede krav. Der er tale om en præcisering på baggrund af de eksempler, som Lægemedelstyrelsen har set i praksis. Samtidig svarer initiativet til en række af reglerne i de øvrige EU-medlemslande på dette område.

Derudover får indenrigs- og sundhedsministeren mulighed for at fastsætte regler om, at visse typer af medicinsk udstyr kun kan udleveres på apoteket og kun mod rekvisition fra en