

Hvis vi skal tale om barnets tarv, siger jeg ikke, at det er endegyldigt bevist, at alle mulige mennesker uanset sociale forhold, eller hvad det nu kan være, er gode forældre eller dårlige forældre. Jeg siger bare, at der ikke findes noget argument, som tager udgangspunkt i barnets tarv eller noget lignende, der skulle gøre, at vi skulle være imod et sådant forslag, og det argument findes heller ikke hos Dansk Folkeparti.

Kl. 16.50

(Kort bemærkning).

**Martin Henriksen (DF):**

Jo, det argument findes i høj grad. Jeg er sådan set også kommet med nogle eksempler, og jeg er ikke den eneste, der har gjort det, så man kan da håbe, at Enhedslistens ordfører vil lytte lidt til dem.

Når Enhedslisten taler ligestilling, vil de gerne have, at to kvinder, som lever i et parforhold, skal kunne få et barn via kunstig befrugtning. Det er det endegyldige mål for Enhedslisten, det kan jeg forstå på hele argumentationen, men hvad skal man gøre, når to mænd, som lever i et parforhold, gerne vil have et barn? Det er jo et dilemma, det er jo et problem, og hvordan har Enhedslisten tænkt sig at løse det problem?

(Kort bemærkning).

**Jørgen Arbo-Bæhr (EL):**

For det første indbefatter det spørgsmål, som hr. Martin Henriksen stiller, noget helt andet. Det indbefatter nemlig det etiske spørgsmål om brug af andre mennesker som rugemødre, og det er jo noget helt andet.

For det andet mener vi helt klart, at homoseksuelle mænd skal have mulighed for at adoptere børn. Det er den mulighed, som skal foreligge, og dermed vil vi også få bedre muligheder for at skabe total ligestilling. I øvrigt er det jo sådan, at det ikke er muligt at lave kunstig befrugtning af en mand.

(Kort bemærkning).

**Kamal Qureshi (SF):**

Jeg vil egentlig gerne spørge, om det er ligegyldigt eller afgørende for Enhedslisten, at børnesagkyndige grupperinger, eller hvad man nu skal kalde det, ikke har kunnet dokumentere, at homoseksuelle familiers børn har det ringere end heteroseksuelle familiers børn. Det vil nemlig være meget afgørende for mig og for SF, hvis der er afgørende dokumentation for – dog ikke

fra enkelte eksperter eller enkeltpersoner – at homoseksuelle familiers børn på grund af forældrenes seksualitet får ringere opvækstvilkår. Det vil have afgørende betydning for os i denne debat, og derfor vil jeg spørge Enhedslisten: Er det den samme overvejelse, Enhedslisten gør sig?

(Kort bemærkning).

**Jørgen Arbo-Bæhr (EL):**

Vi er selvfølgelig ligesom SF meget interesserede i det, som hedder barnets tarv, og hvis det bevisligt var sådan, at opvækst hos et lesbisk par ville føre til ringere vilkår for barnet på grund af forældrenes seksuelle orientering, end hvis det voksede op hos et heteroseksuelt par, er det da klart, at vi måtte tage hensyn til barnets tarv. Men den dokumentation findes ikke.

Som jeg sagde før til hr. Martin Henriksen, findes der nogle enkelte mennesker, der kommer med udsagn i øst, ligesom der er nogle enkelte mennesker, der kommer med udsagn i vest. Men det er jo ikke dokumentation, det er udtryk for en holdning fra de menneskers side, og den holdning skal de have lov til at have, og de skal også have lov til at komme frem med den. Men det er jo bare ikke dokumentation.

Hermed sluttede forhandlingen, og lovforslaget overgik derefter til anden behandling.

## Afstemning

**Den fg. formand (Lissa Mathiasen):**

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

Den næste sag på dagsordenen var:

**5) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 13:**

**Forslag til folketingsbeslutning om etablering af Center for Etniske Minoriteter og Sundhed (Cemisu).**

Af Naser Khader (RV) m.fl.  
(Fremsat 11/3 2005).

Forslaget sattes forhandling.

## Forhandling

### Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):

Det foreslås, at der oprettes et Center for Etniske Minoriteter og Sundhed, Cemisu – det lyder som en japansk tegneseriefigur eller noget sådant, men i hvert fald et Center for Etniske Minoriteter og Sundhed – som skal medvirke til forbedring af indsatsen vedrørende etniske minoriteters sundhed gennem en styrkelse af den tværfaglige forskning, undervisning og formidling om sundhed og sygdomsårsager samt sundhedsvæsenets indsats blandt etniske minoriteter.

Det beskrives, hvilke opgaver inden for en bredere vifte centeret skal beskæftige sig med, foreløbig i en 4-årig periode med et årligt budget på 2,5 mio. kr. Det foreslås, at disse midler tilvejrbringes gennem Det Strategiske Forskningsråd, og at centeret etableres i tilknytning til et universitært forskningsmiljø med lignende funktioner.

Kl. 16.55

Jeg vil gerne sige, at jeg synes, det på mange måder er et meget sympatisk forslag, Det Radikale Venstre her har fremsat. Selve grundideen, nemlig at medvirke til en forbedring af indsatsen vedrørende etniske minoriteters sundhed gennem styrkelse af den tværfaglige forskning og undervisning og formidling om sundhed og sygdomsårsager, er en idé, vi fint kan støtte. Det centrale spørgsmål er imidlertid, om den idé kun kan virkeliggøres gennem oprettelse af en ny institution, og her når jeg og regeringen til en anden konklusion end forslagsstillerne.

Jeg må starte med at understrege, at finansieringen af et eventuelt center ikke kan ske gennem Det Strategiske Forskningsråd, som det er foreslået her. Forskningsbevillingerne gennem Det Strategiske Forskningsråd uddeles i åben konkurrence og efter en forskningsfaglig kvalitetsvurdering til politisk prioriterede og tematiske afgrænsede forskningsområder, og derfor er det næppe muligt, sådan som det foreslås her, at diktere penge til en bestemt forskergruppe. Alle rede af den grund når jeg sådan set frem til den konklusion, at hvis man vil fremme de ideer, forslagsstillerne har, skal man nok gå en anden vej.

Det hænger sådan set også sammen med, at man i beslutningsforslaget kan læse, at centeret skal varetage en stribe aktiviteter: forskning, koordination, medvirken til undervisning, medvir-

ken til formidling af forskningsresultater og medvirken til forankring af sundhedsfremmende aktiviteter. Helt ærligt tror jeg ikke, at et center af den foreslåede størrelse ville være i stand til at udføre egentlig selvstændig forskning, og det er også regeringens opfattelse, at egentlig forskning bør foregå i de almindelige og eksisterende forskningsinstitutioner.

For så vidt angår det behov, der påpeges i beslutningsforslaget om koordination og om at sikre medvirken til undervisning, formidling og forankring af sundhedsfremme, er regeringen meget indstillet på at se på, hvordan vi kan styrke indsatsen på dette felt. Det er dog ikke vores vurdering, at vi står med opgaver, der kræver etablering af et egentligt center, som det er foreslået af Det Radikale Venstre. Vi mener, at ideen i stedet kan fremmes ved etablering af en 3-årig stilling som forskningskoordinator ved Statens Institut for Folkesundhed med henblik på at registrere og koordinere forskning på området og medvirke til undervisningsaktivitet, formidling og forebyggelse m.v. vedrørende etnicitet og sundhed. Regeringen agter at drage omsorg for, at der etableres en sådan 3-årig stilling, og efter periodens udløb kan denne stilling evalueres, og der kan tages beslutning om, hvorvidt der fortsat er behov for forskningskoordinatorstillingen, eller om den skal nedlægges eller eventuelt videreføres i en styrket form.

Det er vores tanke at placere denne nye 3-årige stilling i Statens Institut for Folkesundhed, hvilket betyder, at der kan trækkes på de funktioner, det netværk og de samarbejdsrelationer, der er etableret i instituttet. Statens Institut for Folkesundhed er jo som bekendt fysisk lokaliseret i Center for Sundhed og Samfund i det tidligere Kommunehospitals bygninger her i København, og som det også er fremhævet i beslutningsforslaget, huser det tidligere Kommunehospitals bygninger en række af de relevante samarbejdspartnere på området. Derfor vil en sådan forskningskoordinatorstilling, som er forankret i Statens Institut for Folkesundhed, være placeret det rigtige sted, og jeg kan i øvrigt oplyse, at en sådan stilling, som vi nu drager omsorg for besættelsen af, vil blive finansieret over mit eget ministeriums budget i perioden fra den 1. juli i indværende år til den 1. juli 2008.

På denne baggrund, som jeg håber man vil betragte som værende positiv, nemlig vores indstilling om at fremme ideen bag beslutningsforslaget – dog ikke helt på samme måde, men det er vel målene og ikke midlerne, der skal være i

fokus – må jeg altså meddele, at regeringen ikke kan støtte beslutningsforslaget.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Tak til ministeren for en positiv modtagelse af vores forslag. Vi er jo enige om, at der er et problem, og vi er også enige om, at der er behov for en samlet indsats.

Kl. 17.00

Nu, når regeringen foreslår en koordinator, vil jeg spørge om, hvad det er for nogle opgaver, som denne koordinator ikke skal udføre. Vi foreslår nemlig, at han informerer bredt og dokumenterer. Centeret skal udvikle nye kompetencer, undervise. Hvad er det for nogle opgaver, der ikke er så relevante?

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Hvis hr. Naser Khader ikke kan lytte sig frem til en forskel mellem formålet med centeret og formålet med den forskningskoordinatorstilling, jeg nu meddeler at regeringen vil oprette, så burde hr. Naser Khader jo være vældig godt tilfreds. Det er det hurtige svar på spørgsmålet.

Men ellers vil jeg gerne i den mere seriøse ende sige, at jeg tror, det er vigtigt, at vi fremmer fokus på det her område. Men jeg tror også, det er vigtigt, at vi fastholder, at det er de institutioner, vi generelt har i sundhedsvæsenet, lige fra Statens Institut for Folkesundhed til Sundhedsstyrelsen m.fl., der også bør være dette fokus på.

Helt ærligt kan jeg sådan set godt have den bekymring, at hvis vi ligesom trækker det tema ud og siger, at det hegner vi ind i et specielt center, et specielt institut med en specielt afgrænset bevilling, så skaber vi jo i virkeligheden den sovepude, nogle ville sige er alibi for, at vi i de institutioner, vi i øvrigt har oprettet for at fremme forskning i folkesundhed og spredning af det gode eksempel m.v., ikke har fokus på de etniske gruppers særlige situation.

Det er sådan set min principielle baggrund for at sige, at jeg hellere vil fremme denne sag ved at forankre det i et af de institutter, vi har i forvejen, frem for at oprette et nyt selvstændigt center.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Jeg synes alligevel, det er sådan en form for en discountløsning. Man ansætter en koordinator,

og så skulle vedkommende klare det hele. I Norge har de haft succes med at oprette sådan et center. Jeg mener ikke, at der er nogen problemer i, at man, når man erkender, at der er et problem på et bestemt område, sætter ekstra fokus på problemet. Det har vi andre eksempler på.

Der er eksempler på, at man fokuserer på folk, der arbejder med asbest. Der er andre eksempler på grupper, som man sætter ekstra fokus på, sådan at man gør en ekstra samlet indsats.

Jeg forstår ikke, hvorfor man ikke gør det samme med denne gruppe, for vi erkender alle sammen, at sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter er meget værre end gennemsnittet for resten af befolkningen, og derfor er der behov for en samlet indsats.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Jeg er meget enig i, at der skal fokuseres. Men spørgsmålet er, om det er et udtryk for en fokusering at bygge oven på eller uden på de institutioner og de bevillinger, vi har i forvejen. Det er nok der, vi ikke er enige.

Mit synspunkt er det, at vi i det danske sundhedsvæsen har en særlig udfordring, der består i, at mennesker med en anden etnisk baggrund har, kan man sige, en anden sundhedsprofil end befolkningen generelt. Der er et sæt andre udfordringer.

Det kræver udvikling af særlige metoder, det kræver fokusering, det kræver også forskning, og det kræver formidling. Jeg vil bare insistere på, at der her er en udfordring, som skal håndteres inden for rammerne af det generelle sundhedsvæsen med de forskningsinstitutioner m.v., vi har bygget op.

Derfor er det en integreret opgave for Sundhedsstyrelsen og en integreret opgave for Statens Institut for Folkesundhed at fokusere på området her. Det er denne fokusering, vi nu fremmer ved at normere en særlig forskningskoordinationsstilling i Statens Institut for Folkesundhed.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

At løse den opgave, som De Radikale forsøger det, via det her forslag handler om også at gribe nogle strukturelle problemer i vores system an på en ordentlig facon. Det handler om bevidstgørelse af sundhedspersonalet, det handler om,

at Arbejdstilsynet, bedriftssundhedstjenesten osv. er opmærksomme på én række problemer.

Jeg har svært ved at forestille mig, at en enkelt forskningsmedarbejder vil være i stand til at løfte den opgave. Som hr. Naser Khader refererer, så har man jo i Norge gennemført et forsøg med at oprette et sådant center med nogle fine resultater, men det kræver altså en langt større indsats, hvis man skal nå gode resultater, end hvad en enkelt medarbejder kan yde.

Jeg vil derfor spørge, hvor seriøst regeringen egentlig ønsker at løse den her opgave, når man kun ønsker at afsætte en enkelt forskningsmedarbejder.

Kl. 17.05

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Det er jo en total misforståelse at vurdere regeringens ambition på baggrund af denne ene stilling, ligesom jeg tror, at jeg ville gøre mig skyldig i en misforståelse, hvis jeg nu stod og skød Det Radikale Venstre i skoene, at Det Radikale Venstres totale indsats på området her skulle måles i et center med en årlig bevilling på 2,5 mio. kr. Det tror jeg ville være udtryk for en misforståelse af Det Radikale Venstres intentioner.

Mine intentioner er i hvert fald, at vi i højere grad forstår, at vi over for det pres, der er på vores sundhedsvæsen, og de udfordringer, vi står med folkesundhedsmæssigt, må tage pejling af, at vi har at gøre med et sæt særlige problemer, der har sit udspring i, at mennesker med en anden etnisk baggrund har en anden kultur og en anden tradition etc. Det er sådan set det fokus, vi skal skabe.

Det gør vi jo ikke med denne ene stilling alene, ligesom vi ikke ville gøre det med et center med en årlig bevilling på 2,5 mio. kr. alene. Det gør vi ved, at vi i de forskningsbevillinger, der er, i de løse ressourcer, der er i Sundhedsstyrelsen, i Statens Institut for Folkesundhed m.v., fokuserer på det her område. Det er det, denne stilling skal bruges til. Det er jo netop derfor, at jeg omtaler stillingen som en koordinationsstilling.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Men denne ene stilling skal så løse en række opgaver, som vi ved det har taget en større medarbejderstab i Norge at løse, og som selvfølgelig ikke engang – og det kender vi jo fra det norske

samfund – har løst opgaven tilfredsstillende. Det, der i virkeligheden er problemet ved denne her konflikt, er ikke nødvendigvis etnicitet, det er også et spørgsmål om socialt tilhørsforhold, det er også et spørgsmål om køn, og det er et fattigdomsspørgsmål. Det er en lang række problematikker, som man er nødt til at sætte ind i et perspektiv.

At bede én person om at løse en så omfattende opgave, selv om det er i sparring med andre institutioner, mener jeg er uambitiøst, og jeg vil derfor igen bede regeringen om at tage forslaget til efterretning.

Så vil jeg tilkendegive, at vi i Enhedslisten også er enige i, at det er et meget lille budget, der er stillet op for det her forslag. Vi kunne godt tænke os, at der kom et par millioner kroner oveni.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Man kan jo altid stå og skyde efter hinanden og sige, det er uambitiøst, og jeg er ambitiøs etc. Jeg prøver bare på at sætte det her i perspektiv og sige, at den indsats, der skal til her, det fokus, der skal til her, er jo ikke gjort med en koordinationsstilling, ligesom det heller ikke ville være gjort med et center med en bevilling på 2,5 mio. kr.

Denne udfordring handler om, at vi i forhold til den viden, vi i øvrigt har i vores samfund, de ressourcer, vi har i vort samfund, fokuserer og forstår, at vi i den tid, vi lever i, har et sæt særlige problemer. Det løses ikke ved, at man kasser det ind i en særlig boks og siger: Nu har vi købt aflad, nu har vi afsat en særlig bevilling, nu behøver vi ikke at tænke mere på det.

Nej, det løses ved, at alle de myndigheder, der er sat i verden på sundhedsområdet, helt bredt tænker det her perspektiv med. Det er det, vi nu søger at fremme ved at lave den der koordinationsstilling, så den indsats skal jo ikke dømmes på den ene stilling, men dømmes på den samlede indsats.

Så ved jeg ikke, hvordan man har organiseret sig i Norge i øvrigt. Vi kan jo alle sammen lave et fint center og slå et skilt op. Hvis vi så i øvrigt tømmer alle mulige andre kasser, så kan man da sagtens lave sådan en show off-succes, men jeg kan ikke dømme den norske indsats.

Jeg kan stå til ansvar for, hvordan vi indretter os her, og der er det skridt, vi nu tager, et skridt i den rigtige retning.

(Kort bemærkning).

**Kamal Qureshi (SF):**

Jeg er egentlig meget enig i ministerens betragtninger. Det eneste, jeg egentlig bare gerne vil have en eller anden anerkendelse af også indtages i betragtningerne – og det er simpelt hen bare lige for at sikre, at den stilling, som vi også er enige om, er hensigtsmæssig i denne her sammenhæng – er, at mange af de sygdomme, som denne gruppe, flygtninge/indvandrergruppen, sidder med, det kan være en overrepræsentation af hjerte-kar-sygdomme, det kan være en overrepræsentation af overvægt, eller hvad det nu kan være af forskellige ting, i meget, meget høj grad også er præget af de sociale problemer. Det, at der er en så stor fattigdom i denne her gruppe og arbejdsløshed og alle de andre faktorer, som ministeren selvfølgelig også er klar over er særlig for denne her gruppe, giver selvfølgelig en anden sundhedsprofil, som vi også kender det fra andre grupperinger og andre dele af samfundet. Så vi skal i hvert fald i denne her diskussion ikke fokusere for blindt på etnicitet.

Det er ikke, fordi jeg overhovedet tillægger ministeren, at det er det, ministeren har i tankerne i forbindelse med den her stilling. Men det er i hvert fald væsentligt, at vi – hvad skal man sige – i beskrivelsen af stillingen får slået fast, at man ligesom fokuserer på de steder, hvor der er nogle kulturelle forudsætninger, nogle genetiske forskelle og lignende, som giver en anden sygdomsprofil, og at man ikke fokuserer på den store del af problemstillingen, som også er socialt betinget.

Kl. 17.10

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Jeg tror, at jeg er enig med hr. Kamal Qureshi, i det omfang det står mig klart, hvad sigtet var med spørgsmålet, og det siger jeg ikke for at være polemisk. Men der ligger jo det i det, at når denne stilling forankres i Statens Institut for Folkesundhed, så kan man sige, at det sundhedsbegreb, som i øvrigt slår igennem i Institut for Folkesundhed, også slår igennem her. Det er jo ikke sådan et snævert sundhedsbegreb, det er et bredere sundhedsbegreb. Så jeg tror ikke, at der er nogen modsætning mellem det, hr. Kamal Qureshi sagde, og det, som jeg prøvede at forstå. Det tror jeg ikke der er.

(Kort bemærkning).

**Kamal Qureshi (SF):**

Jeg vil da benytte lejligheden til at forklare det, for jeg tror heller ikke, at vi er uenige.

Nu har jeg sådan set læst tykke, amerikanske bøger gennem lægestudiet, og noget af det, mange af de amerikanske bøger typisk er gode til at fortælle, og som de tilsvarende danske lægebøger ikke har med, er, at i Californien er der eksempelvis nogle emigranter af japansk oprindelse, som har en særlig sygdomsprofil, og som efter mange generationer, hvor de spiser lige så mange burgere som alle mulige andre, fortsat viser en forskel. Det er væsentligt at kigge på.

Hvad skyldes denne forskel, hvor en gruppe, der socialt og adfærdsmæssigt set har samme status, stadig væk har en forskellig sygdomsprofil? Det er i hvert fald væsentligt, at man så ikke tilsvarende går ind og siger, jamen man har nogle sorte befolkninger, som har en sygdomsprofil, der i høj grad er betinget af et anderledes sygdomsmønster på grund af spisevaner og lignende. Det er det jeg synes ville være væsentligt at få pointeret. Denne her stilling skal fokusere på, hvor forskellene skyldes det, som vi vil kigge på – altså ikke de sociale forskelle, men de kulturelle og genetiske forskelle, eller hvad det nu kan være.

Hudsygdomme vil typisk være nogle af dem, hvor man vil kunne spore nogen forskel.

(Kort bemærkning).

**Indenrigs- og sundhedsministeren (Lars Løkke Rasmussen):**

Jamen så er vi enige.

Så synes jeg i øvrigt, at det var spændende at få foldet ud, og jeg fornemmer næsten, at hr. Kamal Qureshi vil være kvalificeret til at søge stillingen her. Men det vil jo selvfølgelig afskære hr. Kamal Qureshi fra at deltage i vores aktiviteter her i salen, så det er ikke nogen opfordring.

**Den fg. formand (Lissa Mathiasen):**

Ja tak. Så går vi videre i ordførerrækken, og den næste er hr. Hans Andersen.

**Hans Andersen (V):**

Med dette forslag ønsker De Radikale, at der etableres et Center for Etniske Minoriteter og Sundhed. Centeret skal styrke den tværfaglige forskning, undervisning og formidling af sundhed og sygdomsårsager samt sundhedsvæsenets indsats blandt etniske minoriteter. Inspirationen er hentet fra Norge, hvor man har etable-

ret en national kompetenceenhed for minoritets-helse.

I Venstre er vi enige i, at det er vigtigt at gøre en særlig indsats for de etniske minoriteter på sundhedsområdet, men vi har samtidig også stillet os tvivlende over for, om det er nødvendigt at oprette et egentligt center til dette. Der er jo allerede igangsat en række initiativer møntet på de etniske minoriteter. Det gælder på psykiatriområdet, det gælder den forebyggende indsats mod omskæring af piger, og det gælder kampagner om prævention og seksuelt overførte sygdomme. Og der er udarbejdet materiale om det danske sundhedsvæsen på en række sprog.

Forskningen mener vi ligger godt forankret i de allerede eksisterende institutioner og universiteter m.v. Men når det så er sagt, er vi i Venstre enige i, at der kan være behov for at koordinere indsatsen bedre end i dag og for at styrke formidlingen på området. Jeg er derfor glad for, at ministeren har tilkendegivet, at ministeren agter at etablere en stilling som forskningskoordinator ved Statens Institut for Folkesundhed. Dermed imødekommes jo ideen i beslutningsforslaget, og på den baggrund kan Venstre ikke støtte forslaget.

#### **Karen Hækkerup (S):**

I sidste samling var Socialdemokraterne sammen med De Radikale forslagsstillere til dette her meget fornuftige beslutningsforslag, og selv om vi i hastværk og ved en meget beklagelig fejl er røget af listen over forslagsstillerne i denne samlings forslag, er forslaget fortsat et, vi føler, at vi har aktier i, og som vi gerne vil arbejde på at få vedtaget.

Kl. 17.15

De mange borgere, der bor og arbejder og lever i Danmark i dag, er mere forskellige end nogen sinde før, og det kræver også, at vi fra sundhedsvæsenets side bliver bedre til at få øjnene op for, at forskellige mennesker kræver en mere forskelligartet indsats fra sundhedsmyndighedernes side.

De nye borgere, de etniske minoriteter, der lever i Danmark, har på mange stræk en anderledes levevis, spiser en anden kost og har et andet motionsmønster og får også sjældne sygdomme. Eller de har sygdomme, som vi godt kender, men de får dem i et langt større omfang.

Jeg har tidligere i mit politiske arbejde som medlem af bestyrelsen for H:S arbejdet med problemstillingen, og jeg ved derfor, at der i H:S er

opmærksomhed omkring de særlige problemer, der er med indvandrere og deres efterkommere og livsstilssygdomme, ligesom der er særligt fokus på forekomsten af psykiske sygdomme.

På Sankt Hans Hospital er indvandrere og efterkommere af indvandrere overrepræsenteret langt ud over, hvad både statistik og f.eks. ægteskab mellem nært beslægtede kan forklare. Der er en stor overrepræsentation ved psykisk sygdom, ligesom den i øvrigt også er til stede ved livsstilssygdomme, og begge steder gælder også den faktor, at det er forskelligt, alt afhængigt af hvor de nye borgere har deres rødder henne, i hvilken grad overrepræsentationen forekommer.

Særligt overrepræsenteret er selvfølgelig, som det tidligere er nævnt, hjerte-kar-sygdomme og diabetes. Til sammenligning kan man måske sige, at hvor 3 pct. af danskere får diabetes, er procentsatsen for borgere med pakistansk baggrund 24, og blandt borgere med tyrkisk baggrund rammes 12 pct. af sukkersyge.

Konsekvensen er, at mange etniske minoriteter dør for tidligt eller bliver invaliderede af deres sygdom. Der er derfor desperat brug for en national handlingsplan og for, at der bliver udarbejdet en strategi, som skal bremse udbruddet af livsstilssygdomme hos etniske minoriteter. Der er behov for en øget indsats inden for forskningen, og der er behov for at forbedre den indsats, der gøres i dag for at holde sygdommene i skak hos dem, der allerede er ramt.

I dag er ca. 8 pct. af den danske befolkning etniske minoriteter, og ifølge Sundhedsministeriets tænketanks tal fra 2001 vil dette tal være steget til 13,4 pct. i 2021. Når man måler den større forekomst af livsstilssygdomme op mod antallet af borgere, vil det derfor inden for en årrække være hver anden patient på de danske sygehuse, som kommer med livsstilssygdomme, der har en anden etnisk baggrund end dansk.

Forekomsten af livsstilssygdomme er også højere for tyrkere bosat i Tyrkiet, end den er for pakistanere bosat i Pakistan. Men den ændrede levevis, der følger med et liv i Vesten med bl.a. meget mindre fysisk aktivitet, gør, at sygdommene ikke holdes i skak, men kommer i udbrud tidligere og ofte voldsommere, end de ellers vil have gjort.

Erfaringer fra Holland viser, at det materiale, etniske minoriteter skal have, med fordel kan være udformet anderledes end det, der gives til andre. I Holland er der således god erfaring med at bruge visuelt materiale i form af videoer, lyd-

bånd og gruppearbejde og på den måde ved brug af alternative virkemidler nå ind til patienterne.

Der findes også i dag læger og ildsjæle, der har brugt mange kræfter på at forske inden for området og også produceret noget materiale, men at der bliver lavet noget i H:S, noget i Ribe og en smule i Glostrup, er ikke tilstrækkeligt. Her er brug for at samle alle gode kræfter, og det vil det her center kunne hjælpe med.

Vi står over for en kæmpeudfordring inden for sundhedsområdet, og det haster med at få koordineret den indsats, der allerede laves, så vi kan få udbygget både kvaliteten og omfanget for at forhindre, at så mange medborgere bliver alvorligt syge.

#### **Karin Nødgaard (DF):**

Jeg har med interesse læst forslaget og har noteret mig ønsket om at etablere et center for etniske minoriteter og sundhed. De bemærkninger, der følger forslaget, er ikke uvæsentlige for at tilgodese den stadig større gruppe af borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Jeg mener også, at det er vigtigt at have fokus på de årsager og virkninger, der er i forbindelse med denne gruppes sundhed. Men jeg må også klart slå fast, at det er mindst lige så vigtigt, at der er fokus på alle andre borgeres helbred og sundhed. Det mener jeg bør hænge sammen. Det er et forkert skridt at tage at skille nogle etniske befolkningsgruppers sundhedstilstand ud og fokusere på disse isoleret set i et separat oprettet center.

I Danmark er der desværre mange problemer med sundhedstilstanden for flere grupper i befolkningen, så vel etniske danskere som borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Jeg mener, at der bør laves et samlet billede af dette, for at vi kan se, hvilke initiativer der bør tages.

Kl. 17.20

Dansk Folkeparti mener ikke, at det er vejen frem at oprette et center som skitseret. Det vil være bedre at lave noget med nogle ideer fra beslutningsforslaget inden for de eksisterende forskningsinstitutioner og måske afsætte ressourcer til yderligere forskning i nogle af de sygdomme, som ses i stigende antal, f.eks. diabetes 2, som også af andre nævnes som et af problemerne. Diabetes er ikke en sygdom, som kun ses blandt udlændinge, den ses også i stigende grad blandt danskere.

Det vil klart være at foretrække, at der forskes i, hvordan der kan forebygges og helbredes for

hele nationen frem for for en udvalgt befolkningsgruppe. Og i forbindelse med satspuljeforhandlingerne blev der afsat penge til at styrke informationen i særlige befolkningsgrupper om forskellige livsstilssygdomme; sygdomme, som jeg helt klart anerkender er ganske alvorlige i dagens Danmark.

Der, hvor der ofte opstår problemer, er i kommunikationen mellem sundhedspersonalet og de etniske minoriteter. Her vil det være oplagt at afsætte ressourcer, så personalet uddannes til forståeligt – på dansk – at formidle viden og forstå de kulturforskelle, der måtte være, når de møder de forskellige minoriteter. Fra lægelig side er det også nævnt, at bedre information er vejen frem.

Jeg tror godt, vi alle er klar over, at der er forskel på vores baggrund, og at nogle grupper er sværere stillet end andre, men jeg mener, det er vigtigt, at vi for at få alle integreret bør se på befolkningen som en helhed og ikke opsplitte den.

Som forslaget er udformet på nuværende tidspunkt, kan Dansk Folkeparti ikke støtte det.

#### **Helle Sjelle (KF):**

Forslaget om oprettelse af Center for Etniske Minoriteter og Sundhed er da på mange måder positivt. Det er naturligvis altid glædeligt, når nogle ønsker at forbedre sundheden og leveforholdene for dele af befolkningen. Det er et initiativ, enhver umiddelbart kan bakke op om, for hvem ønsker ikke, at vi alle er sunde og raske og i det store og hele har det godt?

I Det Konservative Folkeparti vil vi gerne gøre vores til at sikre, at vi også i fremtiden kan have et velfungerende sundhedssystem, som imødekommer alle borgeres behov. Det er en sag, som står højt på vores dagsorden. Vi ønsker det bedste for den enkelte, hvad enten det drejer sig om forebyggelse eller behandling.

Som samfund er man naturligvis nødt til at tage hensyn til mange forskellige befolkningsgrupper, når man taler om sundhed og forebyggelse. Indvandringen til Danmark fordrer på den måde, at vi tager et særligt hensyn til de etniske gruppers kulturelle, sociale og sundhedsmæssige forhold.

Når vi i Det Konservative Folkeparti alligevel ikke kan støtte forslaget, hænger det sammen med den indsats, der efter vores opfattelse allerede gøres på området. Der gøres allerede meget for at fremme sundheden og forebyggelsen blandt de etniske minoriteter, og vi mener derfor

ikke, at der er behov for at oprette et helt nyt center.

Eksempelvis kan nævnes regeringens indsats mod omskæring af piger og oplysningskampagnerne om kræft, overvægt og seksuelt overførte sygdomme, der retter sig specifikt mod indvandrere.

Derudover er vi af den opfattelse, at forskningen inden for området bør foregå på de etablerede forskningsinstitutioner og universiteter, hvor forholdene allerede er indrettet til det. For os at se er det ikke nødvendigt at oprette specialcentre, hvis de institutioner, der allerede eksisterer, kan varetage opgaven.

Til gengæld er vi af den opfattelse, at det er hensigtsmæssigt at oprette en stilling som forskningskoordinator. På den måde kan vi få klarhed over forskningen på området og få formidlet forhold omkring etnicitet og sundhed ud til de grupper, som det drejer sig om. På længere sigt kan man på baggrund af de erfaringer måske endda overveje, om der er behov for en øget indsats på området.

Vi er således af den opfattelse, at der reelt ikke er behov for oprettelsen af et specifikt center for etniske minoriteter og sundhed, og derfor støtter vi ikke forslaget.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Ordføreren siger, at hun er af den opfattelse, at man har viden på området, forstået på den måde, at regeringen har sat en række initiativer i gang, som burde dække, og hvor den allerede er nået langt frem.

Der vil jeg bare oplyse, at da man i Norge oprettede et sådant center, som vi taler om her, så stod man faktisk tilbage efterfølgende med en ny viden på området. F.eks. ny viden om, at indvandrere fra ikkevestlige lande ikke var lige så bevidste om deres rettigheder og pligter, og at de brugte sikkerhedsrepræsentanter og bedrifts-sundhedstjenesten og Arbejdstilsynet langt mindre end deres norske kolleger, på trods af at de faktisk i højere grad var ansat i erhverv, hvor det var nødvendigt at bruge sådanne redskaber, eftersom de i højere grad arbejdede under belastende vilkår.

Kl. 17.25

Jeg synes, det er beklageligt, at man mener, at der er nok viden. Kunne man ikke forestille sig, at vi fik ny viden på området, hvis et sådant center blev oprettet?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Jeg synes, at det, der er værd at hæfte sig ved i den her sammenhæng, faktisk er, at vi er parate til at oprette en stilling som koordinator, som netop kan være i stand til at indsamle den viden, der er på området, og i stand til også at formidle den, så vi kan få et større overblik over, hvad det egentlig er, der foregår. Og så er det jo muligt, som jeg netop siger, at der skal sættes andre initiativer i værk på baggrund af det, vi bliver oplyst om.

Men jeg synes stadig væk, at der er et langt skridt til at etablere et helt center. Det synes jeg ikke er nødvendigt på nuværende tidspunkt.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Er vi ikke langt fra, at en forskningsmedarbejder skulle være nok til at afdække området? Det er muligt, at en forskningsmedarbejder, hvis vedkommende kunne trække på en lang række andre centre, ville være i stand til at starte forskningsprojekter af forskellig art, men bestemt ikke gennemføre dem alene. Det var det ene.

Men det andet er, at det også er nogle helt strukturelle forhold, vi skal ind at kigge på i forhold til, hvordan vi har indrettet vores sundhedssystem, og helt specifikt skal vi skabe større viden på uddannelsesinstitutionerne, der uddanner sundhedspersonalet, som faktisk skal varetage den her opgave. Jeg har svært ved at se, at en enkelt person, selv om der blev samarbejdet med andre institutioner, ville være i stand til at løfte den her opgave.

Jeg tror heller ikke, at det her forskningscenter alene ville være i stand til at løfte den opgave. Det er også derfor, Enhedslisten faktisk mener, at der skal postes flere penge i sådan et projekt her.

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Jeg synes, at vi skal tage et skridt ad gangen i denne sag, og nu starter vi i hvert fald med at få ansat denne her koordinator. Men det lukker ikke for, at man ikke kan tage andre initiativer hen ad vejen, hvis det er det, man finder ud af skal til for at forbedre tilstanden. Det er vi åbne over for. Det er netop det, jeg har påpeget i min ordførertale, at hvis vi undervejs bliver opmærksomme på ting, som det kunne være nødvendigt at sætte ind over for, så må vi jo se på det.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Fru Helle Sjelle sagde i sin ordførertale, at regeringen gør en stor indsats på området, og så nævnte fru Helle Sjelle bl.a. omskæring. Men hvad gør regeringen i forhold til eksempelvis, at fedme truer indvandrerbørn; at indvandrerbørn har dårligere tænder end danske børn; at indvandrere mangler hjælp til rygestop; at hver fjerde pakistaner har diabetes 2? Hvad gør regeringen i forhold til det?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Så vidt det er mig bekendt, laver man netop oplysningskampagner målrettet specifikt til indvandrergrupper om forskellige sundhedsmæssige emner. Det er muligt, at de emner, som jeg allerede har nævnt her en gang, kræft, overvægt og seksuelt overførte sygdomme, skal udvides til at omfatte andre ting end dem, man oplyser om på nuværende tidspunkt. Det er da muligt, at vi skal se på det. Men der bliver altså gjort noget. Så at fremstille det, som om der ikke sker noget som helst på det her område, synes jeg er at skyde over målet.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Der bliver gjort noget her og der og en gang imellem, men er der ikke behov for en samlet indsats? Og medfører en samlet indsats ikke, at vi opretter et sådant center, så vi kan få ny viden, som man eksempelvis har fået i Norge, så vi kan blive bedre til at forebygge og også helbrede? Det er jo også en god investering i forhold til fremtiden. Det er meget ressourcekrævende i dag, at der bliver gjort noget, der er så ukoordineret. Er der ikke behov for en samlet indsats?

(Kort bemærkning).

**Helle Sjelle (KF):**

Jeg tror ikke, at det, at man skaber et nyt center, lige pludselig gør, at vi får løst alle problemerne vedrørende sygdomme og indvandrere, men jeg tror, det er vigtigt, at der bliver gjort en indsats. Det er netop også derfor, at regeringen allerede gør en indsats. Det er også derfor, at vi har sagt: Vi vil faktisk gerne have et bedre overblik over de ting, der egentlig sker. Det er derfor, vi f.eks. ansætter en koordinator.

**Den fg. formand (Jens Vibjerg):**

Der er ikke flere korte bemærkninger. Tak til ordføreren. Så går vi videre i ordførerrækken med hr. Kamal Qureshi som ordfører.

Kl. 17.30

**Kamal Qureshi (SF):**

Fra SF's side ser vi med velvilje på, at man nu også begynder at fokusere på den øgede forekomst af bestemte sygdomme i etniske minoritetsgrupper.

På en eller anden måde kan man sige, at det er meget indlysende, at nogle af disse sygdomme er overrepræsenteret i de pågældende grupper. Blandt den ældre del af befolkningen, som i dag har en overrepræsentation af hjerte-kar-sygdomme eller lignende, er jo de udlændinge, der kom hertil og tog alle de job, som ingen andre ville have – de var dårligt betalt, de var med skæve arbejdstider, og mange gange var der også et dårligt arbejdsmiljø forbundet med dem.

Vi ved jo allerede, at de typer job giver øget forekomst af det, man kan kalde livsstilssygdomme, og vi ved også, at der findes meget stor fattigdom blandt mange etniske minoriteter. Vi ved, at der er fire gange så mange børn med indvandrerbaggrund, hvis forældre mangler penge til huslejen, end blandt deres klassekammerater, der ikke har indvandrerbaggrund. Vi ved, at der er otte gange så mange børn med indvandrerbaggrund, hvis forældre mangler noget så basalt som penge til husholdningen i slutningen af måneden, i sammenligning med deres klassekammerater. Vi ved, at denne fattigdom giver øget forekomst af fedme, fordi man spiser dårlig mad, og vi ved, at der er en øget forekomst af andre typer livsstilssygdomme, som er nøje knyttet til grupper med dårligere uddannelse, dårligere økonomiske vilkår og dårligere boligforhold.

Derfor er det i hvert fald vigtigt, at vi starter med at fokusere på problemerne og eventuelt laver en national handlingsplan for, hvordan vi får gjort noget for de særlig udsatte grupper, der i dag har en meget ulige adgang til sundhedsydelse og har dårligere sundhed som sådan. Hvordan kan vi gøre noget ved det?

Det konkrete forslag foreslår at etablere et center for at imødegå problemerne, men jeg er ikke sikker på, at det er den eneste måde, man kan gøre det på. Jeg synes, initiativet er godt egnet til at skabe debat, men jeg mener sådan set, at man muligvis kan nå lige så langt eller måske endnu længere ved at bruge de eksisterende

forskningscentre, der allerede er på området og allerede forsker i en del af problemerne, og få dem til at arbejde bedre sammen. Der kunne eventuelt også afsættes flere midler til ph.d.-stillinger eller lignende, så man derved kunne få en yderligere uddybning af de problemer på sundhedsområdet, de etniske minoriteter sidder med i dag.

Jeg ved fra de bøger, jeg selv læste, da jeg gik på universitetet, at der i andre lande i langt højere grad er fokus på de forskelle, der er mellem forskellige befolkningsgrupper med hensyn til forskellige sygdomstyper. Det er der endnu ikke i tilstrækkelig grad i Danmark, men vi kan håbe, det bliver sat i værk. Forslaget her kunne være en begyndelse, men der kommer forhåbentlig en videre udbygning.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Bare for at forstå det rigtigt: Går SF ind for et sådant center? Støtter man oprettelse af et sådant center, eller er man imod?

(Kort bemærkning).

**Kamal Qureshi (SF):**

Jeg vil sige, at vi er positivt indstillet over for de tanker, der ligger bag forslaget, men vi mener ikke, man nødvendigvis kan løse problemerne med et center – eller lad mig sige det på en anden måde: Jeg ville måske sætte mig ned og diskutere det mere gennemgribende med hr. Naser Khader, hvis vi vidste, vi sammen havde et politisk flertal i Folketinget. Så kunne vi måske bedre prøve at finde ud af, hvordan vi kan imødekomme de ønsker, forslaget lægger op til. Men i og med at vi ved, at der ikke er et politisk flertal for forslaget, vil jeg nøjes med at tilkendegive med venlige, positive toner, at jeg støtter tankegangen bag forslaget.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Det er noget nyt at høre fra SF, at man giver op på forhånd, når man ved, at der ikke er politisk flertal for noget.

Hr. Kamal Qureshi var utrolig aktiv i den forrige debat om kunstig befrugtning, selv om der ikke umiddelbart var flertal for det. Politik er jo en proces, og har man en god sag, skal man også kæmpe for den og ikke give op på forhånd, så derfor er mit spørgsmål igen: Støtter SF vores forslag om at oprette et sådant center? Vi er godt klar over, at det ikke løser hele problemet, men

støtter man forslaget, eller støtter man ikke forslaget?

Kl. 17.35

(Kort bemærkning).

**Kamal Qureshi (SF):**

Hvis hr. Naser Khader lader forslaget komme til afstemning, kan vi jo se det. Men det kommer jo ikke til afstemning, og det er derfor, jeg kun kommer med en positiv tilkendegivelse. Men det er ikke et udtryk for, at vi giver op.

Jeg sagde sådan set, at jeg ønsker en national handlingsplan. Jeg ønsker, at vi inddrager flere uddannelsessteder og flere universiteter frem for at fokusere på et lille center med relativt få midler, sådan som det ligger i forslaget. Forslaget er efter min mening ikke ambitiøst nok, sådan som det foreligger, fuldstændig på samme måde som jeg i den foregående diskussion ikke mente, det er ambitiøst nok bare at fjerne forbuddet, hvis man ikke samtidig skaber en reel ligestilling.

Jeg har sådan set givet udtryk for, at vi ønsker, at man skal gå endnu videre. Hvis forslaget skulle komme til afstemning, kan vi finde ud af, om vi skal stemme for det eller ej, men det gør forslaget jo ikke.

**Den fg. formand (Jens Vibjerg):**

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken. Fru Majbrit Berlau.

**Majbrit Berlau (EL):**

Enhedslisten finder De Radikales beslutningsforslag noget uklart. Vi mener, at det stritter lidt og ikke rigtig ved, hvilken retning det skal vælge, og vi synes endda, der er formuleringer, som lægger meget vægt på et individualistisk syn og udtrykker en opfattelse, vi er imod.

Enhedslisten ønsker, at der i forslaget indarbejdes en helt klar fokus på, at forskning skal have fokus på de strukturelle barrierer, der kan være i sundhedsvæsenet, hvis sundhedsvæsenet ikke rummer alle de forskelligheder, der er i befolkningen. Forskelligheder kan optræde på tværs af køn, alder og samfundsklasseforhold, og det er vigtigt, at strukturerne er i fokus frem for at søge forklaringer i et individuelt særkende, da det kan blive meget stemplende og medvirke til, at særlige grupper bliver tillagt et særkende, der er helt hen i vejret, f.eks. at finner altid går med kniv eller andet. Holdningen bag kravet om, at den strukturelle fokus indarbejdes i forslaget, tager afsæt i, at alle mennesker er for-

skellige, også blandt de etniske minoriteter, og det er vigtigt at fastholde, da vi ellers bevæger os hen imod en meget uheldig stempling af minoritetsgrupperne.

I et forsøg på at forstå forslaget lidt bedre har vi gjort os den ulejlighed at kigge lidt på den norske kompetenceenhed for minoritetssundhed, NAKMI – en meget sexet forkortelse – som er et meget konkret eksempel på det, De Radikale peger på bør efterlignes i Danmark. NAKMI's opgaver er forskellige. Den skal f.eks. fremskaffe, samordne og formidle tværfaglig viden og kompetencer og tilrettelægge udveksling af viden og erfaring blandt forskere, klinikere og brugere. Centeret skal også udvikle praktiske redskaber for de sundhedsarbejdere, som møder indvandrere og flygtninge, og det skal yderligere lave projekter og publikationer om svangerskab og fødsel i det flerkulturelle Norge. Centeret har også lavet projekter om forbedringer af tolketjeneste i sundhedsvæsenet – noget som virkelig er en mangelvare i Danmark – og NAKMI har lavet konferencer om ungdom, fritid og deltagelse i livet i det flerkulturelle Oslo.

Desuden har centeret som noget meget interessant formidlet resultatet af en undersøgelse fra det norske arbejdstilsyn, der viser, at indvandrere fra ikkevestlige lande er overrepræsenteret i arbejdsmiljøer, hvor skader og belastninger er meget udbredte; at de får mindre oplæring end deres kolleger; at de er langt mere bange for at miste deres job end indfødte nordmænd; at de kender mindre til deres rettigheder og pligter og lovgivningen, og at de bruger sikkerhedsrepræsentanterne, bedriftssundhedstjenesten og arbejdstilsynet langt sjældnere end deres norske kolleger. Hvis det er den type konkrete tiltag, der kan bruges til at forbedre sundhedsvæsenets evne til at håndtere mennesker med en anden kulturel og etnisk baggrund, De Radikale har i tankerne, er vi i Enhedslisten meget positive over for beslutningsforslaget.

Jeg vil også sige, at hvis det forslag om en forskningsmedarbejder, ministeren nævnte heroppefra, sigter på at arbejde hen imod en national handlingsplan, som SF foreslår, er vi sådan set som udgangspunkt også meget positive. Men det er meget, meget vigtigt, at der fokuseres på det strukturelle i debatten frem for på det individualistiske synspunkt, at man er meget forskellig, bare fordi man har en mørkere hudfarve.

Så vil jeg bare lige rette et sidste suk til hr. Naser Khader, og det er, at vi mener, den økonomi-

ske ramme er en anelse uambitiøs. De Radikale foreslår at afsætte 2,5 mio. kr. om året i 4 år. Vi har kigget på det norske center NAKMI, som har 4½ stilling fordelt på otte personer, og det vil ikke være muligt med en økonomisk ramme som den, De Radikale foreslår. Det vil være lige i underkanten.

Kl. 17.40

Som udgangspunkt er Enhedslisten altså meget positiv over for tiltag, der kan sætte fokus på den problematik, der findes, og vi er meget interesseret i at gå videre med debatten – især hvis man anlægger en meget strukturel fokus, altså at det er sundhedsvæsenet, der skal forbedres, og ikke den enkelte person, der skal forandre sig.

**Den fg. formand (Jens Vibjerg):**

Så er det ordføreren for forslagsstillerne, hr. Naser Khader.

**Naser Khader (RV):**

Fedme truer indvandrerbørn; indvandrerbørn har dårligere tænder end danske børn; indvandrere mangler hjælp til rygestop; hver fjerde pakistaner har diabetes 2; ældre indvandrerkvinder lider af D-vitamin-mangel; i de kommende år vil ældregruppen af etniske minoriteter vokse betragteligt osv. osv. Det er overskrifterne på de avisartikler om emnet, der har været bare de seneste 14 dage, og der går ikke en uge, hvor vi ikke ser en avisartikel med en lignende overskrift.

Der er ingen tvivl om, at der er relativt mange blandt de etniske minoriteter, som lider af sygdomme, der kan skyldes kulturel levevis, og det skal vi tage alvorligt. Som en læge og forsker med indvandrerbaggrund udtalte for nylig til en avis: Hvis vi ikke gør noget ved det, er det en bombe under sundhedsvæsenet.

Det danske sundhedsvæsen er simpelt hen ikke gearet til opgaven på nuværende tidspunkt, og personalet er ikke godt nok klædt på til at møde denne udfordring. Jeg erkender, at viljen er der, og at man gerne vil gøre noget, men der er behov for mere end vilje. Der er behov for, at vi som politikere skaber konkrete rammer og en fokuseret handling og indsats, for der er behov for en samlet, koordineret og langsigtet national indsats på området.

I Danmark har der hidtil kun udviklet sig få spredte og tilfældige videnskabelige aktiviteter på området, og dokumentation for problemerne karakter, udbredelse og årsager og ikke

mindst forslag til løsning af dem er fortsat helt utilstrækkelig. Derfor præges debatten og beslutningerne af fordomme frem for af viden og dokumentation.

Samtidig er forskningen på dette område i kraftig vækst over hele Europa. De norske sundhedsmyndigheder har erkendt behovet og har oprettet en national kompetenceenhed for minoritetssundhed, og det er derfor, Det Radikale Venstre har foreslået et sådant forskningscenter for etniske minoriteter og sundhed. Centeret skal bl.a. beskæftige sig med de udfordringer, jeg har nævnt, og det skal medvirke til forbedring af indsatsen for etniske minoriteters sundhed gennem styrkelse af den tværfaglige forskning, undervisning og formidling om sundhed og sygdomsårsager samt sundhedsvæsenets indsats blandt etniske minoriteter.

Vi erkender, at centeret ikke kan løse hele problemet, og at nogle synes, det er for meget, mens andre synes, det er uambitiøst. Men et sådant center skal samle den viden, der er til stede, og udbrede den, for der er virkelig behov for det. De norske erfaringer fortæller os, at der kommer ny viden, og det er også et godt udgangspunkt for at gøre noget ved de problemer, jeg startede med at nævne.

Det handler ikke om positiv særbehandling, for ligebehandling er nemlig ikke ensbetydende med samme behandling. Det handler ikke om at give etniske minoriteter særlige privilegier, men om at hjælpe sundhedsvæsenet til at løse sundhedsproblemerne for minoritetsgrupper her i landet ligesom for resten af befolkningen og dermed styrke integrationen. Vi mener nemlig, at bedre sundhed giver bedre integration.

Til sidst skal jeg takke de forskellige ordførere, der har været positive over for vores forslag, og jeg vil gerne her til sidst tage ministeren på ordet og i første omgang sige ja til en koordinator. Vi vil gerne fortsætte processen og komme med ændringsforslag. Det er o.k. med en koordinator i første omgang, men vores ambition er stadig væk et center. Det er måske ikke lige så ambitiøst som det, Enhedslisten var inde på, men lad os prøve det en 3 års tid og se, hvad der sker.

(Kort bemærkning).

**Kamal Qureshi (SF):**

Jeg vil gerne sige tak til hr. Naser Khader, men jeg vil også sige, at jeg egentlig synes, at der i indlægget blev nævnt det, jeg er lidt nervøs for, og som jeg i min dialog med ministeren også

gjorde meget opmærksom på, at man skulle passe på.

Kl. 17.45

Hr. Naser Khader nævner overvægt og D-vitamin-mangel som netop nogle af de problemer, som skyldes kulturelle levevis. Det er det, jeg lige præcis er nervøs for, at et sådant center ville gøre: Det ville jo fokusere på den kulturelle levevis.

Vi ved, at i grupper, der har ringere sociale vilkår, er der en overrepræsentation af overvægtige børn. Det ved vi. Vi ved også, at hvis man kigger på de pakistanske indvandrergrupper, der i Danmark kan have en overvægt af overvægtige børn, og hvis man kigger på de tilsvarende pakistanske indvandrergrupper i USA eller i Storbritannien, hvor deres sociale status er højere, så er overvægtsproblemerne mindre der.

Vi ved også, at D-vitamin-mangel bl.a. blandt ældre indvandrerkvinder ville kunne afhjælpes, hvis deres kost var mere varieret, end det er tilfældet. Deres sociale status og deres økonomiske vilkår er ringe, og derfor er det jo netop problemet, hvis man fokuserer så ensidigt og siger, at det skyldes deres kulturelle levevis, og ikke kigger på de sociale problemer, indvandrergrupperne sidder med.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Det, jeg startede med, var overskrifter fra nogle aviser, hvor forskere bl.a. i artikeloverskrifter siger, at fedme truer indvandrerbørn, at indvandrerbørn har dårligere tænder end danske børn, og at indvandrere mangler hjælp til rygestop. Altså, der er tale om folk, der forsker i det hist og her, og som så konkluderer, at der er det ene og det andet og det tredje i vejen.

Samlet siger de, at nogle af de problemer, der bliver nævnt, har noget med kulturelle levevis at gøre. Det er sådan, at nogle kommer fra nogle lande, hvor man eksempelvis har festmåltider, der er meget fedtholdige og med friturestegning osv., og når deres sociale vilkår så bliver forbedret, bliver det nærmest hverdagsmad, som kan medføre overvægt, diabetes eller lignende.

Men jeg er ikke læge, jeg har ikke den faglige baggrund til at sige, om det er kulturelt eller det ikke er kulturelt betinget. Det er også derfor, at vi skal have et center, der kan skelne mellem det, der er almenmenneskeligt, det, der er socialt, det, der er kulturelt, og det, der er religiøst. Det vil jeg ikke gøre mig klog på.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Jeg vil egentlig starte med at sige tak for hr. Naser Khaders ros til Enhedslistens ambitiøse projekt, og så vil jeg om ambitiøsiteten i vores projekt sige, at vejene deler sig der, hvor hr. Naser Khader lægger meget vægt på de her meget individuelle forhold såsom fedmeproblematikken.

Der bliver fra talerstolen nævnt temaer som meget fedende mad som kulturelt betinget. Jeg skulle hilse og sige, at McDonald's også er indbygget i den danske kultur og deres produkter i høj grad også er meget fedende at indtage.

Jeg håber på, at hvis man skal fortsætte debatten her i Folketinget om at sætte fokus på dette emne, og det synes jeg at man skal, det så i højere grad bliver med en strukturel synsvinkel på det og med perspektiver som fattigdom og klasseforskelle og sociale klasser. Det skal være det, der tages ind i debatten, frem for perspektiver som etnicitet. Jeg har svært ved at forestille mig, at vi skulle være så voldsomt meget anderledes bygget dna-mæssigt, at fedme, kan man sige, skulle være et dna-mæssigt problem for os. Jeg mener i højere grad, at det er et socialt problem.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Altså, den der overskrift, at fedme truer indvandrerbørn, er fra Politiken i forgårs. Vi har en læge, der arbejder med folk med indvandrerbaggrund til daglig, der hævder, at fedme truer indvandrerbørn, og hun peger på den kulturelle levevis som en årsag, men peger også på, at det er utrolig svært at formidle, hvordan forebyggelse af fedme skal være for etniske minoriteter. Jeg er også modstander af, at man gør alt til kultur og religion. Jeg synes, at man skal tage udgangspunkt i det almenmenneskelige og i sygdomme og ikke gøre alt til et spørgsmål om kultur eller religion.

Det er også derfor, at vi skal have et center til at forske i det for at finde ud af, hvad der er hvad, sådan at vi måske kan aflive nogle af de myter – hvis de altså er myter.

(Kort bemærkning).

**Majbrit Berlau (EL):**

Jeg anerkender selvfølgelig, at hr. Naser Khader læser op af en artikel fra Politiken, og det skal selvfølgelig ikke ligge hr. Naser Khader til last, hvad de skriver i Politiken. Men jeg vil bare understrege Enhedslistens meget klare holdning, at det her altså ikke er individuelt og det her

ikke har noget med etnicitet og dna at gøre på den måde.

Jeg hører, at hr. Naser Khader åbner lidt op for at sige, at det også er de strukturelle forhold, der skal kigges på, og jeg tror, det er meget, meget vigtigt med den åbning, hvis vi skal nå til enighed om en eller anden national handlingsplan, sådan som SF foreslår.

Kl. 17.50

(Kort bemærkning.)

**Naser Khader (RV):**

Jeg er enig.

(Kort bemærkning).

**Jørgen Arbo-Bæhr (EL):**

Så tror jeg efterhånden, vi kan nærme os noget, for så vil jeg bare stille et helt enkelt spørgsmål: Vil hr. Naser Khader give mig ret i, at hovedforklaringen på sundhedsforskelle i Danmark er de sociale forhold? Er det rigtigt, eller er det ikke rigtigt?

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Det skal jeg ikke gøre mig klog på. Jeg er ikke læge, jeg er ikke forsker. Det, der er vigtigt for mig, er at skabe nogle rammer, sådan at vi kan forske i det og skelne mellem det, der er socialt betinget, det, der har med sygdom at gøre, det, der er kulturelt betinget, og det, der er religiøst betinget. Jeg vil gerne skabe nogle rammer, der kan gøre, at man kan skelne mellem de her ting.

For det, vi diskuterer i øjeblikket, og som vi gør os kloge på, er områder, vi ikke har forstand på med hensyn til, om det nu er socialt, kulturelt eller religiøst. Derfor er det vigtigt, synes jeg, at vi får sådan et center, der kan forske i, om fedme udelukkende er et socialt problem, eller om det også har noget med kulturel levevis at gøre. Det, jeg refererede til fra Politiken, er en læge, der hævder, at noget af det også har med kulturel levevis at gøre. Der kunne det være smart med et center, der kunne afvise påstanden, hvis det ikke er rigtigt.

(Kort bemærkning).

**Jørgen Arbo-Bæhr (EL):**

Jeg frygter simpelt hen det, hr. Naser Khader vil, for hvis der bliver etableret et center, der fokuserer på etnicitet som udgangspunkt for bestemte sygdomme eller bestemte fedmeproblemer, eller hvad det nu kan være, så kommer det centers re-

sultater jo til at se bort fra alt, hvad man ellers har kunnet se.

Jeg er heller ikke læge, men jeg kan læse. De, der rent faktisk undersøger de her forhold – det, der hedder social forskel i sundhed – har jo dokumenteret, at der er social forskel på folks sundhed. Jeg frygter, at hvis sådan et center skal bestå i, at man skal til at forske med udgangspunkt i folks etniske herkomst i stedet for i folks sociale forhold, så kommer man frem til fejloverskrifter som den i Politiken.

Jeg håber bare, at hr. Naser Khader er enig med mig, og at det ikke er det, som det center skal bruges til.

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Jeg har ikke problemer med, at etnicitet bliver en faktor, man også tager i betragtning, når man ser på de her ting. Det gør man i andre lande. Der har lige været en konference i Holland, hvor etnicitet blev taget i betragtning som en faktor i forbindelse med sundhed.

Der er da nogle ting, der måske er kulturelle eller religiøse, men det skal jeg ikke gøre mig til dommer over. Det mener jeg man skal forske i og finde ud af om er korrekt eller ej.

Der er nogle, der hævder, at fætter-kusine-ægteskaber medfører, at man får børn med en højere hyppighed af genetiske sygdomme. Der vil jeg sige, at det jo ikke er socialt i alle tilfælde; det er mere kulturelt, hvis påstanden er rigtig. Så vi kan ikke gøre alt til noget socialt.

(Kort bemærkning).

**Martin Henriksen (DF):**

Nu kom hr. Naser Khader sådan set til at svare på det, som jeg ville spørge om, men jeg spørger alligevel.

Mener hr. Naser Khader ikke – hvis vi kan få et klart svar – at det, som et langt stykke hen ad vejen er et problem, bl.a. også når vi taler om sundhed og vi taler om andre integrationsmæssige problemer, er kulturelle problemer? Det er selvfølgelig også sociale problemer, men en grund til, at man i de her kredse ser de sociale problemer, er, at de et langt stykke hen ad vejen kommer af de kulturelle problemer, som er blevet påført landet udefra.

Kan hr. Naser Khader bekræfte det?

(Kort bemærkning).

**Naser Khader (RV):**

Igen: Jeg er ikke læge, jeg er ikke forsker. Men jeg vil da ikke udelukke, at noget af det, der har med etniske minoriteter og deres sundhedstilstand at gøre, har med det kulturelle og religiøse at gøre. Alt er ikke socialt. Men det skal vi have kloge folk til at finde ud af for os.

**Den fg. formand (Jens Vibjerg):**

Tak til ordføreren. Da der ikke er flere, der har bedt om ordet, er forhandlingen sluttet.

**Naser Khader (RV):**

Der er en til ...

**Den fg. formand (Jens Vibjerg):**

Jeg må gøre opmærksom på, at hr. Kamal Qureshi har brugt sine spørgsmål, og skal man have to, skal de komme i rækkefølge.

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

## Afstemning

**Den fg. formand (Jens Vibjerg):**

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

Kl. 17.55

Den sidste sag på dagsordenen var:

### 6) Første behandling af beslutningsforslag nr. B 14:

#### Forslag til folketingsbeslutning om forbud mod rygning på serveringssteder og handlingsplan for flere røgfrie miljøer.

Af Naser Khader (RV) m.fl.

(Fremsat 11/3 2005).

Forslaget sattes forhandling.